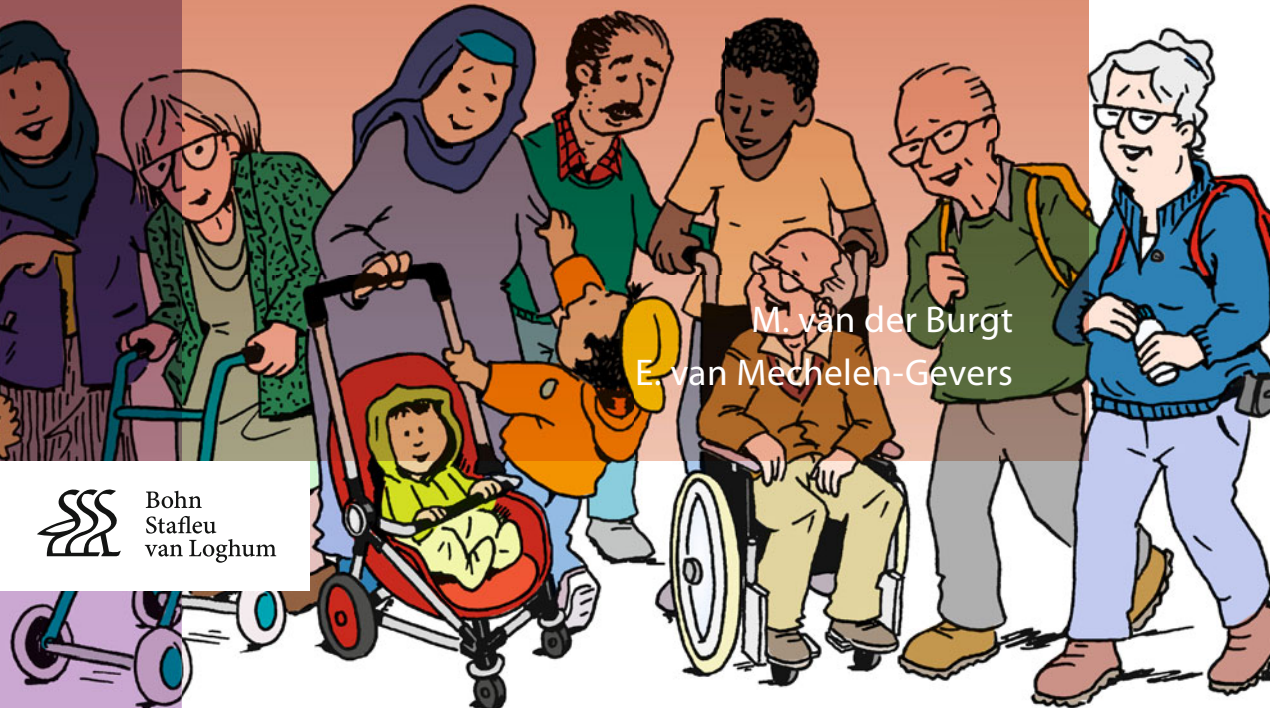


Basiswerk AG

Omggaan met diversiteit

Specifieke doelgroepen voor assisterenden



M. van der Burgt
E. van Mechelen-Gevers



Bohn
Stafleu
van Loghum

Basiswerk AG

J. van Amerongen, Hoogeveen, The Netherlands *Serieredacteur*

R. Elling, Hengelo Ov, The Netherlands *Serieredacteur*

R. Schotsman, Utrecht, The Netherlands *Serieredacteur*

Dit boek *Omgaan met diversiteit* is onderdeel van de reeks *Basiswerk AG* voor de mbo-opleidingen voor dokters-, apothekers- en tandartsassistenten.

Reeks Basiswerk AG

De boeken in de serie *Basiswerk AG* bieden kennis voor de opleidingen op mbo-niveau voor dokters-, apothekers- en tandartsassistenten. Bij veel uitgaven zijn online aanvullende materialen beschikbaar, zoals video's, protocollen, toetsen en dergelijke.

Bestellen

De boeken zijn te bestellen via de boekhandel of rechtstreeks via de webwinkel van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum: ► www.bsl.nl

Redactie

De redactie van de serie *Basiswerk AG* bestaat uit Jan van Amerongen, Rikie Elling en Rianne Schotsman. Ieder van hen coördineert de uitgaven voor een van de opleidingen. Zij hebben zelf ook delen uit de serie geschreven.

Jan van Amerongen is als arts-docent verbonden aan het Alfa-college te Hoogeveen. Daarnaast is hij actief bij de nascholing van doktersassistenten in Noord-Nederland.

Rikie Elling heeft dertien jaar gewerkt als docent-apotheker en opleidingscoördinator. Zij werkt nu als apotheker in Enschede. Ze is betrokken bij de bij- en nascholing van apothekersassistenten en is lid van de Commissie Opleidingen van de KNMP.

Rianne Schotsman is mondhygiënist en docent aan de opleiding voor tandartsassistenten van het ROC Midden Nederland te Utrecht. Zij studeert onderwijswetenschappen en heeft een belangrijke rol in de ontwikkeling van het onderwijs tot tandartsassistent.

M. van der Burgt
E. van Mechelen-Gevers

Omgaan met diversiteit

Specifieke doelgroepen voor assistierenden



Bohn
Stafleu
van Loghum

Houten 2017

ISSN 2468-2381

ISSN 2468-239X (electronic)

Basiswerk AG

ISBN 978-90-368-1747-9

ISBN 978-90-368-1748-6 (eBook)

DOI 10.1007/978-90-368-1748-6

© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V. 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

Tekeningen: Ad Oskam, Rotterdam

NUR 891

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Voorwoord

Assistenten in de gezondheidszorg hebben in hun dagelijks werk met heel verschillende mensen te maken. Jong en oud, hoog- en laagopgeleid, in Nederland geboren en getogen en met een migratiegeschiedenis, met lichamelijke en met psychische gezondheidsproblemen. Kortom, er is een grote diversiteit onder hun patiënten. Steeds meer mensen met gezondheidsproblemen blijven thuis wonen. Dat maakt dat assistenten een grote deskundigheid moeten hebben. Ze moeten immers allerlei specifieke groepen zorg op maat kunnen leveren.

De kwalificatiedossiers van apothekers-, dokters- en tandartsassistenten (2015) en keuzedelen spreken nadrukkelijk ook over kennis en vaardigheden die nodig is om zorg te bieden aan specifieke doelgroepen. *Omgaan met diversiteit. Specifieke doelgroepen voor assistierenden* biedt studenten en docenten kennis aan over specifieke doelgroepen. Het boek geeft bovendien concrete handvatten hoe in de praktijk om te gaan met diversiteit. De theorie wordt afgewisseld met praktijkvoorbeelden en ervaringen van professionals. Deze maken de informatie voor studenten en docenten herkenbaar. De talrijke concrete voorbeelden maken *Omgaan met diversiteit. Specifieke doelgroepen voor assistierenden* geschikt voor gebruik tijdens de opleiding maar ook in de beroepspraktijk.

Het boek is niet volledig. We hebben een selectie gemaakt van doelgroepen waar apothekers-, dokters- en tandartsassistenten veel mee te maken hebben. Daarbij komt dat mensen natuurlijk tot meerdere doelgroepen kunnen behoren, zoals een patiënt met een verstandelijke beperking in de terminale fase. Het is niet mogelijk om over iedere situatie specifieke informatie te geven. Om veel herhaling te voorkomen zijn de doelgroepen ouderen, chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking in één hoofdstuk beschreven. Mantelzorgers komen in datzelfde hoofdstuk ook aan bod, maar we weten natuurlijk dat mantelzorgers ook bij patiënten uit andere doelgroepen actief zijn.

Omgaan met diversiteit vraagt naast kennis van specifieke doelgroepen ook vaardigheden. *Omgaan met diversiteit. Specifieke doelgroepen voor assistierenden* biedt wel praktische handvatten, maar is geen trainingsboek. Daarvoor verwijzen we naar de opleiding en het scholingsaanbod van kenniscentra en (na)scholingsinstituten. In de praktijk ontwikkel je in samenwerking met je collega's een manier die bij jou en je werksituatie past.

Voor dit boek hebben we professionals op de werkvloer geïnterviewd. Hun kennis en ervaringen maken het boek tot wat het nu is. Wij willen hen daarom bedanken:

- Gudule Boland, programmaleider verantwoord medicijngebruik bij migranten en laaggeletterden, Pharos.
- Wilma van Bronkhorst, praktijkassistent, Nijmegen.
- Tanja Brouwer, praktijkcoördinator tandheelkunde Hooge Burch, Zwammerdam.
- Anja van Brummelen, praktijkassistent, Utrecht.
- Laila Elghoul, triagist, trainer van Laila Intercultural Training, Utrecht.
- Rikie Elling, apotheker, Enschede.
- Jori van Geffen, apotheker, Eindhoven.
- Annet van Genderen, huisarts, Utrecht.

- Lisette Klein Hofmeijer, apothekersassistent, Enschede.
- Yolanda Kok, tandartsassistent, Bilthoven.
- Marcel Kooij, apotheker, Amsterdam.
- Naomi Molenaar, tandartsassistent, Utrecht.
- Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht.
- Wendy Spijkers, tandarts, Bilthoven.
- Det van der Ven, apothekersassistent, Eindhoven.

Onder beroepsbeoefenaars bestaan verschillende opvattingen over de benadering van patiënten. Een concreet voorbeeld is woordgebruik in de mondzorg. Veel mondzorgverleners vermijden het woord 'pijn'. Ze gebruiken liever het woord 'gevoelig' of ze zeggen: 'dat merk je'. Anderen geven aan dat ze het woord 'pijn' wel gebruiken, juist om betrouwbaar te zijn. In dit boek laten we zorgverleners aan het woord met hun eigen opvattingen. Zij hoeven het dus niet per se eens te zijn met andere benaderingen die in dit boek worden beschreven.

In dit boek gebruiken we meestal het woord 'patiënt', soms het woord 'cliënt'. We gebruiken het woord 'migranten' voor mensen (en hun familie) met een migrantenachtergrond. 'Autochtoon' gebruiken we voor mensen (en hun familie) die al generaties geboren en getogen zijn in Nederland. Meestal gebruiken we de aanduiding 'hij' voor patiënten, mantelzorgers en professionals. Daarvoor kan ook 'zij' worden gelezen.

Wij hebben met plezier aan dit boek gewerkt. We hopen dat het in een behoefte voorziet. Feedback en suggesties voor verbetering zijn altijd welkom.

Marieke van der Burgt

Utrecht

Els van Mechelen-Gevers

Eindhoven

Inhoud

1	Diversiteit	1
1.1	Inleiding	2
1.2	Gedachte-experiment	2
1.3	Kennis van diversiteit	4
1.4	Wat biedt dit boek?	4
2	Contact	7
2.1	Inleiding	9
2.2	Gespreksstructuur	9
2.3	De voorlichtingspijl	10
2.4	Als begrijpen extra aandacht vraagt	10
2.5	Als willen extra aandacht vraagt	11
2.6	Als emoties extra aandacht vraagt	12
2.7	Als eigen regie extra aandacht vraagt	12
3	Gezondheidsvaardigheden en eigen regie	13
3.1	Inleiding	14
3.2	Gezondheidsvaardigheden	14
3.3	Eigen regie	15
3.4	Ondersteunen van eigen regie	16
4	Mensen die moeite hebben informatie te begrijpen	21
4.1	Inleiding	23
4.2	Laaggeletterdheid	23
4.3	Gezondheidsvaardigheden	24
4.4	Gezondheidsproblemen bij laaggeletterden	26
4.5	Laaggeletterdheid herkennen	26
4.6	Omgaan met laaggeletterden	27
4.7	Informatie	32
5	Migranten	35
5.1	Inleiding	37
5.2	Migranten, een diverse groep	37
5.3	Migratie	38
5.4	Rol van cultuur	38
5.5	Gezondheidsproblemen van migranten	40
5.6	Asielzoekers en vluchtelingen	42
5.7	Herkennen	46
5.8	Omgaan met anderstaligen en mensen uit een andere cultuur	46
5.9	Samenwerking	49
5.10	Informatie	49
6	Zwangeren	51
6.1	Inleiding	53
6.2	Wie	53

6.3	Gezondheid	54
6.4	In de praktijk	59
6.5	Samenwerking, wet- en regelgeving	62
6.6	Informatie	62
7	Kinderen en jongeren	63
7.1	Inleiding	65
7.2	Gezondheidsproblemen en leefstijlfactoren	66
7.3	In de praktijk	68
7.4	Eigen regie	76
7.5	Samenwerking, wet- en regelgeving	78
7.6	Informatie	80
8	Mensen met een verstandelijke beperking	81
8.1	Inleiding	83
8.2	Verstandelijke beperking	83
8.3	Gezondheid en gezondheidsrisico's	84
8.4	Een lichte verstandelijke beperking herkennen	87
8.5	In de praktijk	88
8.6	Ondersteunen van eigen regie of zorg door ouders/verzorgers	91
8.7	Samenwerking	92
8.8	Behandeling bij wilsonbekwaamheid	92
8.9	Informatie	94
9	Ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen	97
9.1	Inleiding	99
9.2	Wie?	99
9.3	Gezondheidsproblemen	100
9.4	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie	109
9.5	In de praktijk	110
9.6	Samenwerking, wet- en regelgeving	114
9.7	Informatie	118
10	Dementerenden	121
10.1	Inleiding	123
10.2	Wie?	123
10.3	Gezondheidsproblemen	125
10.4	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw	126
10.5	Herkennen	126
10.6	In de praktijk	127
10.7	Samenwerking, wet- en regelgeving	132
10.8	Informatie	133
11	Mensen met een gehoorbeperking	135
11.1	Inleiding	137
11.2	Wie	137
11.3	Gezondheid	138
11.4	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie	139

11.5	Herkennen	139
11.6	In de praktijk	139
11.7	Samenwerking, wet- en regelgeving	139
11.8	Informatie	141
12	Mensen met een visuele beperking	143
12.1	Inleiding	145
12.2	Wie	145
12.3	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie	146
12.4	Herkennen	147
12.5	In de praktijk	147
12.6	Samenwerking, wet- en regelgeving	147
12.7	Informatie	149
13	Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen	151
13.1	Inleiding	153
13.2	Diversiteit in stoornissen	153
13.3	Geestelijke gezondheidsproblemen	154
13.4	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie	158
13.5	In de praktijk	158
13.6	Samenwerking, wet- en regelgeving	165
13.7	Informatie	167
14	Dak- en thuislozen	169
14.1	Inleiding	171
14.2	Wie	171
14.3	Gezondheid en leefstijl	171
14.4	Zorg	172
14.5	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw	174
14.6	In de praktijk	174
14.7	Samenwerking, wet- en regelgeving	175
14.8	Informatie	175
15	Mensen zonder geldige verblijfsdocumenten	177
15.1	Inleiding	179
15.2	Wie	179
15.3	Gezondheid en leefstijl	180
15.4	Zorg	180
15.5	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw	181
15.6	In de praktijk	181
15.7	Samenwerking, wet- en regelgeving	183
15.8	Informatie	185
16	Palliatieve en terminale zorg	187
16.1	Inleiding	189
16.2	Palliatieve zorg	189
16.3	Gezondheidsproblemen	190
16.4	Mogelijkheden en beperkingen eigen regie en kracht mantelzorg	191

16.5	In de praktijk	192
16.6	Samenwerking, wet- en regelgeving	194
16.7	Palliatieve zorg bij specifieke groepen	196
16.8	Palliatieve sedatie, euthanasie en hulp bij zelfdoding	200
16.9	Informatie	207
17	Angst, boosheid, agressie en claimend gedrag	209
17.1	Inleiding	211
17.2	Angst	211
17.3	Boosheid en agressie	215
17.4	Claimend gedrag	221
17.5	Opvang voor de assistent	222
17.6	Informatie	222
	Bijlagen	223
	Criteria voor toegankelijkheid van de praktijk of apotheek	224
	Literatuur	226
	Register	227

Diversiteit

Samenvatting

Er zijn grote verschillen tussen mensen, maar ook grote overeenkomsten. Mensen met een aantal dezelfde kenmerken zijn te beschouwen als een groep. Wanneer zo'n groep extra aandacht van een zorgprofessional nodig heeft, is er sprake van een doelgroep in de zorg. Extra aandacht kan nodig zijn vanwege specifieke gezondheidsproblemen. Ook kan het zijn dat de communicatie extra aandacht behoeft. Dat iemand tot een specifieke doelgroep hoort, betekent niet per se dat hij ook anders benaderd en behandeld moet worden. Ze zijn immers niet alleen maar lid van die doelgroep: ze zijn verder, net als een ander, broer of zus, vriend of vriendin, partner, ouder, lid van een vereniging of sportclub, buurman of buurvrouw. Kennis van specifieke doelgroepen helpt assistenten patiënten sneller en beter te begrijpen. En daardoor kunnen ze die patiënten beter helpen en kunnen ze beter met lastige situaties in de praktijk omgaan. Bovendien draagt de zorg in Nederland bij aan een 'inclusieve samenleving', een maatschappij waarin iedereen mee kan doen. Het boek *Omgaan met diversiteit. Specifieke doelgroepen voor assistenden* biedt achtergrondkennis en praktische handvatten voor het omgaan met specifieke doelgroepen.

- 1.1 Inleiding – 2**
- 1.2 Gedachte-experiment – 2**
 - 1.2.1 Vraagstelling bij dit gedachte-experiment – 2
 - 1.2.2 Conclusies uit dit gedachte-experiment – 3
- 1.3 Kennis van diversiteit – 4**
- 1.4 Wat biedt dit boek? – 4**

1.1 Inleiding

Er bestaan grote verschillen tussen mensen, maar ook grote overeenkomsten. Wanneer mensen bepaalde kenmerken gemeenschappelijk hebben, kun je ze zien als groep. Ze hoeven elkaar daarvoor niet te kennen en niet te ontmoeten. De zorg kent groepen die extra aandacht vragen van jou als professional. Dan spreek je van doelgroepen van jouw zorg. Leden van een doelgroep kunnen extra aandacht nodig hebben vanwege specifieke gezondheidsproblemen of een specifieke behandeling. In elk geval is altijd aandacht nodig voor de communicatie.

Dat iemand tot een doelgroep behoort, betekent niet automatisch dat je hem anders benadert en behandelt. Niet elke oudere heeft moeite met onthouden, niet iedereen die het Nederlands (nog) niet goed beheerst, vindt het moeilijk om op internet informatie op te zoeken. Niet alle mensen met een verstandelijke beperking vertonen gedragsproblemen in de gezondheidszorgpraktijk. Mensen kunnen tot een specifieke doelgroep behoren, maar dat speelt lang niet altijd een (grote) rol in hun gezondheid, gedrag of communicatie. Het is maar een onderdeel van wie ze zijn. In andere gevallen of situaties spelen de specifieke groepskenmerken wel een rol in hun gezondheid, gedrag en communicatie. Dan houd je daar natuurlijk rekening mee. Maar voor het overige zijn ze, net als ieder ander, broer of zus, vriend of vriendin, partner, ouder, lid van een vereniging of sportclub, buurman of buurvrouw (■ fig. 1.1).

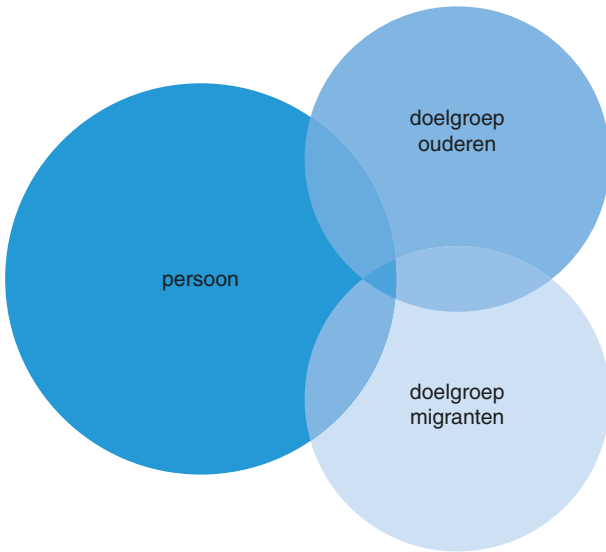
1.2 Gedachte-experiment

We leggen je een gedachte-experiment voor. Je ziet hier een opsomming van de specifieke doelgroepen die in dit boek aan de orde komen:

- kinderen;
- zwangeren;
- ouderen, zeer oude ouderen;
- dementerenden;
- chronisch zieken;
- mensen met een zintuiglijke beperking: slechtzienden, blinden, slechthorenden en doven;
- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een psychiatrische stoornis;
- mensen met verslavingsproblematiek;
- mensen die niet goed Nederlands kunnen lezen en schrijven;
- migranten, mensen van wie de moedertaal niet Nederlands is;
- migranten met een niet-westerse culturele achtergrond.

1.2.1 Vraagstelling bij dit gedachte-experiment

1. In de praktijk krijg je te maken met gedragsproblemen, zoals: agressie, claimend gedrag, afspraken niet nakomen, niet meewerken aan onderzoek of behandeling.
 - a. Bij welke doelgroepen *kunnen* er, volgens jou, vaker gedragsproblemen voorkomen? Heeft dat te maken met de doelgroepkenmerken?
 - b. Komt dit gedrag ook bij andere mensen voor? Als dat niet komt door hun doelgroepkenmerken, waardoor ontstaat dit gedrag dan? Of wanneer, in welke situatie?



▣ **Figuur 1.1** Een *persoon* omvat meer dan de kenmerken van een doelgroep

2. In de praktijk krijg je te maken met mensen die beperkte gezondheidsvaardigheden hebben: ze kunnen moeilijk informatie over gezondheidsproblemen opzoeken, begrijpen, bespreken en toepassen.
 - a. Welke doelgroepen hebben, volgens jou, vaker beperkte gezondheidsvaardigheden?
 - b. Zijn er ook mensen uit deze doelgroepen die wél vaardig met gezondheidsinformatie omgaan?

1.2.2 Conclusies uit dit gedachte-experiment

We hebben dit experiment met enkele studentengroepen gedaan. Dit zijn enkele van hun conclusies.

Conclusie 1

De ene mens is heel anders dan de andere. Dat iemand tot een doelgroep behoort, zegt niet alles over zijn communicatie en gedrag.

Conclusie 2

Je kunt wel alert zijn bij een patiënt die tot een specifieke doelgroep behoort, maar je moet uitkijken voor je eigen vooroordelen. Het is belangrijk open te staan voor de patiënt als persoon.

Conclusie 3

Je weet niet altijd of iemand tot een specifieke doelgroep behoort. Bij sommigen is dat meteen wel duidelijk, bijvoorbeeld bij kinderen, zeer oude ouderen, mensen met een ernstige verstandelijke beperking of mensen die de Nederlandse taal niet spreken. Maar iemand met een verslavingsproblematiek of een psychiatrische stoornis herken je lang niet altijd onmiddellijk. En of iemand dementerend is of moeite heeft met lezen en schrijven zie je ook niet in één oogopslag.

Conclusie 4

Of je wel of niet weet of iemand tot een specifieke doelgroep behoort, je zult altijd op het moment zelf observeren hoe het contact verloopt en je zorg en communicatie daarop aanpassen.

1.3 Kennis van diversiteit

Je kunt je afvragen of het zin heeft om kennis te hebben van specifieke doelgroepen. Over deze vraag waren de studenten heel duidelijk: ja. Want het helpt je om de patiënt sneller en beter te begrijpen, en dus beter te helpen. Bovendien kun je, gewapend met die kennis, beter met lastige situaties in de praktijk omgaan. Duidelijk is dat de communicatie vaak extra aandacht vraagt.

Daarnaast kun je te maken hebben met een specifieke zorgvraag (inhoudelijk), bijvoorbeeld bij zwangeren, gebitsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, meerdere aandoeningen en polyfarmacie bij zeer oude ouderen. Om goede zorg te kunnen geven moet je weten welke gezondheidsproblemen veel voorkomen en welke gevolgen die hebben. Niet alleen voor het lichamenlijk functioneren, maar ook voor het psychisch en sociaal functioneren. Daarbij moet je ook de sociale kaart van de wijk of regio kennen.

Er is nog een reden waarom kennis van specifieke doelgroepen belangrijk is. De Nederlandse overheid vindt dat iedereen moet kunnen meedoen in de samenleving. Dat doet iedereen op zijn eigen manier en met zijn eigen mogelijkheden. Maar dat moet dan wel mogelijk zijn. Niemand mag daarvan worden uitgesloten. Dat heet: inclusief beleid. Iedereen doet mee. Deze intentie is goed te zien in de naam van het netwerk voor mensen met een beperking of een chronische ziekte: Ieder(in) (► <https://iederin.nl/>) en het filmpje hierover (► <https://iederin.nl/video/>).

1.4 Wat biedt dit boek?

Door dit boek te bestuderen werk je aan de volgende doelstellingen:

- Je herkent wanneer de communicatie met mensen uit specifieke doelgroepen extra aandacht vraagt, op het moment zelf en soms al voorafgaand aan het contact.
- Je weet hoe je je communicatie kunt aanpassen en eventueel andere acties kunt inzetten.
- Je weet welke gezondheidsproblemen veel voorkomen bij specifieke doelgroepen en welke gezondheidsrisico's er zijn.
- Je kunt aangeven welke zorg daarbij nodig is.

In de eerste drie hoofdstukken bespreken we wat we verstaan onder diversiteit en doelgroepen (► H. 1), welke handvatten er zijn voor het omgaan met mensen uit verschillende doelgroepen (► H. 2) en wat eigen regie inhoudt en hoe je die kunt ondersteunen (► H. 3).

Daarna bespreken we verschillende doelgroepen, hun gezondheidsproblemen, leefstijl en gezondheidsrisico's, mogelijkheden en beperkingen in de communicatie. Aan de hand daarvan presenteren we handvatten (*tools*) voor de communicatie. Zo vul je stukje bij beetje jouw gereedschapskist voor communicatie.

Sommige mensen behoren tot meer dan één doelgroep: een kind met een verstandelijke beperking dat erg angstig is; een zwangere vluchteling uit Afghanistan; een Turkssprekende dementerende oudere; een dakloze met een psychiatrische stoornis en verslavingsproblemen.

Een uitdaging waarbij je steeds kijkt welke *tools* je kunt inzetten om je patiëntencontact goed te laten verlopen.

Wat biedt dit boek wél en wat niet?

- *Wél*: achtergrondinformatie over doelgroepen, zodat je hun situatie en communicatie beter kunt begrijpen. Ook geven we tips over de communicatie.
- *Niet*: een recept of trucs om met mensen uit een bepaalde doelgroep om te gaan.

Goed communiceren valt of staat met afstemmen op de ander. Dat doe je door te luisteren en te observeren en je aanpak aan te passen aan wat je hoort en ziet.

Contact

Samenvatting

In contact met patiënten uit specifieke doelgroepen moet de assistent zich realiseren dat hun groepskenmerken maar een deel van hun persoon zijn. Ook een open houding en interesse in die persoon zijn essentieel. De assistent kan gebruikmaken van handvatten, zoals de gespreksstructuur en de voorlichtingspijl. Een professioneel gesprek bestaat uit een opening, kerndeel en afronding. In de opening begint de werkrelatie met de patiënt door verbaal en non-verbaal contact. Daarna bespreekt de assistent de reden voor het contact en stelt samen met de patiënt de ‘gespreksagenda’ op. In het kerndeel bespreekt de assistent de onderwerpen van de agenda en voert eventuele handelingen uit. Een goede evaluatie en zorgvuldige afronding vergroten de kans dat de patiënt zich goed behandeld voelt, tevreden is en iets met de informatie of het advies doet. De voorlichtingspijl bevat de stappen die de patiënt zet naar (gezond) gedrag: openstaan – begrijpen – willen – kunnen – doen – blijven doen. Met de *tell-show-feel-do*-methode kan de informatie worden besproken. Vaak vraagt de stap *willen*, met de factoren *attitude* of *afweging* (A), *sociale invloed* (S) en *eigen effectiviteit* (E) veel aandacht. De eigen regie van de patiënt omvat keuzes maken en problemen oplossen.

2.1 Inleiding – 9

2.2 Gespreksstructuur – 9

2.2.1 Opening – 9

2.2.2 Kerndeel – 9

2.2.3 Afronding – 10

2.3 De voorlichtingspijl – 10

2.4 Als begrijpen extra aandacht vraagt – 10

- 2.5 Als willen extra aandacht vraagt – 11
- 2.6 Als emoties extra aandacht vragen – 12
- 2.7 Als eigen regie extra aandacht vraagt – 12

2.1 Inleiding

Dit boek gaat over contact tussen jou als professional en mensen in jouw praktijk die kenmerken van een bepaalde doelgroep hebben. Mensen met wie je misschien nog weinig contact hebt gehad. Mensen bij wie soms specifieke kenmerken opvallen (levensfase, complexe gezondheidsproblematiek, taal, kleding, gedrag), soms ook niet. Mensen die vaak wel goede communicatieve vaardigheden van jou vragen.

Het helpt om te denken aan wat in ►H. 1 is besproken: specifieke kenmerken zijn altijd maar een deel van de persoon. Wat ook helpt, is een open houding en interesse in de persoon met wie je contact hebt. Zeg maar positieve nieuwsgierigheid.

Daarnaast zijn er praktische handvatten om met mensen uit verschillende doelgroepen om te gaan. In dit hoofdstuk noemen we enkele handvatten en geven we aan waar ze uitgebreid aan bod komen.

2.2 Gespreksstructuur

In professionele gesprekken kun je de volgende structuur herkennen: opening – kern – afronding. Soms kun je een gesprek voorbereiden. Dat kan belangrijk zijn als je een patiënt vaker ziet en hem begeleidt. Deze voorbereiding bespreken we hier niet.

2.2.1 Opening

Op het moment dat je contact maakt met je patiënt, verbaal of non-verbaal, begin je een werkrelatie met hem. Het maakt daarbij niet uit of je die patiënt aan de telefoon hebt, of dat hij aan de balie staat of in de behandelruimte is. Je stelt je voor, vraagt, noemt of herhaalt de naam van de patiënt. Zo laat je de patiënt weten dat je zult proberen hem te helpen. Een patiënt die zich welkom voelt en merkt dat er aandacht voor hem is, zal zich makkelijker openstellen voor jou en de hulp die je biedt. Zo creëer je een samenwerkingsrelatie met je patiënt.

Nadat je contact hebt gemaakt, vraag je naar de reden van de komst of van het telefoontje. Bij een geplande afspraak weet je die reden vaak al, maar het is goed om na te gaan of het klopt wat er is genoteerd. Je kunt dan ook peilen of er andere dingen zijn die de patiënt wil bespreken. Daarna kun je samen de ‘agenda’ van het gesprek opstellen.

2.2.2 Kerndeel

Hierin bespreek je de onderdelen van de agenda en voer je eventueel handelingen uit. Je werkt patiëntgericht, dus je sluit aan bij de behoeften van de patiënt. Je kunt de stappen van de voorlichtingspijl volgen: openstaan – begrijpen – willen – kunnen – doen – blijven doen. Zorg ervoor dat het echt een gesprek is, geen eenrichtingsverkeer. Je rondt af met een conclusie of samenvatting: ‘we hebben besproken ... en u hebt aangegeven ...’ Je kunt ook aan de patiënt vragen de belangrijkste punten uit het gesprek te noemen. Als je een advies hebt gegeven, kun je vragen of de patiënt begrijpt wat hij kan doen en of dat gaat lukken.

2.2.3 Afronding

Je rondt het gesprek af. Soms maak je een (nieuwe) afspraak of leg je uit wanneer de patiënt eerder contact moet opnemen. Daarna zeg je gedag en neem je afscheid.

Als je een contact zorgvuldig afrondt, is de kans groter dat de patiënt zich goed behandeld voelt, tevreden is en iets met je informatie of advies doet. Zorgvuldige afronding is ook nodig als 'brug' naar een volgend contact. De patiënt en jij kunnen de volgende keer met een schone lei beginnen.

2.3 De voorlichtingspijl

Om patiënten voor te lichten is de voorlichtingspijl ontwikkeld. Deze bevat de stappen die de patiënt zet naar (gezond) gedrag: openstaan – begrijpen – willen – kunnen – doen – blijven doen. De pijl laat zien dat voorlichting meer is dan informatie geven (stap begrijpen). Het gaat erom dat je mensen helpt beslissingen te nemen en gedrag uit te voeren waarmee ze hun gezondheid verbeteren (▣ tab. 2.1).

2.4 Als begrijpen extra aandacht vraagt

Sommige patiënten hebben er moeite mee om informatie te begrijpen, niet alleen schriftelijke informatie, maar ook in een gesprek. Dat kan voorkomen bij mensen die niet goed kunnen lezen en schrijven, migranten, mensen met een verstandelijke beperking of hersenletsel en dementerenden. Ook mensen met een psychiatrische stoornis en mensen die onder invloed zijn van alcohol of drugs begrijpen informatie niet altijd goed.

Bij alle patiënten kun je de *tell-show-feel-do*-methode gebruiken om informatie over te brengen (zie kader).

Tell-show-feel-do-methode

Dit voorlichtingsmodel is vooral bekend in de tandartspraktijk. Het gaat hierbij om de volgende acties:

- Vertellen: uitleggen wat er gaat gebeuren, wat je gaat doen.
- Laten zien/voordoen: laten zien wat er gaat gebeuren. Je laat een voorwerp of instrument zien en doet de handeling voor bij de patiënt of op een model.
- Laten voelen: de voorwerpen en handelingen laten voelen, bijvoorbeeld op een nagel of de huid.
- De handeling uitvoeren (onderzoek of behandeling). Soms laat je de patiënt een handeling uitvoeren en oefenen, bijvoorbeeld tandenpoetsen.

Bij mensen die moeite hebben met begrijpen, sta je nadrukkelijk stil bij elk onderdeel van de tell-show-feel-do-methode. In ► H. 4 vind je tips daarvoor.

Tabel 2.1 Toepassen van de voorlichtingspijl

Wat doe je als assistent?		
opening	↔	<i>openstaan</i> – contact maken – agenda opstellen
kerndeel	i	<i>begrijpen</i>
	↔	– het gaat hierbij om informatie uitwisselen, niet alleen om informatie geven – je gaat ook na of de patiënt de informatie begrijpt en welke vragen hij nog heeft
		<i>willen (besluiten, motivatie)</i>
	↔	– bespreek het nut van een behandeling of advies (voordelen), maar heb daarnaast oog voor de bezwaren (nadelen) – laat de patiënt, als dat kan, kiezen uit enkele mogelijkheden: ‘hoe zou u dat kunnen doen’, of: u kunt het zo ... of zo ... doen, of: ziet u misschien andere mogelijkheden?’ – werk met kleine stappen, die te doen zijn, stel samen met de patiënt kleine, haalbare doelen – noteer de doelen in het dossier
		<i>kunnen en doen (vaardigheden en belemmeringen; afspraken)</i>
	i	– geef instructie, doe eventueel voor en vraag om dat na te doen – maak eventueel afspraken en leg die vast
		<i>blijven doen</i>
	i	– bereid je patiënt voor op situaties waarin het moeilijk kan zijn om goed voor zijn gezondheid te zorgen
	↔	– bedenk samen hoe hij daar het beste mee kan omgaan, dan is de kans het grootst dat de oplossing bij hem past
afronding	↔	– maak eventueel een afspraak voor verdere ondersteuning
	i	– spreek af wanneer de patiënt (eerder) contact moet opnemen

↔ gericht op de relatie; i: gericht op de inhoud.

2.5 Als willen extra aandacht vraagt

Het is niet altijd vanzelfsprekend dat je patiënt actief aan de slag gaat met zijn gezondheidsprobleem. Niet elke patiënt volgt onmiddellijk jouw advies op of gaat meteen het medicijn slikken dat is voorgeschreven. De stap *willen* is een belangrijke stap op weg naar *doen* en *blijven doen*. Daarbij spelen drie factoren een rol: attitude of afweging (A), sociale invloed (S) en eigen effectiviteit (E). Je probeert deze factoren positief te beïnvloeden, zodat het *willen* sterker wordt. Hoe je de stap *willen* kunt ondersteunen, wordt besproken in ►H. 3, als onderdeel van ondersteunen van eigen regie.

2.6 Als emoties extra aandacht vragen

In contacten met je patiënten kun je te maken krijgen met emoties (boosheid, verdriet, blijdschap). Soms ook met agressie en claimend gedrag. Dat vraagt van jou begrip, maar ook doortastendheid, zodat je het gesprek toch in goede banen kunt leiden en tot een goede afronding kunt komen. Hoe je dat kunt doen, wordt besproken in ►H. 17.

2.7 Als eigen regie extra aandacht vraagt

Zelf regie voeren (zelfmanagement) wordt steeds belangrijker. Dat vraagt van een patiënt meer dan alleen begrijpen. Om de regie te kunnen voeren moet de patiënt ook overzicht hebben van zijn mogelijkheden. Hij moet de voor- en nadelen van bepaalde keuzemogelijkheden kunnen overzien om een haalbare aanpak te kiezen. Hij moet zijn keuze thuis uitvoeren en (soms lang) volhouden. De problemen die hij tegenkomt, zal hij moeten kunnen oplossen. Kortom: als de patiënt de regie in eigen hand neemt, moet hij een heleboel probleemoplossende vaardigheden hebben.

Eigen regie wordt besproken in ►H. 3. Daarin komt ook aan bod hoe je ondersteuning kunt geven aan mensen die zelf de regie voeren. Ondersteuning van de eigen regie bij specifieke doelgroepen vind je in de hoofdstukken over die doelgroepen.

Gezondheidsvaardigheden en eigen regie

Samenvatting

Mensen kunnen zelf veel doen aan hun gezondheid. Daar zijn gezondheidsvaardigheden voor nodig. Die zijn ook nodig voor eigen regie of zelfmanagement. Tot gezondheidsvaardigheden behoren informatie verzamelen, begrijpen en toepassen op de eigen situatie, mogelijkheden afwegen en keuzes maken. Lezen en schrijven zijn daar belangrijk voor. Eigen regie of zelfmanagement houdt in dat de patiënt zijn leven en zijn zorg zo organiseert, dat die bij hem en zijn behoeften passen. Eigen regie vergroot zo de kwaliteit van leven. Niet iedereen wil overigens volledig zelf de regie voeren. Eigen regie van de patiënt houdt ook in dat zorgverleners geen beslissingen nemen voor de patiënt maar *samen met* de patiënt. Belangrijk bij ondersteuning van eigen regie is de patiënt probleemoplossende vaardigheden te leren. Alleen voorlichting geven en kennis aanreiken is niet voldoende. Bovendien moet je als team samenwerken bij het ondersteunen van eigen regie.

- 3.1 Inleiding – 14**
- 3.2 Gezondheidsvaardigheden – 14**
- 3.3 Eigen regie – 15**
- 3.4 Ondersteunen van eigen regie – 16**
 - 3.4.1 Communicatie en vaardigheden aanleren – 16
 - 3.4.2 Ondersteunen eigen regie bij medicijngebruik – 16
 - 3.4.3 Handvatten voor het ondersteunen van eigen regie – 19

3.1 Inleiding

Mensen kunnen zelf veel doen om gezond te blijven of gezond(er) te worden. Toch lukt het niet iedereen om te doen wat daarvoor nodig is. Daar zijn bepaalde vaardigheden voor nodig. Die worden gezondheidsvaardigheden genoemd. Die vaardigheden zijn ook belangrijk om als patiënt zelf de regie te houden over je leven, ook al heb je gezondheidsproblemen. Eigen regie heet ook wel zelfmanagement. We gebruiken deze woorden door elkaar. Dit hoofdstuk gaat over gezondheidsvaardigheden en hun rol bij het voeren van eigen regie.

3.2 Gezondheidsvaardigheden

Om te kunnen bijdragen aan de eigen gezondheid en zelf de regie te kunnen voeren, hebben mensen kennis nodig: kennis van hun lichaam, van ziekten, ziekteoorzaken, manieren om ziekte te voorkomen, behandelingen enzovoort. Mensen moeten informatie kunnen opzoeken en informatie kunnen begrijpen. En dat is nog maar het begin, want van alleen kennis word je niet gezonder. Ze moeten de kennis kunnen toepassen op hun eigen situatie en keuzes maken, instructies opvolgen. De vaardigheden die hiervoor nodig zijn, de gezondheidsvaardigheden, gaan verder dan alleen de stap *begrijpen*. Ze zijn ook van belang voor de stappen *willen* (motivatie), *kunnen* (praktische en sociale vaardigheden), *doen* en *blijven doen* (zie kader Elementen van gezondheidsvaardigheden).

Elementen van gezondheidsvaardigheden

Nodig voor de stap *begrijpen*:

- informatie (over gezondheid, ziekte en zorg) kunnen opzoeken en begrijpen;
- instructies kunnen begrijpen;
- onderscheid kunnen maken tussen hoofd- en bijzaken: kunnen bepalen wat het belangrijkste is in schriftelijke of mondelinge informatie;
- gebeurtenissen in een chronologische volgorde kunnen plaatsen.

Nodig voor de stap *willen*:

- duidelijk kunnen maken wat je klachten zijn en welke hulp je wilt (hulpvraag);
- bewuste eigen keuzes kunnen maken op basis van verzamelde informatie.

Nodig voor de stap *kunnen*:

- instructies kunnen toepassen.

Lezen en schrijven zijn gezondheidsvaardigheden. Anders gezegd: niet goed kunnen lezen en schrijven (laaggeletterdheid, zie ►H.4) maakt mensen minder gezondheidsvaardig. En dat heeft gevolgen voor de gezondheid. Mensen die geen goede gezondheidsvaardigheden hebben, gaan minder goed met hun ziekte en met de zorg en zorgverleners om. Ze hebben meer gezondheidsproblemen en hun contacten met zorgverleners verlopen vaak moeilijk. Ze hebben ook minder eigen regie.

3.3 Eigen regie

Eigen regie of zelfmanagement

Eigen regie of zelfmanagement is het zodanig omgaan met een (chronische) aandoening, dat die aandoening optimaal wordt ingepast in het dagelijks leven. Daarbij rekening houdend met alle symptomen, de behandeling en lichamelijke, psychische en sociale consequenties, en bijbehorende leefstijl. Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre ze de regie over hun eigen leven in eigen hand willen houden en zeggenschap hebben over hoe beschikbare zorg wordt ingezet. Bij zelfmanagement streeft de patiënt ernaar om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden.

Deze omschrijving is wel lang, maar maakt goed duidelijk waar het om gaat. Bij eigen regie of zelfmanagement gaat het erom hoe mensen hun leven leiden, met hun ziekte en de zorg die ze daarbij nodig hebben. Niet de ziekte of de behandeling staat centraal, maar de manier van leven van de patiënt. Het gaat erom wat mensen belangrijk vinden in hun leven. En, gezond of ziek, dat verschilt nogal. Het verschilt ook hoeveel eigen regie mensen *willen* nemen en *kunnen* nemen.

Eigen regie vraagt veel van een patiënt. Hij moet kennis van de ziekte hebben en informatie kunnen opzoeken en verwerken. Hij moet weten wat zorgverleners kunnen doen en wat hij zelf kan doen. Om zelf de regie te kunnen voeren moet de patiënt ook signalen herkennen, zelf het ziekteverloop kunnen volgen, op tijd problemen herkennen en daar oplossingen voor bedenken. En ten slotte moet de patiënt ook zelf de oplossing kiezen die het best past bij zijn leven en die uitvoeren. Het is niet gemakkelijk: elke dag je keuzes aanpassen aan de situatie van dat moment bij een ziekte die steeds kan veranderen. Dat kost energie, maar levert mensen vaak ook meer tevredenheid en kwaliteit van leven op (Engels 2015).

Ook hoort bij eigen regie dat de patiënt een goede (werk)relatie opbouwt met zijn zorgverleners, een actieve rol heeft in contacten met de zorgverleners en een actief aandeel heeft in gezamenlijke besluitvorming (*shared decision-making*).

Een patiënt die zelf de regie in handen wil houden, heeft daarvoor veel gezondheidsvaardigheden nodig (zie ook ► par. 3.2). Bij eigen regie komt er nog bij dat hij vaardigheden nodig heeft om dagelijkse problemen op te lossen: probleemoplossende vaardigheden.

Probleemoplossende vaardigheden

Eigen regie vraagt van de patiënt naast de genoemde gezondheidsvaardigheden de volgende probleemoplossende vaardigheden:

1. Verschillende oplossingen bedenken voor zijn probleem of mogelijke oplossingen uit de informatie halen.
2. Een oplossing kiezen die het best bij zijn situatie en persoon past.
3. Een oplossing uitproberen.
4. Kijken of het werkt (evalueren) en zo niet: kijken welke belemmeringen er zijn en of hij die kan wegnemen, of een andere oplossing proberen die misschien beter werkt.
5. Eventueel hulp van anderen vragen: informele hulp van familie, vrienden of burens, of professionele hulp.
6. Opbouwen van een samenwerkingsrelatie met informele hulp en professionele zorgverlener.

3.4 Ondersteunen van eigen regie

Mensen die weinig eigen regie (kunnen) voeren, hebben minder invloed op hun gezondheid en op de zorg die ze ontvangen. Zij hebben daardoor vaak meer begeleiding nodig: ondersteuning van eigen regie of zelfmanagementondersteuning.

3.4.1 Communicatie en vaardigheden aanleren

Jouw ondersteuning begint bij contact maken en aansluiten bij behoeften en wensen van de patiënt. Dat is de basis van patiëntgericht communiceren. Het doel is dat de patiënt straks (beter) in staat is om zelf de regie over zijn leven te voeren. Het gaat hier dus om informatie geven en begeleiden naar (meer) gezond gedrag. Je kunt daarvoor de voorlichtingspijl gebruiken met de stappen openstaan – begrijpen – willen – kunnen – doen – blijven doen (zie ► par. 2.3).

Toch vraagt ondersteunen van zelfmanagement méér. Voorlichting gaat het vaak over één onderwerp: medicijnen gebruiken, zelfcontrole uitvoeren, tandenpoetsen. Overigens is dat vaak al ingewikkeld genoeg. Maar bij eigen regie gaat het per definitie over hoe je je leven organiseert terwijl je een ziekte of beperking hebt en medische behandeling krijgt. Dat vraagt allerlei beslissingen, op verschillende momenten, over verschillende dingen.

Ondersteunen van eigen regie houdt dan ook in dat je de patiënt leert problemen te signaleren en op te lossen: een probleemoplossend proces doorlopen. Je kijkt dan niet alleen naar het gedrag (medicijnen gebruiken, zelfcontrole uitvoeren, tandenpoetsen), maar ook naar hoe de patiënt zijn problemen aanpakt. In de stap *blijven doen* van de voorlichtingspijl bespreek je met de patiënt hoe hij problemen met medicatie, mondzorg en leefstijladviezen oplost (► tab. 3.1).

3.4.2 Ondersteunen eigen regie bij medicijngebruik

Ongeveer de helft van de patiënten gebruikt de voorgeschreven geneesmiddelen zoals bedoeld. De andere helft neemt ze niet in of gebruikt ze niet op de juiste manier. Dit wordt vaak therapie(on)trouw genoemd.

Factoren die van invloed zijn op therapietrouw

Therapietrouw is van veel factoren afhankelijk: het geneesmiddel, de ziekte, de patiënt en zijn omstandigheden en de zorgverleners. Bij sommige geneesmiddelen is de therapietrouw hoger (bloedsuikerverlagende tabletten en bloeddrukverlagers), bij andere lager (middelen bij astma, COPD en depressie). Het maakt ook uit hoe vaak een middel moet worden ingenomen. Bij middelen die vier keer per dag moeten worden ingenomen is de therapietrouw 50 %. Middelen die maar één keer per dag moeten worden ingenomen, worden in 78 % op de juiste manier ingenomen. Daarnaast verlagen 4D's de therapietrouw (in het Engels): *depression, dementia, drug dependence en denial*.

■ **Tabel 3.1** Ondersteunen van eigen regie

basis	<ul style="list-style-type: none"> – kijk naar het individu, de persoon, niet naar iemand uit een doelgroep – houd rekening met behoeften en mogelijkheden
voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> – besteed regelmatig aandacht aan therapietrouw en eigen regie <i>praktijkassistenten en apothekersassistenten:</i> – ga na of de patiënt deelneemt aan een zorgprogramma, welke informatie en begeleiding het programma biedt en wie de begeleiding uitvoert (huisarts, POH, andere zorgverlener) – ga na of er een persoonlijk gezondheidsdossier is waarin de patiënt en de zorgverleners werken – kijk of er specifieke ondersteuningsprogramma's zijn (wijk, gemeente, GGD, instellingen van de sociale kaart; digitaal)
opening	<p><i>openstaan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – vraag toestemming: 'vindt u het goed om het over ... te hebben?'; 'mag ik u wat vragen over ...?'; 'mag ik u wat vertellen over ...?' Of herinner aan een afspraak die je eerder hebt gemaakt: 'we hebben eerder afgesproken dat we regelmatig samen zouden bespreken hoe het gaat met ... vindt u het goed dat we dat nu doen of zijn er andere dingen die u liever bespreekt?'
kerndeel	<ul style="list-style-type: none"> – besteed extra aandacht aan de stappen van gedragsverandering: ga elke keer na hoe het gaat; vraag bij chronisch medicatiegebruik naar bijwerkingen; bespreek wat goed gaat en wat niet; geef complimenten over wat goed gaat – ga na welke stap je kunt versterken <p><i>begrijpen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ga na of je patiënt begrijpt wat hij kan doen aan zijn gezondheid, bijvoorbeeld door te vragen hoe hij zijn medicatie gebruikt – vul eventueel informatie aan, maar vertel niet te veel in een keer; bouw, als je je patiënt vaker ziet, zo nodig herhaling in – gebruik eventueel hulpmiddelen (plaatjes, voorwerpen, pictogrammen, digitaal materiaal, zie ► par. 4.5) – ga na of je patiënt de informatie begrijpt: 'ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd, kunt u uitleggen hoe u de medicatie thuis gaat gebruiken?' <p><i>willen</i> (besluiten, motivatie)</p> <ul style="list-style-type: none"> – sta langer stil bij de stap <i>willen</i> <p>A: attitude (afwegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> – vraag de patiënt wat hij belangrijk vindt – vraag de patiënt zelf verschillende mogelijkheden te bedenken; welke voor- en nadelen verwacht hij van de verschillende mogelijkheden? <p>S: sociale invloed</p> <ul style="list-style-type: none"> – ga na of de patiënt steun van de omgeving ervaart; laat merken dat je daar waardering voor hebt; betrek de naasten eventueel bij de zorg <p>E: eigen effectiviteit</p> <ul style="list-style-type: none"> – ga samen na wat wel en niet lukte <p><i>uitkomst van de stap willen</i></p> <p>de patiënt neemt de beslissing:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vraag de patiënt naar zijn beslissing: wat gaat hij doen? – laat de patiënt, zo mogelijk, kiezen uit verschillende mogelijkheden: waar kiest hij voor? – maak duidelijk dat je zijn keuze respecteert – help bij het bedenken van kleine stappen die tot succeservaringen leiden noteer de doelen/keuzes in het patiëntendossier

3

■ Tabel 3.1 Vervolg.

	<p><i>kunnen en doen</i> (vaardigheden en belemmeringen; afspraken)</p> <ul style="list-style-type: none"> – bouw herhalingsmomenten in – vertel dat er gemakkelijk fouten kunnen sluipen in ... (mondzorg, medicatiegebruik) – controleer of een handeling goed gaat; vraag bijvoorbeeld om een handeling uit te leggen of voor te doen; verbeter de handeling als dat nodig is – maak afspraken en noteer die in het patiëntendossier <p><i>blijven doen</i></p> <p>leer de stappen van probleemoplossing aan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verschillende oplossingen bedenken voor het probleem of mogelijke oplossingen uit de informatie halen 2. een oplossing kiezen die het best bij de situatie en de persoon past 3. een oplossing uitproberen 4. kijken of het werkt (evalueren); zo niet: kijken welke belemmeringen er zijn en of die zijn weg te nemen, of een andere oplossing proberen die misschien beter werkt 5. eventueel hulp van anderen vragen: informele hulp van familie, vrienden of burens, of professionele hulp 6. opbouwen van een samenwerkingsrelatie met informele hulp en professionele zorgverlener
afronding	<ul style="list-style-type: none"> – maak eventueel een afspraak voor verdere ondersteuning – spreek af wanneer de patiënt (eerder) contact moet opnemen

Therapietrouw bevorderen

Er zijn allerlei dingen geprobeerd om terapietrouw te verbeteren. Wat echt werkt (bewezen effectief), is:

- zelfmonitoring (zelf bijhouden van klachten en meetgegevens) en eigen regie (zelfmanagement);
- vereenvoudigen van doseringsschema's;
- medicatiebeoordelingen door de apotheker.

De patiënt alleen voorlichten werkt vaak onvoldoende. Maar ook bij zelfmonitoring en zelfmanagement hoort natuurlijk ondersteuning. Die kun je bieden door patiëntgericht te communiceren: je sluit aan bij de behoeften van de patiënt. Je kunt de terapietrouw vergroten door open en belangstellend over het geneesmiddelengebruik te praten met de patiënt. Niet om de patiënt te vertellen dat hij het niet goed doet. Sluit aan bij de zorgen, wensen en ervaringen van de patiënt. Stel vragen en gebruik daarbij de voorlichtingspijl.

In het volgende kader vind je vragen die je kunt stellen ter ondersteuning van de eigen regie bij medicatiegebruik.

Hulpzinnen in je gesprek over medicatiegebruik

Openstaan

- Mag ik u wat vragen over het gebruik van deze geneesmiddelen?
- Hoe vindt u het om deze middelen te gebruiken?

Begrijpen

- Kunt u vertellen waar dit middel voor dient en hoe u het gebruikt?
- Welke vragen hebt u nog?

Willen

- Wat betekent dit nu voor u?
- Hoe denkt u hierover?

Kunnen en doen

- Lukt het u om de geneesmiddelen te gebruiken?
- Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen in te nemen. Hoe is dat bij u?

Blijven doen

- Heel veel mensen denken erover om te stoppen met hun medicijnen. Dat is logisch, vooral in het begin als de pillen nog geen effect hebben, maar al wel bijwerkingen geven. Hoe is dat bij u?
- U hebt vast een goede reden dat u met de medicatie gestopt bent. Mag ik vragen welke?
- Zou u met de dokter of apotheker willen overleggen of er andere oplossingen zijn?

3.4.3 Handvatten voor het ondersteunen van eigen regie

Er bestaan allerlei hulpmiddelen om de eigen regie te ondersteunen: voor patiënten en ook voor zorgverleners.

Hulpmiddelen voor patiënten

Bijvoorbeeld:

- toegankelijke informatie (op of via de site van zorgverleners en van voorlichtingsorganisaties);
- persoonlijk gezondheidsdossier;
- hulpmiddelen om de gezondheid te volgen en bewaken (monitoren), waaronder dagboeken, telemonitoring, gezondheidsapps;
- e-health;
- cursussen, groepen (live of digitaal);
- keuzehulpen.

Hulpmiddelen voor zorgverleners

Voor zorgverleners zijn artikelen en handreikingen geschreven. Je kunt ze vinden op ► <http://www.kennispleinchronischezorg.nl>. Bijvoorbeeld: *Handreiking eerstelijns zorgverleners om mensen te ondersteunen die beperkt gezondheidsvaardig zijn* (Utrecht, Vilans) ► <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijns/gezondheidsvaardigheden-praktijkvoorbeeld-laaggeterdheid-zelfmanagement.html>

Een belangrijk leerpunt voor studenten en zorgverleners is dat ze niet voor hun patiënten denken, maar coach worden van hun patiënten. Daar moeten veel studenten en zorgverleners aan wennen. Het is zo vanzelfsprekend om adviezen te geven op basis van je deskundigheid. Daardoor is het moeilijk om eerst goed te kijken of dat wel de beste manier is om de patiënten te helpen bij hun eigen regie.

Bij eigen regie (en het ondersteunen daarvan) staat centraal waar de patiënt behoefte aan heeft en wat hij belangrijk vindt. In het gesprek met de patiënt gaat het niet om wat de patiënt 'moet' doen, maar wat hij belangrijk vindt, wat hij zelf aan zijn gezondheid kan doen en hoe hij dat voor elkaar kan krijgen.

In de hierna volgende hoofdstukken over de specifieke patiëntengroepen kun je aandachtspunten vinden bij het ondersteunen van de eigen regie van die specifieke groep.

Ondersteunen van zelfmanagement is teamwork

In je eentje de eigen regie van je patiënten ondersteunen is niet zo effectief. Veel patiënten hebben ook contact met andere zorgverleners. Die moeten op één lijn zitten en op dezelfde manier kijken. Een gezamenlijke aanpak is dus nodig. Dat vereist samenwerking binnen de praktijk en met andere zorgverleners.

Wanneer je zorgverleners vraagt of ze zelfmanagement ondersteunen, is het antwoord bijna altijd: 'ja, natuurlijk'. En dat klopt. Bij bijna iedereen is dat een onderdeel van zijn of haar werk. Maar hoeveel aandacht eraan wordt besteed en hoe gestructureerd, en of er afstemming plaatsvindt met collega's binnen en buiten de praktijk, dat verschilt nogal.

De Z-scan is een screeningslijst waarmee je kunt onderzoeken hoe ver jouw praktijk is in het gestructureerd ondersteunen van de eigen regie ► <http://zelfzorgondersteund-instrumenten-kiezer.nl/z-scan-een-zelfdiagnose-instrument-zelfmanagementondersteuning/>

Mensen die moeite hebben informatie te begrijpen

Samenvatting

Voor laaggeletterden is lezen en schrijven moeilijk. Ze hebben een laag opleidingsniveau en beperkte gezondheidsvaardigheden. Een derde van de laaggeletterden heeft een migrantenachtergrond. Laaggeletterden kunnen moeilijk informatie over hun gezondheid vinden, begrijpen en toepassen. Het is voor hen vaak moeilijk om hun situatie en hun zorgvraag goed te verwoorden. Dat maakt ze kwetsbaar. Ze kunnen instructies minder goed opvolgen en minder goed weloverwogen keuzes maken en eigen regie voeren. Laaggeletterden hebben meer gezondheidsproblemen en gebruiken meer medicijnen. Ze doen minder mee aan preventieprogramma's. Als assistent ben je alert op signalen van laaggeletterdheid of er respectvol naar vragen, zodat je communicatie beter kunt afstemmen op de patiënt. De tell-show-(feel)-do-methode is geschikt om stapsgewijs informatie te geven. Extra ondersteuning bij de eigen regie is wenselijk. Visuele ondersteuning is zeer bruikbaar bij voorlichting. Met een screeningsinstrument kan de toegankelijkheid van de praktijk voor laaggeletterden beoordeeld worden.

- 4.1 Inleiding – 23**
- 4.2 Laaggeletterdheid – 23**
- 4.3 Gezondheidsvaardigheden – 24**
 - 4.3.1 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden – 24
- 4.4 Gezondheidsproblemen bij laaggeletterden – 26**
- 4.5 Laaggeletterdheid herkennen – 26**

4.6 Omgaan met laaggeletterden – 27

4.6.1 Voorbeelden – 27

4.6.2 De eigen regie ondersteunen – 30

4.7 Informatie – 32

4.7.1 Voor de doelgroep – 32

4.7.2 Voor de praktijk – 32

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over situaties waarin de patiënt moeite heeft met begrijpen van zijn gezondheidsprobleem en de adviezen die hij daarbij krijgt. Dat komt veel voor bij mensen die laagopgeleid zijn of de Nederlandse taal niet goed beheersen. Maar ook bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dementerenden, ouderen en bij mensen die onder invloed zijn van medicijnen, alcohol of drugs. Een aparte groep bestaat uit de laaggeletterden: mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Veel van hen zijn laagopgeleid, maar niet allemaal. Overigens zijn anderstaligen niet per definitie laaggeletterd, integendeel: veel anderstaligen zijn hoogopgeleid.

We gaan vooral in op de groep laaggeletterden, maar veel problemen en communicatie-tips zijn ook van toepassing op de andere groepen. De specifieke aanpak bij mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking wordt besproken in ►H. 8.

Casus acute hartklachten

Meneer A. belde naar de huisartsenpost over zijn grootvader van tachtig. Hij was al met hem in de auto onderweg. Zijn grootvader spreekt geen Nederlands. Meneer A. spreekt wel Nederlands, maar niet vloeiend. In zijn stem was paniek te horen.

Hij vertelde spontaan dat opa deze klachten al vaker had gehad: hij had moeite met ademen. Ik vroeg door naar:

- pijn op de borst; steken in de borst (niet);
- zweterig (niet);
- bekend als hartpatiënt (wist meneer A. niet).

In deze situatie zou je de mensen terug naar huis kunnen sturen; zeggen dat ze niet naar de huisartsenpost moeten gaan. Maar door de taalproblemen is het moeilijk de ernst van de klachten goed in te schatten. Ik heb meneer A. en zijn opa daarom wel laten komen.

Bij binnenkomst bleek opa wel zweterig en bleek er sprake te zijn van acute hartklachten.

Dat had natuurlijk ook anders kunnen zijn, dat het was meegevallen, maar je wilt het risico niet lopen.

Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht.

4.2 Laaggeletterdheid

In Nederland kom je de hele dag door in aanraking met tekst: op je werk, op straat, in het verkeer, in een winkel, op de computer, in de apotheek, kinderen voorlezen, een kaartje, appje of sms'je versturen. Mensen die moeite hebben met lezen en schrijven hebben daardoor moeite met een heleboel dingen in hun dagelijkse leven. Met boodschappen doen, een adres zoeken. Dat betekent dat het moeilijker is om mee te doen in de samenleving. Ze zijn minder zelfredzaam en hebben vaak een minder goede gezondheid dan mensen die wel goed kunnen lezen en schrijven.

Mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, noem je laaggeletterden. Vaak hebben ze ook moeite met rekenen. Voor schrijven en lezen halen ze met moeite het niveau dat kinderen horen te hebben als ze de basisschool verlaten. Van alle mensen tussen de 16 en 65 jaar in Nederland zijn er bijna 1,3 miljoen laaggeletterd. Dat is ongeveer 1 op de 9 mensen. Twee derde daarvan zijn mensen die hun hele leven al in Nederland wonen. Een deel van de laaggeletterden is zwakbegaafd of heeft een verstandelijke beperking. Onder ouderen komen meer laaggeletterden voor dan onder mensen tot 65 jaar. Een derde van de laaggeletterden komt uit een ander land.

Laaggeletterden kunnen wel een beetje lezen en schrijven, maar ze hebben er veel moeite mee. Als iemand laaggeletterd is, betekent dat nog niet dat hij digibeeft is. Laaggeletterdheid is ook iets anders dan analfabetisme. Mensen die analfabeet zijn kunnen helemaal niet lezen of schrijven.

Veel laaggeletterden hebben weinig opleiding gehad en hebben een lager betaalde baan. Maatschappelijk gezien hebben ze een lage sociaal-economische positie. Dat heet ook wel een lage sociaal-economische status of kortweg lage SES. Ze wonen vaker in sociale huurwoningen en vaker in achterstandswijken.

4.3 Gezondheidsvaardigheden

Laaggeletterden hebben minder gezondheidsvaardigheden dan mensen die goed kunnen lezen en schrijven. Wie moeite heeft met lezen en schrijven, kan ook moeilijk informatie over zijn gezondheid opzoeken en begrijpen. Voor zo iemand is het moeilijk om informatie te overzien en instructies te begrijpen en op te volgen. En het is ook niet zo gemakkelijk om afspraken te maken, adviezen op te volgen en medicijn op de juiste manier te gebruiken (zie kader). Ook ander gezondheidsgedrag kan problemen opleveren, want om je gezond te gedragen moet je weten wat wel en niet gezond is. Je moet daarover informatie kunnen opzoeken en begrijpen. Je moet snappen waarom iets belangrijk is, hoe je bepaald gedrag uitvoert (tandenpoetsen, medicijnen innemen, veel of weinig vocht drinken). Al deze dingen horen bij gezondheidsvaardigheden: vaardigheden die iemand nodig heeft om gezond te blijven of gezond te worden.

Laaggeletterden pikken lang niet alle belangrijke informatie op uit teksten, maar ook niet uit gesprekken. Vaak lukt het hen ook niet om hun hulpvraag duidelijk te verwoorden. Deze beperkte gezondheidsvaardigheden maakt ze kwetsbaar, ook wat hun gezondheid betreft (zie link naar korte filmpjes waarin mensen vertellen over hun laaggeletterdheid, ervaringen bij de dokter en de apotheek en hun behoefte aan duidelijke communicatie in ► par. 4.7.2).

Casus wat gaat er mis bij medicatiegebruik?

- Patiënten stoppen met hun medicijnen wanneer ze geen klachten meer hebben.
- Wanneer het uiterlijk van een medicijn of de verpakking verandert, weten patiënten niet meer welk middel het is en hoe ze de medicatie moeten gebruiken.
- 2 x daags 1 tablet. 70 % van alle patiënten kan dit wel lezen, maar correct toepassen lukt de helft daarvan niet.
- Niet innemen met melk. Meer dan de helft van de laaggeletterden denkt dat je de medicijnen dan wel met vla of yoghurt mag innemen.

Gudule Boland, programmaleider verantwoord medicijngebruik bij migranten en laaggeletterden, Pharos.

4.3.1 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn kwetsbaar wat hun gezondheid betreft. Ze hebben minder kennis over gezondheid en ziekte en over wat ze zelf kunnen doen om gezond te blijven of gezond te worden. Ook lukt het ze vaak minder goed om hun klachten goed onder woorden te brengen. In hun verhaal lopen hoofd- en bijzaken vaak door elkaar. Ook vinden ze het moeilijk om gebeurtenissen te vertellen in de volgorde waarin ze

plaatsvonden. Het lukt minder goed een duidelijke hulpvraag te stellen. Ze begrijpen adviezen minder goed. Ze stellen vaak minder specifieke vragen en kunnen vaak minder goed weloverwogen keuzes maken. Ze volgen adviezen minder vaak op (zie kader). Ze nemen bijvoorbeeld hun medicatie minder consequent in. Ook zijn ze minder goed in staat regie te houden over hun gezondheid (zelfmanagement).

Knelpunten bij zelfmanagement door beperkte gezondheidsvaardigheden.

- *Hulpvraag onder woorden brengen*: het is moeilijk de klachten en de hulpvraag duidelijk te beschrijven.
- *Begrijpen*: een deel van de informatie komt niet over. Er ontstaan gemakkelijk misverstanden.
- *Willen, kunnen*: de mogelijkheden zijn niet altijd duidelijk. Het is moeilijk om instructies correct uit te voeren.
- *Doen*: adviezen worden minder vaak opgevolgd of maar voor korte tijd.
- *Blijven doen*: het is moeilijk om in lastige of nieuwe situaties oplossingen te bedenken.

Casus moeite met medicijngebruik

In onze apotheek hebben we veel mensen die moeite hebben om het belang van medicijngebruik te begrijpen. Vooral ouderen, maar ook mensen met een laag opleidingsniveau, verstandelijke beperking of mensen uit een andere cultuur.

Dat zie je terug bij het gebruik van medicijnen tegen hoge bloeddruk en medicijnen bij diabetes. Ze beginnen dan wel aan de medicatie die ze hebben gekregen toen ze klachten hadden, maar ze stoppen ermee als ze geen last meer hebben, als ze zich beter voelen.

Bij de eerste uitgifte van metformine leggen we uit waar de medicatie voor bedoeld is en dat een gezonde leefstijl ook kan helpen. Gezonde voeding en beweging kunnen bijvoorbeeld helpen om af te vallen, waardoor de diabetes (type 2) minder wordt. Soms is er dan minder medicatie nodig, soms zelfs helemaal niet meer. De ene patiënt pakt deze informatie op als aanmoediging om gezonder te gaan leven en de leefstijl aan te pakken. De ander denkt: ik krijg er toch tabletten voor, die helpen ook, en zet zijn gewoontes voort.

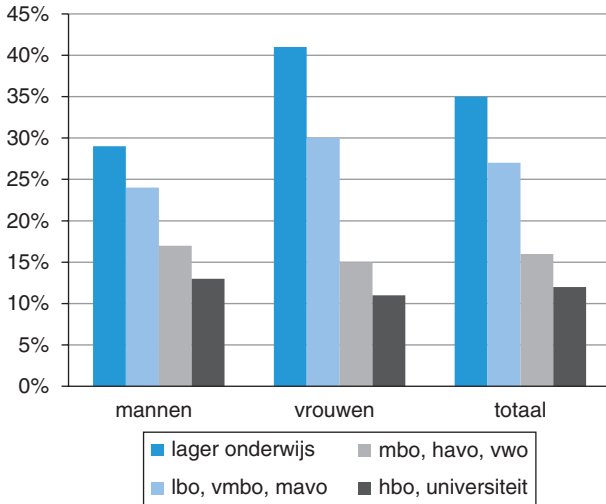
Bij hoge bloeddruk kan dat ook zo gaan. Dan beginnen ze met hydrochloorthiazide, daarna bètablokkers en ACE-remmers. En er komt een statine bij. Sommigen stoppen omdat ze voor hun gevoel nergens last van hebben, er genoeg van hebben, of 'die rommel' niet willen slikken.

Je merkt het vaak pas later, als ze weer terugkomen. Je kunt het ook in het systeem zien als iemand veel te laat is om zijn herhaalmedicatie op te halen. Dat kun je noteren. En je kunt er dan over in gesprek gaan: ik zie dat het al een tijdje geleden is dat u deze medicatie hebt gehaald.

Als een patiënt zegt dat hij het toch goed inneemt, kun je samen kijken hoe deze situatie is ontstaan. Is de dosering aangepast? Heeft de patiënt tussentijds elders medicatie gekregen? Bijvoorbeeld tijdens een ziekenhuisopname?

Een enkele keer nemen we contact op met de huisarts. Die kan in zo'n situatie, wanneer de glucosespiegel of bloeddruk niet verbetert, overwegen een hogere dosis voor te schrijven, omdat hij niet weet dat de patiënt de medicijnen niet gebruikt. Als hij dat wél weet, kan hij beter met de patiënt in gesprek gaan over medicijngebruik.

Det van der Ven, apothekersassistent en Jori van Geffen, apotheker, Eindhoven.



■ **Figuur 4.1** Hoge bloeddruk bij laag- en hoogopgeleide mensen (bron ► <https://www.volksgezondheinzorg.info>)

4.4 Gezondheidsproblemen bij laaggeletterden

Laaggeletterden zijn vaker mensen met een lage sociaal-economische status (SES). Bij deze groep komen hart- en vaatziekten, astma en COPD, artrose en andere vormen van reuma, diabetes, migraine en rugaandoeningen meer voor dan bij mensen met een hoge SES. Deze verschillen worden sociaal-economische gezondheidsverschillen genoemd. Mensen met een lage SES leven gemiddeld korter dan mensen met een hoge SES (► fig. 4.1). Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld zo'n zes jaar korter dan mensen met een hoge opleiding. Bovendien leven laagopgeleiden (gemiddeld) dubbel zoveel jaren in een slechte gezondheid dan hoogopgeleiden.

Ook leefstijl verschilt tussen mensen met een lage en hoge SES. Mensen met een lage SES hebben gemiddeld een ongezondere leefstijl. Onder hen zijn meer mensen die roken, alcohol gebruiken en overgewicht of obesitas hebben.

In de mondzorg zie je vergelijkbare verschillen.

Laaggeletterden gaan vaker naar de huisarts, gebruiken meer geneesmiddelen, gaan vaker naar de spoedeisende hulp en worden vaker in het ziekenhuis opgenomen. Maar ze gaan minder vaak naar de psycholoog of psychiater. En ze nemen minder vaak deel aan preventieprogramma's, zoals bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker.

4.5 Laaggeletterdheid herkennen

Veel zorgverleners staan er niet bij stil dat een deel van hun patiënten laaggeletterd is, vooral niet als deze patiënten Nederlands spreken. Pas als ze op signalen letten, herkennen ze laaggeletterdheid. Je kunt alert zijn op laaggeletterdheid bij een combinatie van de volgende signalen (► www.pharos.nl):

- vaak veel te vroeg komen, te laat komen of op de verkeerde dag komen;
- moeite hebben om gebeurtenissen in de juiste volgorde te vertellen;

- vragen, informatie of instructies niet begrijpen; vaak vragen hoe en hoe vaak geneesmiddelen moeten worden gebruikt; maar ook: nooit vragen stellen;
- niet weten waarvoor een geneesmiddel is voorgeschreven;
- snel boos worden (onmacht) als de assistent vragen stelt of hem niet meteen begrijpt;
- vermijden om iets te lezen of op te schrijven ('bril vergeten'); nooit een bijsluiters of patiënteninformatie op papier willen meenemen;
- moeite hebben om een formulier in te vullen;
- een folder die je hebt gegeven, bekijken terwijl die op zijn kop wordt gehouden;
- in de apotheek een ander briefje dan het recept afgeven;
- vaak met een recept komen voor een hogere dosis; het kan zijn dat de arts er niet bij stilstaat dat het geneesmiddel te weinig effect heeft doordat het niet goed wordt ingenomen;
- te laat of te vroeg herhaalmedicatie halen;
- moeite hebben met Nederlands spreken.

Ga respectvol om met laaggeletterdheid. Zeg bijvoorbeeld: 'Veel mensen hebben moeite om folders en bijsluiters te lezen. Hoe is dat voor u?' Soms kun je je patiënt vragen om zijn naam en adres op te schrijven, of de naam van een medicijn, of de datum voor een nieuwe afspraak. Je kunt een patiënt eventueel vragen naar zijn schooltijd. In sommige situaties kun je natrekken of een adres behoort tot een instelling voor begeleid wonen. Wanneer de patiënt werkt in een sociale werkplaats of beschermde werkplek, geeft je dat ook informatie.

4.6 Omgaan met laaggeletterden

Wanneer je weet of merkt dat je patiënt moeite heeft om duidelijke informatie te geven of informatie te begrijpen, pas je je communicatie aan.

Wanneer mensen zich schamen voor bepaalde klachten, bijvoorbeeld van de geslachtsorganen, kan het helpen om de plaats van de klacht of het orgaan te laten aanwijzen. En dan niet bij zichzelf, maar op een afbeelding van een heel lichaam, bijvoorbeeld op een plaat van www.begrijpjelichaam.nl. Daarna zoek je een plaatje van het betreffende lichaamsdeel of orgaan en laat je opnieuw aanwijzen waar precies de klacht zit.

Wanneer je patiënt slecht Nederlands spreekt of het gesprek zelf niet goed kan voeren, komt er vaak een familielid of verzorger mee als informele tolk. Het is belangrijk om het gesprek te voeren met de patiënt, ook al tolkt het familielid of doet het familielid grotendeels het verhaal. Kijk en spreek de patiënt aan. Kondig aan dat je daarna ook graag even met het familielid of de begeleider praat. [Tabel 4.1](#) geeft een overzicht van aandachtspunten bij de communicatie.

4.6.1 Voorbeelden

Assistenten vinden het vaak ongemakkelijk om bepaalde dingen te vragen. Of ze vinden het moeilijk om hun vertrouwde manier van doen aan te passen. In het volgende kader geven we voorbeelden van hoe je kunt handelen in ongemakkelijke situaties met laaggeletterden. De voorbeelden gaan over medicatievoorlichting.

Tabel 4.1 Aandachtspunten bij de communicatie met laaggeletterden

basisregels		<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
opening	1 ↔	<ul style="list-style-type: none"> – maak (oog)contact; begroet mensen met een vriendelijk gezicht en een open houding; toon begrip voor hun vraag of bezorgdheid – stel samen 'de agenda' op: bepaal welke onderwerpen besproken worden
kern	2 ↔	<ul style="list-style-type: none"> – wees alert op laaggeletterdheid; vraag er eventueel naar op een respectvolle manier (zie ► par. 4.5)
	3 i	<ul style="list-style-type: none"> – spreek duidelijk en niet te snel – gebruik eenvoudige woorden en korte zinnen, maar praat niet kinderlijk
	4 ↔	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik de woorden die de patiënt gebruikt; vraag of begrippen bekend zijn – let op signalen van afhaken of niet begrijpen
	5 i	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik de <i>tell-show-feel-do</i>-methode – verduidelijk je informatie met illustraties, pictogrammen of demonstratiemateriaal – soms is er speciaal voorlichtingsmateriaal voor laaggeletterden beschikbaar, of voor migranten informatie in de eigen taal; wanneer de patiënt dat kinderachtig vindt, vertel dan dat het jou helpt om het goed uit te leggen, of gebruik digitale middelen (die worden minder snel kinderachtig gevonden)
	6 i	<ul style="list-style-type: none"> – beperk de informatie tot de belangrijkste twee tot maximaal vijf punten – de belangrijkste vragen zijn: wat is er aan de hand? wat moet de patiënt zelf doen? waarom is dat belangrijk? wanneer moet hij waarschuwen of terugkomen?
	7 i	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik de gebiedende wijs: doe dit, gebruik elke dag enzovoort; dat wordt als duidelijk ervaren, niet als betuttelend
	8 ↔	<ul style="list-style-type: none"> – bevorder de interactie: <ol style="list-style-type: none"> laat merken dat je luistert en de patiënt begrijpt, bijvoorbeeld door samen te vatten of te herhalen wat hij zegt; ga in op wat de patiënt zegt moedig aan om vragen te stellen
9 i	<ul style="list-style-type: none"> – herhaal de belangrijkste punten en vat samen – gebruik de <i>teach back</i>-methode: vraag de patiënt de belangrijkste dingen in eigen woorden te vertellen; zeg erbij dat je dat doet om na te gaan of je het goed hebt uitgelegd 	
afronding	10 ↔	<ul style="list-style-type: none"> – rond af – maak een afspraak of geef aan wat een patiënt kan doen als... – vertel waar een patiënt eventueel aanvullende informatie kan vinden – zorg dat het afscheid een goede stap is naar een volgende afspraak of een volgend gesprek – wanneer de patiënt moeite heeft om het tijdstip goed te begrijpen ('tien voor half elf'), maak dan liever een afspraak op het hele uur

↔ gericht op de relatie; i gericht op de inhoud

Ongemakkelijke situaties bij medicatievoorlichting

1. Vragen naar begrijpen, lezen en schrijven

Veel assistenten vinden het ongemakkelijk om te vragen of de patiënt de uitleg heeft begrepen. Ze willen niet betuttelend overkomen. Nog moeilijker vinden ze het om te vragen of een patiënt moeite heeft met lezen en schrijven.

Voorbeeld

Leg de reden van je vraag bij jezelf. In plaats van: 'Ik wil graag weten of *u* het goed hebt begrepen', zeg je: 'Ik wil graag weten of *ik* het goed heb uitgelegd. Kunt u mij vertellen hoe u thuis de medicijnen gaat gebruiken?' De eerste paar keer kan dat onwennig zijn, maar daarna merk je hoe het overkomt en dan wordt het makkelijker.

Je kunt lezen en schrijven ter sprake brengen door eerst te zeggen dat je graag je patiënten goed wil voorlichten. 'Ik wil u graag informatie meegeven, maar heel veel mensen vinden informatie op papier moeilijk. Hoe is dat voor u?' Dit heet *teach back* of terugvragen.

2. Het is druk

Apothekersassistenten vinden het soms moeilijk de tijd te nemen voor extra uitleg. Zeker als het druk is, is het nogal wat om extra tijd voor een patiënt te nemen. Er staan immers veel mensen te wachten en ook je collega's zijn druk bezig.

Voorbeeld

Zoek een geschikt moment. In de apotheek zijn de ochtenden vaak rustiger. Je zou kunnen zeggen: 'Kunt u morgenochtend terugkomen? Dan kan ik het goed uitleggen.' En dan kun je de patiënt meenemen naar de spreekkamer of instructieruimte.

Het is goed als je in je team hierover afspraken hebt gemaakt. Dan weet iedereen van elkaar waarom je soms extra tijd neemt. Dan is het gemakkelijker om de drempel te nemen.

3. Extra tijd

Een derde ongemak is de tijd die extra uitleg kost, ongeacht het moment waarop je dat doet.

Voorbeeld

Zie het als tijd die je investeert in de patiënt, in je zorg en uiteindelijk in gezondheid.

Daar doe je het voor. Uiteindelijk zal de patiënt er gezondheid bij winnen. En minder vaak terugkomen of bellen met vragen en problemen. Bij chronisch zieken is dus veel te winnen. Bespreek het in je team. Als het team erachter staat, werk je er samen aan. Dat werkt beter dan wanneer je dat in je eentje doet.

4. Naar de spreekkamer of de instructieruimte gaan

Assistenten vinden het vaak ongemakkelijk om een patiënt in de spreekkamer of instructieruimte uit te nodigen, zeker als er andere patiënten bij de balie staan. Alsof er iets bijzonders aan de hand is. Wat zal de patiënt denken als ik hem dat vraag? En wat zullen de andere patiënten denken?

Voorbeeld

Als je je patiënt vraagt 's ochtends te komen, is het meestal gemakkelijker om hem in de spreekkamer of instructieruimte uit te nodigen. Leg uit dat het daar rustiger is en dat je

daar materiaal bij de hand hebt. Als je als team vaker extra uitleg geeft, wordt het voor iedereen gewoner.

Je kunt de spreekkamer of de instructieruimte voor veel meer situaties gebruiken dan alleen voor inhalatie-instructie. Bijvoorbeeld ook als een patiënt meerdere medicijnen moet gebruiken, en voor medicatiebeoordeling bij chronisch medicatiegebruik. Bespreek dit in je team en maak er afspraken over. Dan bied je gezamenlijk betere zorg.

5. Pictogrammen gebruiken

Het geeft apothekersassistenten een ongemakkelijk gevoel om aan de balie pictogrammen erbij te pakken, zeker digitaal. Je wilt niemand het gevoel geven dat hij dingen niet begrijpt. En zeker niet als er andere patiënten bij zijn.

Voorbeeld

Inventariseer welke geneesmiddelen veel worden voorgeschreven. Voeg aan de eenvoudige, schriftelijke informatie enkele pictogrammen toe. Print die informatie uit en leg ze klaar.

Aan de balie kun je nu informatie geven aan de hand van de geprinte informatie met het pictogram. Mensen die het pictogram niet nodig hebben, vinden het niet storend dat er pictogrammen bij de informatie staan. Andere patiënten helpt het als je pictogrammen bij je uitleg gebruikt en op papier meegeeft. Pictogrammen vervangen jouw uitleg niet, maar helpen de patiënt om zich de informatie thuis te herinneren (► www.bijsluiterinbeeld.nl).

6. Vragen of er nog vragen zijn

Aan het einde, nadat je hebt gecontroleerd of de patiënt de informatie heeft begrepen (*teach back*, zie punt 1), niet vragen of alles duidelijk is, maar: 'Welke vragen hebt u nog?'
Gudule Boland, programmaleider verantwoord medicijngebruik bij migranten en laaggeletterden, Pharos

4.6.2 De eigen regie ondersteunen

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen meer moeite hebben om zelf de regie te nemen en te houden over hun gezondheid. Dit zie je vooral bij langdurige gezondheidsproblemen, zoals COPD, diabetes, gewrichtsklachten en hartklachten. Extra ondersteuning kan nodig zijn wanneer de gezondheid langdurig extra aandacht, handelingen of verandering van leefstijl vraagt. Alle stappen van de voorlichtingspijl (openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen) kunnen extra aandacht vragen (■ tab. 4.2).

Tabel 4.2 De eigen regie ondersteunen

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> – besteed regelmatig aandacht aan therapietrouw en eigen regie – ga na of de patiënt deelneemt aan een zorgprogramma, welke informatie en begeleiding het programma biedt en wie de begeleiding uitvoert (huisarts, POH, ...?) – ga na of er een persoonlijk gezondheidsdossier is waarin de patiënt en de zorgverleners werken – kijk of er specifieke ondersteuningsprogramma's zijn (wijk, gemeente, GGD, instellingen van de sociale kaart; digitaal)
opening	<p><i>openstaan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – maak (oog)contact – begroet mensen met een vriendelijk gezicht en een open houding; toon begrip voor hun vraag of bezorgdheid – vraag toestemming: 'vindt u het goed om het over ... te hebben?' of: 'mag ik u wat vragen over ...?' of: 'mag ik u wat vertellen over ...?' – stel samen 'de agenda' op: welke onderwerpen gaan we bespreken?
kerndeel	<p>besteed extra aandacht aan de stappen van gedragsverandering:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ga elke keer na hoe het gaat – bespreek wat goed gaat en wat niet; geef complimenten over wat goed gaat – ga na welke stap je kunt versterken
	<p><i>begrijpen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – vertel niet te veel in een keer; herhaal een volgende keer – gebruik eventueel hulpmiddelen (voorwerpen of digitale hulpmiddelen, zie ► par. 4.6) – ga na of de patiënt je informatie heeft begrepen: 'ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd; wilt u mij vertellen hoe u thuis de medicijnen gaat gebruiken, wanneer u moet bellen, ...?'
	<p><i>willen</i> (besluiten, motivatie)</p> <ul style="list-style-type: none"> – laat de patiënt kiezen uit een beperkt aantal mogelijkheden: 'u kunt het zo of zo ... doen' – werk met kleine stappen, die te doen zijn
	<p><i>kunnen en doen</i> (vaardigheden en belemmeringen, afspraken)</p> <ul style="list-style-type: none"> – bouw herhalingsmomenten in; leg uit waarom je dat doet ('er sluiten gemakkelijk foutjes in bij mondzorg, medicatiegebruik'); vraag de patiënt een handeling voor te doen – geef een compliment voor wat goed gaat en corrigeer zo nodig
	<p><i>blijven doen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – bespreek situaties waarin het moeilijk kan zijn om goed voor de eigen gezondheid te zorgen – bedenk samen met de patiënt hoe hij daar het beste mee kan omgaan
afronding	<ul style="list-style-type: none"> – maak eventueel een vervolgspraak voor verdere ondersteuning – spreek af wanneer de patiënt (eerder) contact moet opnemen

4.7 Informatie

4.7.1 Voor de doelgroep

Voorlichtingsmiddelen die je kunt gebruiken tijdens het bezoek van de patiënt:

- Platen van het menselijk lichaam *Begrijp je lichaam* ► www.begrijpelichaam.nl
- Beeldmateriaal over veel voorkomende ziektebeelden ► <http://www.huisarts-migrant.nl/beeldmateriaal/>
- Vijftien folders in twaalf talen over zelfzorg bij veelvoorkomende klachten ► <http://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten/15-zelfzorgfolders/6-zelfzorgfolders>
- Eenvoudige informatie over ziektebeelden ► <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheidsvaardigheden/eenvoudig-voorlichtingsmateriaal-in-de-zorg>
- Pictogrammen geneesmiddelengebruik ► <http://www.bijsluiterinbeeld.nl/> en ► www.apo.nl
- *Praten-platenboek diabetes* en handboek *Ik heb diabetes. Wat kan ik doen?* ► www.pharos.nl/diabetes
- Materiaal en sites waarnaar je je patiënt kunt verwijzen
- Informatie over de ouderenzorg in Nederland ► <http://nederlands.zorgvoorjeouders.nl/>
- Filmpjes over zelfmanagement ► <http://www.hartenvaatgroep.nl/over-ons/nieuws/de-hartenvaatgroep/artikel/bekijk/nieuw-filmpje-over-zelfmanagement.html>
- Map met platen van het menselijk lichaam *Begrijp je lichaam* ► www.begrijpelichaam.nl/; een programma om ermee te oefenen (gesproken tekst) ► [http://oefenen.nl/programma/begrijp_je_lichaam/](http://oefenen.nl/programma/begrijp_je_lichaam;);
- Eenvoudige informatie voor laaggeletterden ► <https://www.steffie.nl/>
- Informatie over klachten en of je daar wel of niet mee naar de huisarts moet gaan ► <http://www.dokterenonderdedom.nl>

Sites voor patiënten met een verstandelijke beperking staan in ► H. 8.

4.7.2 Voor de praktijk

Er bestaat materiaal waarmee teams de praktijkorganisatie voor mensen met laaggeletterdheid kunnen verbeteren. Daarnaast worden er workshops en trainingen aangeboden. Met screeningslijsten kun je nagaan in hoeverre de praktijk makkelijk toegankelijk is voor laaggeletterden. De volgende materialen kunnen nuttig zijn:

- Toolkit laaggeletterdheid (LHV) ► <https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid>
- Health communicator (voor de huisarts) ► <http://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten>
- Checklist praktijk ingesteld op laaggeletterden ► http://www.aof-amsterdam.nl/images/projecten/Checklist_Observaties_in_de_praktijk.pdf
- ► www.knmp.nl/patientenzorg/laaggeletterdheid
- Praktijkfolder laaggeletterden ► http://www.aof-amsterdam.nl/images/projecten/Praktijkfolder_uitleg_laaggeletterden.pdf
- Bewustwording van laaggeletterdheid (video's van 1 à 2 minuten waarin laaggeletterden vertellen hoe het is om laaggeletterd te zijn) ► <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/ex-laaggeletterden-vertellen-hun-verhaal-video>
- Workshops en trainingen voor zorgverleners over omgaan met laaggeletterdheid: Pharos (► www.pharos.nl) en Stichting Lezen en Schrijven (► www.lezenenschrijven.nl)
- Tips en achtergrondinformatie over communicatie met laaggeletterden in de apotheek ► <https://www.knmp.nl/patientenzorg/laaggeletterden-en-migranten>

Verbeterprojecten

Iedereen moet gebruik kunnen maken van huisartsenpraktijk, tandartspraktijk en apotheek. Voor laaggeletterden is de zorg echter niet altijd toegankelijk. Om de toegankelijkheid te verbeteren is een project opgezet: *Is uw praktijk klaar voor laaggeletterden? Waar staat u?* In vijf stappen werken de praktijk en de zorgketen aan een beter toegankelijke zorg (zie kader).

Is uw praktijk klaar voor laaggeletterden?

1. *Wat je moet weten over laaggeletterdheid*

In deze stap werk je met je team aan bewustwording van laaggeletterdheid in de praktijk en de gevolgen daarvan voor de gezondheid.

2. *Hoe herken je laaggeletterden*

In deze stap werkt je team aan het herkennen van laaggeletterdheid bij jullie patiënten. Je leert signalen van laaggeletterdheid herkennen. En als je merkt of denkt dat iemand moeite heeft met lezen en schrijven, kun je dat tactvol ter sprake brengen: 'Veel mensen hebben moeite met het invullen van formulieren. Hoe is dat voor u?' Het kan zijn dat de je het vaker moet vragen voordat iemand je genoeg vertrouwt om het te vertellen. Maar daarna is er vaak opluchting, omdat het niet meer verborgen hoeft te worden.

3. *Trainingen en tools voor effectieve communicatie*

In deze stap leert je team om gesprekken te voeren op het niveau van de laaggeletterde patiënt. Hierbij gaat het niet alleen om gesprekken aan de balie, maar ook om het taalgebruik op en de vormgeving van de site, folders en bewegwijzering van de praktijk. Daarnaast kunnen teamleden hulpmiddelen en materialen inzetten die afgestemd zijn op laaggeletterden. Als je in het dossier de aantekening ziet van laaggeletterdheid, of je weet dat een patiënt laaggeletterd is, geeft dan extra uitleg. Reserveer meer (spreekuur)tijd of nodig de patiënt een of meer keren uit in de instructieruimte voor uitleg.

4. *Samenwerking met andere zorgprofessionals in de eerste lijn*

In deze stap gaat het om samenwerking tussen huisartsen, apotheekteams en wijkverpleegkundigen. De huisarts, POH, apothekersassistent of wijkverpleegkundige vraagt de patiënt of in zijn dossier opgenomen mag worden dat hij moeite heeft met lezen en schrijven. Dat kan in het Huisartseninformatiesysteem (HIS) via de ICPC (Z07.1 laaggeletterdheid of Z04 problemen met de Nederlandse taal). Een patiënt die laaggeletterd is en ook moeite heeft met het Nederlands, krijgt beide codes. Apothekers vinken in Pharmacom het aandachtspunt laaggeletterd aan. In MIRA kan laaggeletterdheid worden aangegeven als opmerking. Als de patiënt het goed vindt, kunnen zorgprofessionals in de eerste lijn laaggeletterdheid aan elkaar doorgeven, bijvoorbeeld door de ICPC of ETT (extra aandacht therapietrouw) op het recept te zetten.

In het farmacotherapeutisch overleg (FTO) tussen huisartsen en apothekers worden gegevens van laaggeletterde patiënten uitgewisseld. Ook wordt besproken hoe wijkverpleegkundigen hierbij betrokken kunnen worden. Wijkverpleegkundigen kunnen de BEM-vragenlijst (Beoordeling eigen beheer van medicatie) gebruiken om te beoordelen of de patiënt voldoende vaardig is om zelf zijn medicatie te beheren. In deze lijst staan ook vragen over laaggeletterdheid. Huisartsen, apothekers en wijkverpleegkundigen maken afspraken over het uitwisselen van gegevens over laaggeletterdheid.

5. *Borgen van kennis over laaggeletterdheid en communicatievaardigheden*

In deze stap zorgt het team ervoor dat iedereen vaardig blijft en zijn vaardigheden toepast in de communicatie met laaggeletterden. Dat kan door het onderwerp regelmatig op de agenda te zetten, door intervisie, door een casus te bespreken en door patiënten om feedback te vragen. Ook is belangrijk dat nieuwe teamleden worden geschoold.

Gudule Boland, programmaleider verantwoord medijgebruik bij migranten en laaggeletterden, Pharos ► <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/is-uw-praktijk-klaar-voor-laaggeletterden-waar-staat-u>.

Migranten

Samenvatting

In Nederland wonen naar schatting 2 miljoen niet-westerse en 1,5 miljoen westerse migranten. Een deel van hen is laaggeletterd, vooral van de eerste en tweede generatie niet-westerse migranten. De stress van het leven in een vreemd land beïnvloedt de gezondheid, net als een lage sociaal-economische status en de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal. Laagopgeleide migranten hebben vaak een beperkte kennis van het menselijk lichaam, gezondheid, ziekte en de gezondheidszorg in Nederland. De opvattingen daarover zijn in het land van herkomst vaak ook anders dan in Nederland. Migranten hebben meer gezondheidsproblemen dan autochtonen. Gezondheidsproblemen zoals hypertensie en diabetes komen bij bepaalde groepen migranten meer voor. Voor asielzoekers en vluchtelingen is de situatie tijdens de asielprocedure stressvol. Huisartsenzorg voor asielzoekers is landelijk geregeld via het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Een assistent past haar communicatie aan als de patiënt moeite heeft met de Nederlandse taal. Zij is zich bewust van beleefdheidsregels, houdt rekening met eventuele onbekendheid met de organisatie van de zorg en functies van zorgverleners. De assistent is alert op de stress waaronder veel migranten lijden en op specifieke gezondheidsproblemen. Zij vraagt naar opvattingen over gezondheid en ziekte als dat van belang is voor de zorg die zij geeft.

5.1 Inleiding – 37

5.2 Migranten, een diverse groep – 37

5.3 Migratie – 38

5.4 Rol van cultuur – 38

5.5 Gezondheidsproblemen van migranten – 40

5.5.1 Leefstijl en gezondheidsrisico's – 41

- 5.6 Asielzoekers en vluchtelingen – 42**
 - 5.6.1 Asielprocedure – 42
 - 5.6.2 Gezondheidszorg tijdens de asielprocedure – 44
 - 5.6.3 Gezondheid en gezondheidsrisico's – 45
- 5.7 Herkennen – 46**
- 5.8 Omgaan met anderstaligen en mensen uit een andere cultuur – 46**
 - 5.8.1 Tolk – 46
 - 5.8.2 Aandachtspunten – 46
- 5.9 Samenwerking – 49**
- 5.10 Informatie – 49**
 - 5.10.1 Voor de doelgroep – 49
 - 5.10.2 Voor de praktijk – 50

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over mensen die vanuit een ander land in Nederland zijn komen wonen: migranten, hoog- en laagopgeleid, westers en niet-westers, arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers. Een deel van hen is laaggeletterd. We gebruiken het woord ‘migrant’ vanwege de rol die hun migratie speelt in hun leven en in hun gezondheid.

Casus

Een Marokkaanse vrouw, eind zestig, eerste generatie migrant, heeft veel gezondheidsklachten. Ze krijgt thuiszorg. Omdat ze duizelig was en hoofdpijn had, werd de bloeddruk gemeten. Die was 180/100. De thuiszorgmedewerker had gezegd: dat is héél hoog. Daar moet onmiddellijk wat aan gedaan worden (zo hadden de vrouw en haar schoondochter het in ieder geval begrepen).

De schoondochter belde haar man, op zijn werk, om te vertellen dat hij meteen moest komen omdat zijn moeder ernstig ziek was. Hij moest meteen de huisarts bellen. Haar man moest eerst met zijn baas overleggen of hij eerder naar huis kon. Inmiddels was het na vijven. De zoon belde de huisartsenpost. De doktersassistent stelde aan de telefoon allerlei vragen. De zoon begreep niet waarom er zoveel vragen werden gesteld terwijl zijn moeder zo ernstig ziek was. Hij werd boos, beëindigde het gesprek en reed met zijn vrouw en moeder direct naar de huisartsenpost. Daar eiste hij dat de dokter zijn moeder meteen zou onderzoeken. Ook daar stelde de doktersassistent aan de balie een aantal vragen. Deze situatie kan gemakkelijk escaleren. Wat helpt, is begrip en respect tonen, de ongerustheid serieus nemen. Maar hoe doe je dat?

Ik heet mensen welkom, ook als ze zonder afspraak komen. En ik treed ze met een open houding tegemoet. Ik laat merken dat ik hun bezorgdheid begrijp: ‘Ik hoor/zie dat u erg bezorgd bent. Ik begrijp uw bezorgdheid.’ Ik stel gerust door geruststellende informatie te geven: ‘Ik zie dat uw moeder aanspreekbaar is, rustig ademt, niet bleek ziet. Dat is goed. Er is geen acuut gevaar.’ Ik neem ze mee naar een behandelkamer en doe een klein onderzoek: bloeddruk meten, suiker prikken of iets dergelijks. Daarmee laat ik opnieuw zien dat ik de klachten en de ongerustheid serieus neem. Ik geef de uitslag en leg uit dat de waarde niet acuut bedreigend is.

Pas daarna kun je meer uitleg geven. Waarom er zoveel vragen zijn gesteld. En ook dat het een tijd zal duren voordat ze bij de dokter worden binnengeroepen. Maar dat is voor hen nu te begrijpen en te accepteren. Dan zijn ze bereid te wachten of weg te gaan en straks terug te komen.

Laila Elghoul, triagist, trainer Laila Intercultural Training, Utrecht

5.2 Migranten, een diverse groep

In Nederland wonen naar schatting 2 miljoen niet-westerse en 1,5 miljoen westerse migranten. We rekenen daartoe alle mensen die niet in Nederland zijn geboren of van wie minstens één ouder niet in Nederland is geboren. Het gaat om ongeveer 380.000 mensen afkomstig uit Marokko, 400.000 uit Turkije, 350.000 uit Suriname en 150.000 uit de Nederlandse Antillen. Een deel van de migranten is laaggeletterd, vooral van de eerste en tweede generatie niet-westerse migranten.

Migratie is van alle tijden. Mensen trekken naar een ander gebied door oorlog, vervolging vanwege geloof of politieke opvattingen, of uit armoede. In de jaren zestig tot tachtig van de vorige eeuw hebben Nederlandse bedrijven vooral (laagopgeleide) arbeidsmigranten uit Spanje, Marokko en Turkije naar Nederland gehaald. Daarna zijn anderen gevolgd, in het kader van gezinshereniging of om in Nederland een baan te vinden.

Overigens mag lang niet iedereen die in Nederland komt om te werken en een leven op te bouwen in Nederland blijven. Alleen met een werk- en verblijfsvergunning mag dat. Daar zijn strenge regels voor. Mensen uit een ander EU-land mogen wel in Nederland blijven: er is vrij verkeer van mensen en goederen. Maar mensen van buiten de EU mogen niet zomaar in Nederland blijven.

5.3 Migratie

Migratie laat zijn sporen na, ongeacht welke redenen mensen (of hun ouders of grootouders) hadden om naar Nederland te komen. Mensen dragen hun geschiedenis en cultuur met zich mee. Leven in een vreemd land roept gevoelens op van gemis en onzekerheid, en een behoefte aan vertrouwdheid en veiligheid. Veel in het nieuwe land is anders. Je kent de taal, cultuur en gewoonten niet. Proberen in te burgeren in een nieuwe maatschappij roept stress op en kost energie. Dat heeft invloed op de gezondheid van migranten, net als een (vaak) laag opleidingsniveau, beperkte beheersing van de Nederlandse taal en een laag inkomen.

Veel migranten zoeken houvast binnen hun oude cultuur en hechten aan de normen en waarden waarmee ze zijn opgegroeid en de opvoedingsstijl die ze kennen. Vaak komen ze uit een cultuur waarin de familie belangrijker is dan het individu (wij-cultuur) en waarin sociale gedragsregels veel meer vastliggen dan in Nederland. Soms heerst er een schaamtecultuur. In de communicatie gaat het niet alleen om het onderwerp of de vraag, maar eerst en vooral om de relatie tussen de mensen. Dat heeft veel invloed op de omgangsvormen en de manier van overleggen en besluiten nemen. Zo kan het onbeleefd worden gevonden als je meteen inhoudelijk begint te praten (bijvoorbeeld over een vraag of een klacht) in plaats van eerst aandacht te besteden aan de ontmoeting.

5.4 Rol van cultuur

In Nederland krijgen migranten te maken met andere opvattingen over vrijheid en omgangsvormen, maar ook over ziekte en gezondheid. Psychische klachten liggen gevoelig, zeker het bespreken ervan buiten de familie. In het volgende kader geven we enkele voorbeelden, die uiteraard niet voor alle migranten opgaan. Bovendien gelden enkele voorbeelden ook voor een deel van de laaggeletterden die in Nederland zijn opgegroeid.

In het land van herkomst is de gezondheidszorg vaak anders georganiseerd, zonder de functies die wij in Nederland kennen, zoals: huisarts, verloskundige, praktijkondersteuner, tandarts-, apothekers- en doktersassistent. Laagopgeleide migranten hebben vaak een beperkte kennis van het menselijk lichaam, gezondheid en ziekte.

Mogelijke opvattingen van migranten over ziekte en gezondheid

Ziek of niet ziek?

Ziekte wordt opgevat als: klachten hebben, ergens last van hebben. Wanneer iemand geen klachten heeft, is het moeilijk te begrijpen dat hij ziek is. Bij hypertensie, goed gereguleerde diabetes of astma kun je denken dat er geen probleem is en dat medicijnen dus niet nodig zijn. Ook preventief onderzoek zoals bevolkingsonderzoek kan daardoor moeilijk te begrijpen zijn.

Dik zijn

In veel niet-westerse landen wordt dik zijn gezien als een teken van rijkdom. Slank zijn is bovendien niet overal het schoonheidsideaal.

Eten en drinken

Eten en drinken aanbieden getuigt van gastvrijheid. Het is onbeleefd om dat af te slaan. Ziekte verzwakt je. Om aan te sterken moet je juist goed eten en drinken.

Koorts is ernstig

Veel migranten beschouwen koorts als een teken van een ziekte die ernstig kan verlopen en tot de dood kan leiden. Infectieziekten en uitdroging bij koorts en diarree komen in sommige landen van herkomst veel voor.

Bloed draagt kracht in zich

In veel niet-westerse landen wordt bloed gezien als bron van kracht. Bloedverlies en bloedafname betekenen dan ook verzwakking, ook als dat niet om veel bloed gaat. Een uitspraak als: 'het bloed is niet goed' kan worden begrepen als iets heel ernstigs, terwijl soms wordt bedoeld dat enkele bloedwaarden afwijkend zijn.

Ziekteoorzaak

Ziekten of handicaps worden soms gezien als een straf van God, of als een gevolg van het verstoren van geesten.

Lichaam en geest

De scheiding in de westerse cultuur tussen lichaam en geest kennen veel migranten niet. Andersom herkennen ze vaak niet dat je door angst en stress lichamelijke sensaties kunt hebben, zoals hartkloppingen, zweetaanvallen of hoofdpijn. Ze leggen geen verband tussen de verschijnselen en een (bedreigende) situatie of stress. Er wordt vaak een lichamelijke oorzaak gezocht voor de verschijnselen.

Ziekenbezoek

In veel culturen is het een gewoonte of morele plicht om mensen die ziek zijn een bezoek te brengen. En als zieke hoor je dat bezoek te ontvangen.

Mogelijke opvattingen van migranten over de zorg

Behandeling

Veel migranten hebben het idee dat ziekte behandeld moet worden. Dat ziekten vaak vanzelf overgaan, is moeilijk te accepteren. Infecties moeten behandeld worden met

antibiotica. Dat mensen daarmee soms niet sneller genezen, is moeilijk te begrijpen. Veel mensen die in Nederland zijn opgegroeid, delen overigens deze opvatting. Wanneer ze bovendien niet weten dat er een verschil is tussen bacteriën en virussen, is de Nederlandse aanpak onbegrijpelijk. De patiënt kan het gevoel krijgen dat hij geen goede zorg krijgt. Overigens begrijpen ook niet-migranten de aanpak soms niet en kunnen dan ook dat gevoel hebben.

Specialist

Veel mensen denken dat behandeling door een specialist, in een ziekenhuis, beter is dan door een huisarts. Injecties worden als krachtiger geneesmiddel beschouwd dan tabletten. Een paracetamoltablet wordt beschouwd als 'zoethoudertje' of als middel waarmee je wordt afgescheept.

Zorg voor je (schoon)ouders

In veel culturen is het gewoon dat dochters en schoondochters zorgen voor hun (schoon) ouders. Dat wordt ook van ze verwacht. Dat heeft grote waarde, maar kan ook druk leggen op degenen die deze mantelzorg geven. Een ouder familielid naar een verzorgings- of verpleeghuis laten gaan, gaat tegen de norm in en kan daardoor negatieve reacties van andere familieleden en mensen uit de omgeving oproepen. Daardoor wordt de druk op de mantelzorger nog groter.

5.5 Gezondheidsproblemen van migranten

Migranten hebben gemiddeld een minder goede gezondheid dan autochtonen (zie volgend kader en [tab. 5.1](#)). We geven enkele voorbeelden. Het percentage mensen met diabetes is onder migranten twee tot vijf keer zo hoog als onder autochtone Nederlanders. Bij de tweede en derde generatie migranten daalt het percentage mensen met diabetes. Hypertensie komt bij Surinamers en Turken meer voor dan bij autochtone Nederlanders. Bij Hindoestaanse Surinamers zelfs drie keer zoveel als bij autochtonen. Mensen uit West-Afrika (Ghanezen, Nigerianen) en Zuid-Afrika hebben vaker hypertensie, die bovendien eerder leidt tot (nier) complicaties. Daarbij reageren zij minder goed op de meest voorgeschreven medicatie (diuretica, calciumantagonisten en bètablokkers).

Eerste en tweede generatie migranten

De eerste generatie migranten is inmiddels oud en heeft veel gezondheidsproblemen. Hun kinderen, de tweede generatie, zijn over het algemeen zwaar belast met werk, gezin, zorg voor ouders en schoonouders. Alles moeten zij regelen voor hun ouders. En bij alles wat niet goed loopt, moeten zij er achteraan en het oplossen. Dat geeft veel druk en frustratie, wat gemakkelijk kan leiden tot boosheid. Als je de achtergrond begrijpt, kun je de boosheid beter begrijpen en een manier vinden om ermee om te gaan. Of beter nog: door de belasting te herkennen en te erkennen kun je boosheid misschien voorkomen.

Laila Elghoul, triagist, trainer Laila Intercultural Training, Utrecht

■ **Tabel 5.1** Ziekten bij migranten (bron ► www.volksgezondheidenzorg.info)

	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen	andere niet-westerse migranten
diabetes	↑	↑	↑		
depressie	↑	↑			
schizofrenie	0	↑	↑	↑	
ervaren gezondheid	↓	↓	↓	↓	
sterfte rond de geboorte	↑	↑	↑	↑	
zuigelingen-sterfte	↑	↑	↑	↑	
moedersterfte	↑	↓	↑↑	↑↑	↑↑

↑ = meer dan bij autochtone Nederlanders; ↓ = minder dan bij autochtone Nederlanders; 0 = even vaak als bij autochtone Nederlanders.

5.5.1 Leefstijl en gezondheidsrisico's

- Turkse mannen roken het meest (en longkanker komt bij deze groep het meest voor), gevolgd door Surinamers. Marokkaanse mannen roken het minst vaak. Alcoholgebruik onder niet-westerse migranten is laag, onder Oost-Europeanen hoog.
- De eerst generatie Turkse en Marokkaanse migranten scoort laag op beweging, met name de ouderen.
- Vitamine D-gebrek komt voor bij mensen met een donkere huidskleur, vooral als ze een groot deel van hun lichaam bedekken.
- Genitale verminking (vrouwenbesnijdenis) komt voor in Afrika (Egypte, Ethiopië, Somalië, Soedan, landen in West-Afrika) en in Azië (Indonesië). Gevolgen van genitale verminking zijn urineweginfecties, ernstige menstruatieklasten, problemen bij de zwangerschap en bevalling.
- De gevoeligheid voor bepaalde geneesmiddelen verschilt. Soms worden geneesmiddelen sneller afgebroken, waardoor bijvoorbeeld bij Ethiopiërs de kans op onderbehandeling bestaat. Soms worden ze langzamer afgebroken, waardoor bijvoorbeeld bij mensen uit Azië de kans bestaat op overdosering. Deze variatie in afbraaksnelheid komt vooral voor bij antidepressiva, antipsychotica, bètablokkers, rosuvastine en enkele geneesmiddelen tegen kanker (zie kader).

Geneesmiddelen en etniciteit

Etniciteit heeft invloed op de afbraaksnelheid van bepaalde veel gebruikte geneesmiddelen. Je moet dan denken aan antidepressiva, antipsychotica en metoprolol.

- Aziaten (waaronder ook sommige Turkse groepen) breken tricyclische antidepressiva, haloperidol en codeïne minder snel af (trage metaboliseerder). Tegelijk is 10 % van de Turken een snelle metaboliseerder.

- Antidepressiva werken minder goed bij Afro-Amerikanen; waarschijnlijk ook bij creolen en mensen met wortels in West- en Zuid-Afrika.
- De kans dat paroxetine zo snel wordt afgebroken dat het niet werkzaam is, is 1 % bij autochtonen, 10 % bij Spanjaarden en 30 % bij Ethiopiërs.
- Antillianen (en mensen met wortels in West- en Zuid-Afrika) krijgen vaker bewegingsstoornissen bij gebruik van antipsychotica.

(Bron: ► <http://www.huisarts-migrant.nl>)

5.6 Asielzoekers en vluchtelingen

Mensen kunnen migreren omdat ze op de vlucht zijn voor oorlog, geweld, vervolging en discriminatie. In de jaren dertig van de vorige eeuw kwamen joodse mensen naar Nederland, op de vlucht voor de nazi's. In de jaren vijftig vluchtten Hongaren voor de Russen. In de jaren negentig Bosniërs; begin deze eeuw Somaliërs, Irakezen, Eritreërs, Rwandezes, Afghanen, Soedanezen en Syriërs. Na een asielaanvraag gaat de aanvrager de asielprocedure in. Daarin wordt vastgesteld of er werkelijk levensgevaar is als hij naar zijn land teruggaat. Als dat zo is, krijgt de asielzoeker een 'status': hij wordt als vluchteling erkend en mag dan (voorlopig) in Nederland blijven. Aan de verblijfsvergunning zijn rechten en plichten verbonden.

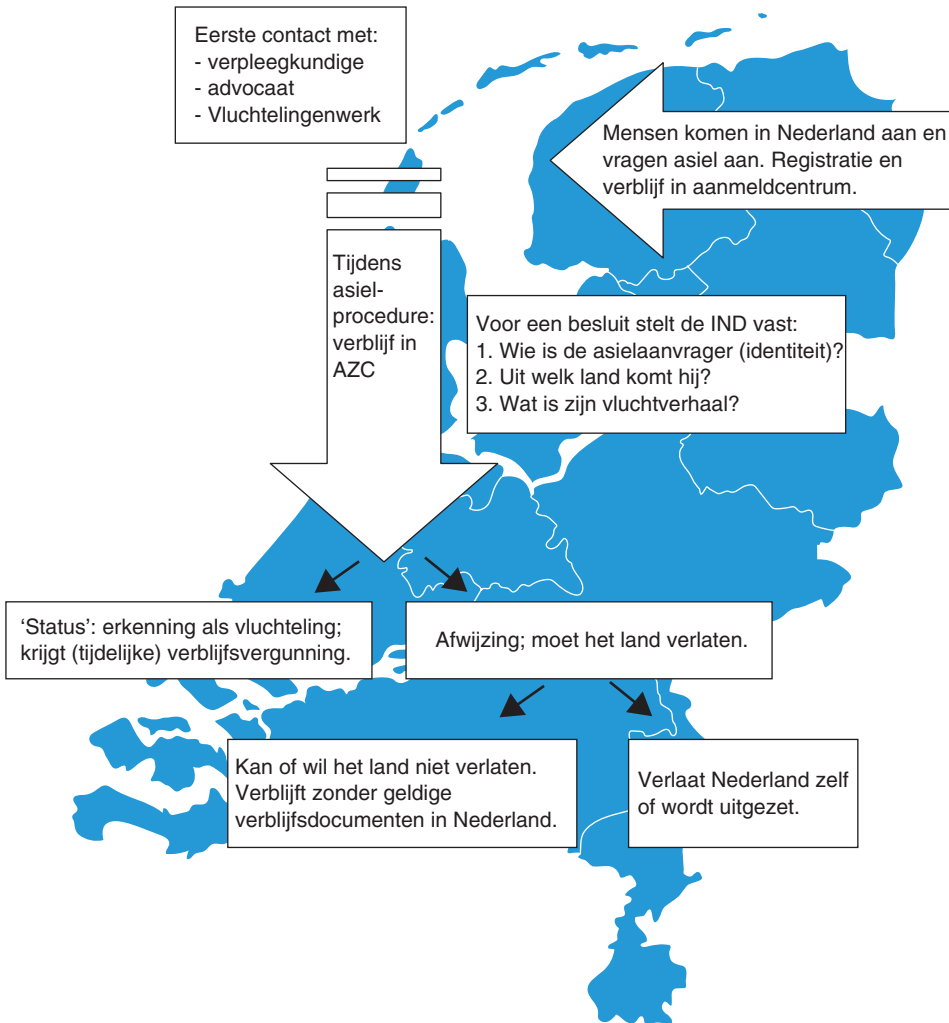
Mensen die als asielzoeker of vluchteling naar Nederland zijn gekomen, hebben vaak een gevaarlijke reis achter de rug. Ze hebben veel risico's, onzekerheid en stress doorstaan. En soms waren ze het slachtoffer van geweld, ook seksueel geweld. Mensen die uit hun land zijn gevlucht, hadden in hun eigen land vaak al veel meegemaakt: oorlog, vervolging, moorden, mishandeling en marteling.

Eenmaal in Nederland zijn hun zorgen niet over. Zorgen over hun familie in het land van herkomst, over de asielprocedure (of ze een 'status' krijgen), over hun kinderen, over hun toekomst. Gedurende de asielprocedure moeten asielzoekers regelmatig verhuizen, kinderen moeten steeds weer afscheid nemen van school en vriendjes. In het asielzoekerscentrum hebben ze weinig privacy, ze verblijven tussen mensen uit allerlei landen en culturen, die ook allemaal hun geschiedenis met zich meedragen. Ervaringen in het land van herkomst, de reis en de eerste maanden tot jaren in Nederland leiden tot extra spanningen en veel gezondheidsklachten.

5.6.1 Asielprocedure

Aanmeld-/opvangcentrum en asielzoekerscentrum

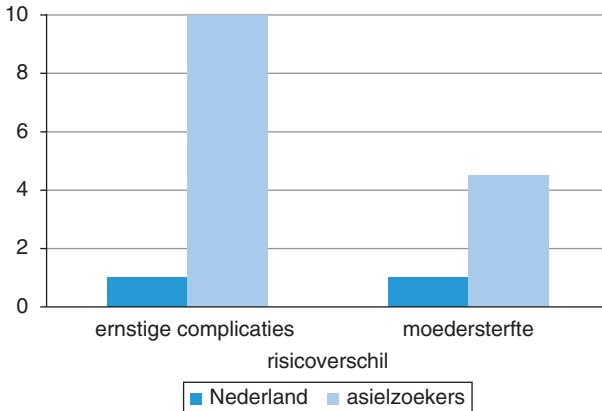
Degene die asiel wil aanvragen, meldt zich aan bij een aanmeldcentrum. Daar verblijft de asielzoeker minimaal zes dagen, maar soms ook langer. In deze eerste week na aankomst krijgt de asielzoeker onderdak en voeding, zodat hij enigszins tot rust kan komen. In die tijd krijgt hij informatie van Vluchtelingenwerk over de asielprocedure. Hij krijgt een gesprek met een verpleegkundige over zijn gezondheid. Bij acute en ernstige gezondheidsproblemen volgt verwijzing naar de medische zorg. Daarnaast kan de verpleegkundige de asielzoeker uitleggen wat hij over zijn gezondheid moet melden aan de IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst).



■ **Figuur 5.1** Asielprocedure

Het gaat dan over zaken waarmee de IND in het gesprek en de beoordeling rekening moet houden (doofheid, lichamelijke of psychische beperkingen, trauma).

In deze eerste week onderzoekt de IND identiteit en documenten: wie is deze asielzoeker, waar komt hij vandaan en hoe en waarom is hij naar Nederland gereisd (vluchtverhaal). De IND neemt een beslissing: afwijzing, erkenning of nader onderzoek. Wanneer de IND meer tijd nodig heeft om tot een beslissing te komen (nader onderzoek), verhuist de asielzoeker naar een asielzoekerscentrum (AZC) en verblijft daar tot de beslissing over zijn asielaanvraag (zie [fig. 5.1](#) en het filmpje <http://www.vluchtelingenwerk.nl/feiten-cijfers/procedures-wetten-beleid/asielprocedure>).



■ **Figuur 5.2** Zwangerschapscomplicaties bij asielzoekers

5.6.2 Gezondheidszorg tijdens de asielprocedure

De gezondheidszorg voor asielzoekers is landelijk georganiseerd door het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA). Dat heeft locaties in de buurt van elk asielzoekerscentrum. Dat wil zeggen dat een of meer huisartsenpraktijken een team samenstellen dat de huisartsenzorg biedt op locatie. Een team van zo'n lokaal gezondheidscentrum asielzoekers bestaat in elk geval uit: een huisarts, een praktijkassistent, een praktijkverpleegkundige en een consulent GGZ. Asielzoekers krijgen van het COA (Centraal orgaan Opvang Asielzoekers) een zorgpas. Daarmee hebben ze recht op ongeveer dezelfde zorg als in het basispakket van de zorgverzekering zit.

Asielzoekers krijgen na aankomst een uitnodiging voor een intakegesprek. Daarin worden medische problemen en gezondheidsrisico's in kaart gebracht. Via de praktijkassistent kunnen ze terecht bij de praktijkverpleegkundige, huisarts of consulent GGZ. Buiten de spreekuurtijden kunnen ze telefonisch contact opnemen met de praktijklijn. De praktijklijn kun je zien als een landelijk medisch callcenter. De telefoon wordt beantwoord door een getrainde praktijkassistent, bijgestaan door een telefonische tolk en onder supervisie van een huisarts. De praktijkassistent doet triage en verwijst zo nodig door naar een naburig gezondheidscentrum en brengt dat gezondheidscentrum daarvan op de hoogte.

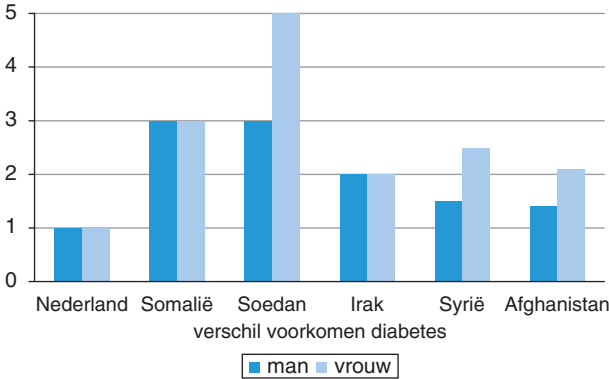
Mondzorg

Kinderen tot achttien jaar krijgen dezelfde zorg als Nederlandse kinderen. Asielzoekers van achttien jaar en ouder krijgen de kosten alleen vergoed bij ernstige pijn- en kauwproblemen. Andere tandartskosten moeten ze zelf betalen. Daarover zijn afspraken gemaakt met de tandartsenorganisatie KNMT en declaratieafspraken met tandartsen in de buurt van een AZC.

Verloskundige zorg

Verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties rond asielzoekerscentra zijn gecontracteerd om zorg te bieden. Verloskundigen voeren meer taken uit voor zwangere asielzoekers, omdat deze een kwetsbare groep vormen (■ fig. 5.2). Zo kunnen risico's op tijd worden gesignaleerd.

5.6 · Asielzoekers en vluchtelingen



■ **Figuur 5.3** Diabetes bij verschillende groepen asielzoekers

Farmaceutische zorg

Asielzoekers ontvangen voorgeschreven medicijnen via gecontracteerde apotheken in de buurt van asielzoekerscentra. Er geldt geen eigen bijdrage voor medicijnen. De apotheker geeft bij geneesmiddelverstrekking een toelichting, net zoals aan Nederlandse patiënten. Voor sommige geneesmiddelen moet de arts een verklaring opstellen voor de apotheker, voordat deze het middel mag verstrekken.

5.6.3 Gezondheid en gezondheidsrisico's

Binnen sommige groepen migranten komen bepaalde ziekten meer voor dan binnen de van oorsprong Nederlandse bevolking. Zo komt diabetes meer voor onder bepaalde groepen asielzoekers (■ fig. 5.3).

Veel asielzoekers en vluchtelingen hebben gezondheidsklachten. Dat is ook niet zo gek, gezien hun ervaringen in het land van herkomst, het geweld dat ze hebben meegemaakt, de gevaarlijke reis die ze achter de rug hebben en de spanningen die het leven in een ander land met zich meebrengt.

Ongeveer de helft van de asielzoekers en vluchtelingen heeft chronische nek- en schouderklachten, rugklachten, hoofdpijn, oogklachten en gebitsklachten. Meer dan helft heeft traumatische ervaringen door oorlogsgeweld, het verlies van familieleden en vrienden of door martelingen. Ongeveer de helft heeft symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en van angst of depressie. Vrouwen zijn extra kwetsbaar, ook voor seksueel geweld, zowel tijdens hun vlucht als tijdens hun verblijf in opvangcentra.

Kinderen van asielzoekers en vluchtelingen

Kinderen van asielzoekers kunnen angstig zijn, slaapproblemen hebben en regressiegedrag vertonen. Hun psychische gezondheid hangt vooral af van de psychische gezondheid van hun ouders. Hun belangrijkste behoefte is die aan veiligheid. Dat doet wel een groot beroep op hun ouders, terwijl die soms zelf ernstige problemen hebben. Deze kinderen blijken het toch vaak zonder gespecialiseerde hulp te redden (Tuk 2015). Voorwaarde is wel dat hun ouders erop vertrouwen dat hun kind in Nederland veilig is, kansen krijgt op een goede toekomst

en bij problemen hulp kan krijgen. Wanneer ouders hun kinderen veiligheid en vertrouwen kunnen bieden, gaan de meeste stressgerelateerde klachten bij kinderen vanzelf over. Kinderen leren vaak snel Nederlands.

5.7 Herkennen

Je hoort snel wanneer mensen minder goed Nederlands spreken. Maar daarmee ben je er nog niet. Het is belangrijk dat je hun geschiedenis leert kennen (hoe lang in Nederland, arbeidsmigrant of kind daarvan, of vluchteling?). Die geschiedenis heeft immers veel invloed op hun gezondheid. Daarnaast ben je alert op specifieke gezondheidsproblemen, signalen van laaggeletterdheid (► par. 4.4), kennis en opvattingen over gezondheid en op wat de patiënt van de zorgverlener verwacht.

5.8 Omgaan met anderstaligen en mensen uit een andere cultuur

5.8.1 Tolk

Wanneer je weet of merkt dat je patiënt moeite heeft duidelijke informatie te geven in het Nederlands of informatie in het Nederlands moeilijk begrijpt, pas je je communicatie aan.

Een migrant die de Nederlandse taal niet goed beheerst, neemt vaak een familielid, soms een kind, mee naar de praktijk. Deze neemt dan de rol van informele tolk op zich. Het is belangrijk om het gesprek te voeren met de patiënt, ook al tolkt het familielid of vertelt het familielid grotendeels het verhaal. Kijk de patiënt aan en spreek in zijn richting.

Vaak verloopt het gesprek via de informele tolk goed, al weet je niet in hoeverre het familielid zijn eigen opvattingen inbrengt. Soms is het nodig een professionele tolk in te schakelen. Het inzetten van een tolk lost echter niet alles op. Je weet namelijk niet of de tolk alles vertaalt wat jij zegt en wat de patiënt zegt. Ook weet je niet of hij de emoties van de patiënt ook overbrengt.

Trek extra tijd uit voor een gesprek waarbij een tolk aanwezig is.

Bij de medische zorg voor asielzoekers die geen Nederlands of Engels spreken, kunnen (telefonische) tolken worden ingeschakeld, vergoed door het COA. Voor doven en slechthorenden kan via het COA een doventolk worden ingeschakeld. Overigens leert een deel van de mensen in de asielprocedure snel eenvoudig Nederlands te spreken. Wanneer een asielzoeker niet meer in een opvang- of asielzoekerscentrum verblijft, vervalt de tolkenvergoeding.

5.8.2 Aandachtspunten

De aandachtspunten bij het omgaan met laaggeletterden (zie ► tab. 4.1) gelden grotendeels ook voor het omgaan met migranten, ook al zijn zij lang niet allemaal laagopgeleid. De belangrijkste aandachtspunten bij de communicatie met migranten staan in ► tab. 5.2.

Tabel 5.2 Aandachtspunten in de gesprekken met mensen met een migrantenachtergrond

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen en ontvangst</i>	
beleefdheidsregels	<ul style="list-style-type: none"> – beseft dat migranten soms andere beleefdheidsregels hanteren dan Nederlanders – denk aan regels over: rechtstreeks aankijken, wie (als eerste) het woord voert, na het voorstellen al dan niet meteen op de klacht ingaan, nee zeggen, zeggen dat je iets niet begrijpt
uitleg praktijkorganisatie	<p><i>1. functies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – leg uit welke mensen in de praktijk werken; praktijkassistent en praktijkondersteuner zijn waarschijnlijk onbekende functies; vertel welke opleiding jij en je collega's hebben gehad en welke professionele kennis en vaardigheden jullie bezitten – leg uit dat je namens de dokter/apotheker alle patiënten vraagt wat de klachten zijn om een professioneel advies te geven – leg uit dat een advies soms voldoende is, maar dat het ook nodig kan zijn dat de patiënt naar de praktijk komt
	<p><i>2. consultduur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – vertel hoeveel tijd er voor een huisartsbezoek/tandartsbezoek is gereserveerd – leg uit dat een consult meestal bedoeld is om één klacht van één patiënt te bespreken; als er verschillende klachten zijn, kan dat aan de assistent worden gemeld en kan er eventueel een dubbele tijd worden gepland
	<p><i>3. voorbereiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – adviseer om het bezoek goed voor te bereiden: waarom gaat u naar de huisarts/tandarts/apotheek? wat wilt u vertellen, wat wilt u vragen? wat wilt u dat er besproken wordt? voor welke klacht wilt u worden behandeld? – het kan nuttig zijn een gespreksmiddag of -avond te organiseren over wat migranten verwachten van huisarts en apotheek en hoe het er in de praktijk aan toegaat; in praktijken waarin dat werd georganiseerd, ontstond over en weer meer begrip; succesfactor bij een dergelijke bijeenkomst is de inzet van een contactpersoon uit de migrantengemeenschap
	<p><i>4. zorg in Nederland</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – geef uitleg over de behandeling van klachten in Nederland en dat er hier minder medicijnen worden voorgeschreven en zeker minder injecties dan in veel andere landen – geen medicijnen krijgen is vaak moeilijk te begrijpen; een patiënt die geen medicijnen krijgt, voelt zich vaak niet serieus genomen of gediscrimineerd: verwijst naar filmpjes waarin asielzoekers daarover uitleg geven (<i>Asielzoeker en zelfzorg. Minder is vaak beter</i> ► http://www.stichtingufa.nl/)

■ Tabel 5.2 Vervolg.

<i>in de spreekkamer / behandelkamer / aan de balie</i>	
taal	<ul style="list-style-type: none"> – als de taal een struikelblok vormt, adviseer dan iemand mee te nemen die goed Nederlands spreekt – besef dat bepaalde onderwerpen en woorden schaamte oproepen, bijvoorbeeld bepaalde psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, depressie of een delier, maar ook verschijnselen als obstipatie, ontlasting, braken, plasklachten – als gevoelige onderwerpen besproken moeten worden, leg dan uit dat het nodig is om goed te kunnen helpen; vraag om de plaats van de klacht aan te wijzen op een afbeelding (zie ► par. 4.6) – gebruik eenvoudige woorden (overgeven, plas, poep); gebruik deze woorden zelf als eerste, dan kan de patiënt erbij aansluiten en ernaar verwijzen
geschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> – besteed aandacht aan de migratiegeschiedenis en de invloed daarvan op de gezondheid
opvattingen, steun en belemmeringen	<ul style="list-style-type: none"> – vraag naar gewoonten en opvattingen, zeker als je een advies geeft ('wat denkt u ervan? lukt dat?' of: 'is dat moeilijk voor u?' of direct: 'hoe bekijkt u dat vanuit uw cultuur?') – betrek de culturele achtergrond bij adviezen over de leefstijl (roken, voeding, bewegen) – vraag of de patiënt steun krijgt van zijn culturele gemeenschap als hij om zorg vraagt, bijvoorbeeld bij psychische klachten of bij dementie van een (schoon)ouder – vraag of de patiënt vanuit zijn omgeving belemmeringen of steun ervaart om zijn leefstijl aan te passen – stem je advies af op de opvattingen en mogelijkheden van je patiënt en zijn leefomgeving en bespreek samen mogelijke oplossingen; vraag moslims bijvoorbeeld hoe ze omgaan met medicijnen innemen en voedingsadviezen bij diabetes tijdens de ramadan – soms is het mogelijk een zorgconsulent met eenzelfde migratieachtergrond in te schakelen; deze ondersteunt de patiënt bij het voorbereiden van het bezoek (verhelderen hulpvraag en verwachtingen) en bij het bezoek (ondersteunen van de communicatie)
ondersteunen regie	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik bij het ondersteunen van de eigen regie landelijke of lokale projecten en materialen die daarvoor zijn ontwikkeld, bijvoorbeeld materiaal van het Slotervaartziekenhuis over diabetes en ramadan, en medicijngebruik tijdens de ramadan – ga na of er educatieprojecten zijn; groepseducatie is soms een motor voor ondersteuning vanuit de gemeenschap

Hoe je kunt omgaan met situaties waarin (veel) familie meekomt, lees je in het volgende kader.

De hele familie

Soms komen er veel mensen mee naar het spreekuur of naar de huisartsenpost. Wie laat je dan mee binnengaan? Op de huisartsenpost hanteren we vaak de regel dat er maximaal

twee personen meegaan naar de spreekkamer. Hoe regel je dat, behalve uitleggen dat er twee mee mogen?

Wat ik doe is: degene met de meeste autoriteit eruit pikken, de meest dominante. Populair gezegd: degene met de grootste mond. Dat is vaak de oudste. Die kun je vragen wie het meest weet over de gezondheid van de patiënt, wie het meest zorgt voor de patiënt. Die twee nodig je uit om mee te gaan.

Degene met de meeste autoriteit zal de anderen vragen om weg te gaan. Dat hoeft je meestal niet zelf te doen. Hij of zij zal de anderen informatie geven, straks, als er meer bekend is.

Veel assistenten hebben de neiging om degene met de grootste mond weg te sturen, maar dat is vaak niet verstandig en niet effectief. Als je respect toont door de autoriteit te erkennen, is er daarna minder strijd. En meestal ook geen strijd over de behandeling, wel of niet een specialist eisen.

Laila Elghoul, triagist, trainer Laila Intercultural Training, Utrecht.

5.9 Samenwerking

Denk aan:

- Organisaties van migranten, zoals organisaties van oudere migranten (NOOM), vrouwengroepen, kerken en moskeeën.
- Instellingen die soms activiteiten organiseren voor migrantengroepen: GGD, buurtcentra, landelijke voorlichtingsorganisaties (Hartstichting, Alzheimer Nederland, Nederlandse Diabetes Federatie).
- Expertisecentrum: Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen ► www.pharos.nl.

5.10 Informatie

5.10.1 Voor de doelgroep

Middelen die je kunt gebruiken tijdens het bezoek van de patiënt

- Kaarten van het lichaam met Nederlandse, Engelse of Duitse woorden. Daarop kunnen asielzoekers aanwijzen waar hun klacht zit.
- Voorlichting aan laaggeletterden over veelvoorkomende ziektebeelden:
 - ► <http://www.huisarts-migrant.nl/beeldmateriaal/>
 - ► <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggelettertheid-en-gezondheidsvaardigheden/eenvoudig-voorlichtingsmateriaal-in-de-zorg>
 - ► <http://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten/15-zelfzorgfolders/6-zelfzorgfolders>
- Pictogrammen geneesmiddelengebruik ► <http://www.bijsluiterinbeeld.nl/>; ► www.apo.nl
- Platen van het menselijk lichaam *Begrijp je lichaam* ► www.begrijpjelichaam.nl
- Praten-platenboek diabetes en handboek *Ik heb diabetes. Wat kan ik doen?* ► www.pharos.nl/diabetes

- Woordenlijsten:
 - Vertaaltabel medicatiegebruik voor Syrische en Eritrese vluchtelingen ► <https://www.knmp.nl/nieuws/vertaaltabel-voor-syrische-en-eritrese-vluchtelingen>
 - *Medisch consult in 20 talen*. Houten: Prelum 2007.

Materiaal en sites waar je je patiënt naar kunt verwijzen

- Informatie over de zorg voor ouderen in Nederland ► <http://nederlands.zorgvoorjeouders.nl/>
- *Asielzoeker en zelfzorg. Minder is vaak beter*. In het filmpje geven asielzoekers/migranten die al wat langer in Nederland zijn uitleg waarom de dokter niet zo snel medicijnen geeft en waarom de dokter zoveel vraagt in plaats van meteen medicijnen te geven ► <http://www.stichtingufa.nl/>
- Eenvoudige informatie over de ramadan met filmpjes, ook in Turks, Arabisch en Berbers ► <http://diabeteszelfinhand.nl/voor-mantelzorgers/203/vasten-en-ramadan>

5.10.2 Voor de praktijk

-
- Nederlandse Diabetes Federatie. Medicatiekaart. Aanpassing medicatie tijdens de ramadan. NDF, 2015 ► http://www.diabetesfederatie.nl/images/DIAB-1139439-0001_diabetes-en-ramadan_medicatiekaart2014.pdf
 - Nederlandse Diabetes Federatie. Medicatiekaart. Poster Diabetes en ramadan ► http://www.diabetesfederatie.nl/images/DEF_diabetes-en-ramadan_poster.pdf
 - Slotervaartziekenhuis. Materiaal over diabetes en ramadan, medicijngebruik tijdens de ramadan ► <http://www.slotervaartziekenhuis.nl>
 - Tips om de praktijk beter af te stemmen op de behoefte ► <http://www.zelfmanagement.com/praktijkervaringen/behoeftescan-zorg-en-zelfmanagement/>
 - Regeling zorg asielzoekers (zorgsoorten, huisartsenzorg, farmaceutische zorg, mondzorg e.a.) ► <http://www.rzasielzoekers.nl/>
 - Verrichtingenlijst noodhulp (mondzorg) ► <https://www.rzasielzoekers.nl/dynamic/media/28/documents/Bijlage%205%20noodhulprijst%202016.pdf>
 - Hulpmiddelen voor de communicatie in mondzorgpraktijk
 - ► <https://www.knmt.nl/nieuws/5-hulpmiddelen-om-de-taalbarriere-met-patienten-te-overwinnen> bevat link naar anamneseformulier mondzorg in 39 talen, Arabische aanwijsskaart mondzorg, pictogrammen mondzorg, foto's van praktijk en behandelingen ten behoeve van voorlichting.
 - Tips en achtergrondinformatie communicatie met laaggeletterden in de apotheek ► <https://www.knmp.nl/patientenzorg/laaggeletterden-en-migranten>

Zwangeren

Samenvatting

In Nederland komen ongewenste zwangerschappen relatief weinig voor. De gemiddelde leeftijd bij de eerste zwangerschap ligt relatief hoog, 29 jaar. Tienerzwangerschappen komen het meest voor bij Antilliaanse, Surinaamse en Marokkaanse meisjes. Zwangeren met een niet-westerse achtergrond melden zich vaak pas laat in de zwangerschap voor zorg. Het aantal zwangeren met complexe medische en sociale problematiek stijgt. Medische factoren, omgevingsfactoren en leefstijlfactoren (gewicht, roken, vitaminegebruik, middelengebruik) hebben invloed op conceptie, zwangerschap en bevalling. Of een ongeborn kind schade oploopt door (genees)middelengebruik door de zwangere hangt af van: het moment van gebruik, dosis en gebruiksduur, en eigenschappen en toedieningsvorm van het middel. Tijdens de zwangerschap is de kans op tandvleesproblemen en cariës verhoogd. Tandartsassistenten geven daarom informatie over het belang van goede mondzorg. Alleen als uitstel niet gewenst is, worden tijdens de zwangerschap röntgenfoto's gemaakt en wordt een verdoving gegeven. Wanneer een zwangere de praktijk belt voor een afspraak of advies, houdt de praktijkassistent rekening met (ongerustheid over) de zwangerschap. Apothekersassistenten controleren bij een recept van een zwangere of het middel tijdens de zwangerschap gebruikt mag worden.

6.1 Inleiding – 53

6.2 Wie – 53

6.2.1 Zorggebruik en kwetsbaarheid – 53

6.3 Gezondheid – 54

6.3.1 Medische, omgevings- en leefstijlfactoren – 54

6.4 In de praktijk – 59

6.4.1 In de tandartspraktijk – 59

6.4.2 In de huisartsenpraktijk – 59

6.4.3 In de apotheek – 61

6.5 Samenwerking, wet- en regelgeving – 62

6.6 Informatie – 62

6.6.1 Voor de doelgroep – 62

6.6.2 Voor de praktijk – 62

6.1 Inleiding

Als een vrouw zwanger is, kan dat van invloed zijn op de zorg die gegeven wordt. Daar gaat dit hoofdstuk over.

Casus

Mevrouw Sinan, 27 jaar, belt de huisartsenpraktijk. Ze is zeven weken zwanger. Het is het allereerste telefoontje op vrijdagochtend. Ze vertelt dat ze buikkramp heeft en bang is voor een miskraam. Het is erg druk. De praktijkassistent kijkt of er vandaag nog plaats is in het spreekuur. Dat zit al vol, door de vakantieperiode die vandaag begint. Een afspraak over het weekend heentillen of de huisarts terug laten bellen, is in deze situatie geen optie. De assistent overlegt met de huisarts of mevrouw Sinan tussendoor kan komen. Vanwege de begrijpelijke ongerustheid over de jonge zwangerschap zal de huisarts mevrouw in de loop van de ochtend tussendoor zien.

Annet van Genderen, huisarts, Utrecht

6.2 Wie

In Nederland worden ongeveer 175.000 kinderen per jaar geboren. Daarvan zijn er maar weinig ongepland of ongewenst. Dat komt omdat over het algemeen de kennis over seks en anticonceptie in Nederland goed is, ook bij jongeren. Bovendien zijn anticonceptiemiddelen voor iedereen gemakkelijk verkrijgbaar. Toch is bijna 10 % van de zwangere vrouwen die naar de huisarts gaan omdat ze zwanger zijn, ongewenst zwanger. Meestal zijn dat tieners en twintigers. Tienerzwangerschappen komen relatief veel voor onder Antilliaanse, Surinaamse en Marokkaanse meisjes en meisjes met een andere migrantenachtergrond. Oorzaken zijn minder kennis van anticonceptie, minder condoomgebruik omdat hun partner dat niet wil, een positief beeld van alleenstaand moederschap en bewust op jonge leeftijd kinderen willen.

In Nederland is de gemiddelde leeftijd van vrouwen bij de eerste zwangerschap 29 jaar. Bij hoger opgeleide vrouwen hoger, bij lager opgeleide vrouwen lager. De meeste zwangeren krijgen verloskundige zorg van de verloskundige of gynaecoloog; er zijn weinig huisartsen die verloskundige zorg bieden.

6.2.1 Zorggebruik en kwetsbaarheid

Vrouwen met een niet-westerse achtergrond maken vaak minder gebruik van de verloskundige zorg en kraamzorg. Zij melden zich vaak pas op een later tijdstip in de zwangerschap aan bij de verloskundige. Na de bevalling roepen ze minder vaak de hulp van kraamzorg in. De redenen hiervoor zijn (nog) niet goed onderzocht. Vrouwen met een migrantenachtergrond hebben vaker complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling (vroeggeboorte, laag geboortegewicht, aangeboren aandoeningen, sterfte). Omdat de meeste migrantengroepen in de grote steden wonen, komen deze problemen het meest voor in de grote steden.

Het aantal zwangere vrouwen met complexe sociale en medische problematiek stijgt. Sommige zwangeren hebben weinig mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen en eigen regie over hun leven te voeren. Dat komt voor bij vrouwen die weinig opleiding hebben gehad, vrouwen met een verstandelijke beperking of met een psychiatrische ziekte. Soms staan ze ook wantrouwend tegenover professionele zorg. Deze zwangeren zijn heel kwetsbaar.

6.3 Gezondheid

Vrouwen komen bij de huisarts wanneer ze zwanger willen worden en het lukt niet snel, om zwangerschap vast te stellen of te bevestigen en vanwege klachten tijdens hun zwangerschap.

6.3.1 Medische, omgevings- en leefstijlfactoren

Gezondheidsproblemen bij zwangeren

Veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij zwangeren zijn: urineweginfecties, maagklachten, obstipatie, moeheid, misselijkheid, vaak plassen, vaginale afscheiding, vocht vasthouden, spataderen, rug- of bekkenpijn en harde buik.

Specifieke complicaties van de zwangerschap zijn: (zwangerschaps)hypertensie en (zwangerschaps)diabetes. Deze complicaties komen meer voor bij vrouwen met een lage SES en bij vrouwen met een migrantenachtergrond. Zwangeren met deze complicaties worden naar de gynaecoloog verwezen.

Medische factoren, omgevingsfactoren en leefstijlfactoren kunnen invloed hebben op zwanger worden, zwangerschap en bevalling (zie kader hierna en NHG-standaarden voor de praktijkassistent 2014). Vrouwen vinden het belangrijk om hun kind een goede start te geven. Veel zwangeren passen daarom hun gedrag aan.

Factoren die zwangerschap en bevalling kunnen beïnvloeden

Medische aspecten

- chronische aandoeningen, zoals hypertensie, een schildklierstoornis, astma, diabetes of epilepsie
- problemen bij eerdere zwangerschappen
- erfelijke aandoeningen
- bloedverwantschap
- medicijngebruik.

Omgevingsfactoren

- werkomstandigheden
- infectierisico's
- leefomstandigheden.

Leefstijlfactoren

- roken
- overgewicht
- alcoholgebruik
- drugsgebruik.

Gewicht

Vrouwen met ernstig overgewicht (BMI > 30) hebben meer moeite om zwanger te worden en meer kans op complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling.

Vitaminen en mineralen

Ongeveer de helft van de vrouwen gebruikt foliumzuur vanaf het moment dat ze proberen zwanger te worden. Foliumzuur verlaagt de kans op een open ruggetje (spina bifida). Vanaf het moment dat ze weten dat ze zwanger zijn, proberen meer vrouwen gezond te eten. Toch gebruikt minder dan de helft van de zwangeren de aanbevolen vitamine D-tabletten (10 microgram per dag). De helft van de niet-westerse zwangeren en hun baby's hebben een vitamine D-tekort. Vitamine D is nodig voor gezonde (bot)groei en voor de afweer van de baby. Bij vitamine D-tekort is de kans op complicaties bij verkoudheid (infectie met RS-virus) groter.

Het advies is om voeding te gebruiken met minimaal 1 gram calcium per dag.

Roken

Veel zwangeren stoppen met roken; zo'n 6 % echter blijft roken. Roken en meerroken vergroot de kans dat het kindje een laag geboortegewicht heeft, te vroeg wordt geboren of ademhalingsproblemen krijgt. Er zijn aanwijzingen dat het kindje gevoeliger is voor verslaving en meer kans heeft op ontwikkelingsstoornissen. Roken vergroot bij de zwangere ook de kans dat de placenta slecht werkt of te vroeg loslaat en dat de vliezen te vroeg breken (► <http://www.rokeninfo.nl>).

Alcohol en drugs

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap vergroot de kans op hersenbeschadiging en ontwikkelingsachterstand bij de baby en kan soms leiden tot het foetale alcoholyndroom (FAS).

De gevolgen van drugsgebruik verschillen per soort drug. Het gebruik van heroïne, cocaïne (crack) en amfetamine is heel schadelijk voor de baby. Het leidt tot een laag geboortegewicht, vroeggeboorte en verslavingsverschijnselen bij de baby. Van cannabisgebruik in de zwangerschap zijn de gevolgen minder duidelijk. Een laag geboortegewicht en vroeggeboorte kunnen ook te maken hebben met de leefstijl van zwangeren die cannabis gebruiken (slechte voeding, onregelmatig leven, sigaretten roken).

Geneesmiddelen

Zwangeren gebruiken wel eens zelfzorggeneesmiddelen, zoals pijnstillers. Paracetamol is de enige pijnstiller die een zwangere vrouw zonder advies van de arts, verloskundige of apotheker veilig kan gebruiken. Ze moet zich dan wel houden aan de adviezen in de bijsluiter. Daarnaast gebruikt 80 % van de zwangeren een of meer voorgeschreven geneesmiddelen (► tab. 6.1). Van geneesmiddelen die ze al lang gebruiken, zoals middelen tegen migraine, epilepsie en reuma, neemt het gebruik af. Dat geldt ook voor geneesmiddelen voor incidenteel of kortdurend gebruik, zoals pijnstillers. Zwangeren met gezondheidsproblemen die met hun zwangerschap te maken hebben, gebruiken juist weer meer geneesmiddelen.

Tab. 6.1 Schadelijkheid van geneesmiddelen per zwangerschapsperiode

0 weken	1ste dag laatste menstruatie	
<2 weken	vóór de conceptie	sommige middelen zijn vóór de conceptie al (of nog) schadelijk. Dat geldt voor geneesmiddelen die heel langzaam uit het lichaam worden verwijderd (lange halfwaardetijd)
2 weken	conceptie	
2–4 weken	innesteling	er is in deze periode weinig contact tussen het bloed van de moeder en het vruchtje dat zich innestelt; er is immers nog geen placenta. Komt een schadelijke stof uit het bloed van de moeder toch in het vruchtje terecht, dan zijn er twee mogelijkheden: de schade is zo groot, dat er een miskraam optreedt, of: het vruchtje wordt niet beschadigd en gaat door met zijn ontwikkeling
4–10 weken	aanleg van de organen	wanneer geneesmiddelen via de placenta in het ongeboren kind komen, kunnen ze de aanleg van organen verstoren. Dat heet het <i>teratogeen effect</i>
10–40 weken	groei en rijping	de organen zijn aangelegd; schadelijke stoffen die in het ongeboren kind terechtkomen, kunnen vooral de functie verstoren van het orgaan dat zich aan het ontwikkelen is. Dat heet officieel een <i>toxisch effect</i> , maar soms wordt het ook een teratogeen effect genoemd

Van de geneesmiddelen die worden voorgeschreven in de eerste drie maanden van de zwangerschap, kan ruim 2 % schadelijk zijn voor de baby. Of de baby daadwerkelijk schade oploopt door een geneesmiddel, hangt af van drie factoren:

1. Het moment in de zwangerschap waarop de vrouw het middel gebuikt (▣ tab. 6.1).
2. De dosis van het middel en hoe lang de vrouw het middel heeft gebruikt. Over het algemeen geldt: hoe hoger de dosis en hoe langer het geneesmiddel is gebruikt, hoe groter de kans op schade bij het ongeboren kind, al zijn er uitzonderingen.
3. De eigenschappen en de toedieningsvorm van het middel. De chemische eigenschappen van een geneesmiddel bepalen of het gemakkelijk de placenta passeert. Daarnaast speelt ook de toedieningsvorm van een geneesmiddel een rol bij de bereikte concentratie in het bloed.

Classificatie van schadelijkheid van geneesmiddelen bij zwangerschap

Er zijn verschillende manieren om de schadelijkheid van geneesmiddelen bij zwangerschap te beschrijven en ze vervolgens in te delen. De indeling van het Farmacotherapeutische Kompas voor geneesmiddelen bij zwangerschap staat in ▣ tab. 6.2. De classificatie van geneesmiddelen bij borstvoeding staat in ▣ tab. 6.3.

Tabel 6.2 Classificatie van geneesmiddelen bij zwangerschap

beoordeling	voorbeeld	toelichting
kan gebruikt worden	paracetamol amoxicilline	deze geneesmiddelen zijn onderzocht of in de praktijk gebruikt. Er zijn niet méér aangeboren afwijkingen of andere schadelijke gevolgen opgetreden
afwegen nut voor moeder tegen risico's voor de baby bij gebruik: controle	temazepam paroxetine carbamazepine	deze geneesmiddelen hebben waarschijnlijk farmacologische effecten op de baby en vergroten waarschijnlijk de kans op aangeboren afwijkingen en blijvende schade bij de baby
stoppen (tijdelijk niet gebruiken)	diclofenac chlooramfenicol tetracycline isotretinoïne valproïnezuur	deze geneesmiddelen kunnen farmacologische effecten hebben op de baby en de kans op aangeboren afwijkingen en blijvende schade bij de baby vergroten
afwegen; liever een middel waarvan meer bekend is	cholesterolverlagende middelen pantoprazol nieuwere SSRI's	van deze geneesmiddelen is te weinig informatie beschikbaar om de risico's voor de zwangerschap en de baby vast te stellen

Tabel 6.3 Classificatie van geneesmiddelen bij borstvoeding

beoordeling	voorbeeld	toelichting
kan gebruikt worden	amoxicilline paracetamol	borstvoeding en geneesmiddel veilig te combineren
gebruik beperken	oxazepam codeïne	borstvoeding en/of geneesmiddel beperken dosering en/of frequentie zo laag mogelijk; anders borstvoeding tijdelijk stoppen
afwegen	sumatriptan omeprazol	nut voor de moeder afwegen tegen risico's voor de baby liever een veiliger geneesmiddel kiezen; anders borstvoeding (tijdelijk) beperken of stoppen
stoppen	glimpiride chinolonen	borstvoeding en geneesmiddel niet veilig te combineren liever een veilig geneesmiddel kiezen; anders borstvoeding (tijdelijk) stoppen

Als geneesmiddelen tijdens de zwangerschap of tijdens het geven van borstvoeding nodig of wenselijk zijn, dan gelden de volgende regels:

- De patiënt moet goede informatie krijgen over de risico's die het geneesmiddel met zich meebrengt.
- De arts kiest bij voorkeur een geneesmiddel waarmee al veel ervaring is en waarbij tot nu toe geen aanwijzingen zijn voor een hoger risico op aangeboren afwijkingen.
- Als het mogelijk is: niet voorschrijven voor langdurig gebruik, geen hoge doses voorschrijven en geen combinatie van geneesmiddelen voorschrijven. De behandeling moet natuurlijk wel effectief zijn. Dat is de afweging die de arts in overleg met de apotheker maakt.

Mondgezondheid

Het oude gezegde 'elke zwangerschap kost een tand' is gelukkig niet waar. Maar tijdens de zwangerschap neemt de kans op tandvleesproblemen en cariës wel toe. Goede mondzorg is daarom belangrijk, zeker wanneer de zwangere last heeft van (ochtend)misselijkheid en braken.

Er is weinig bewijs dat röntgenfoto's van het gebit en verdoving voor een tandheelkundige ingreep schadelijk zijn voor moeder of kind. Toch zal een tandarts deze handelingen liever niet uitvoeren bij een zwangere vrouw als ze niet noodzakelijk zijn.

Screening en vroegdiagnostiek

Zwangeren kunnen worden gescreend op risico's op het downsyndroom en een open ruggetje via de combinatietest (bloedonderzoek en nekplooiemeting via een echo). Bij een medisch risico wordt de test vergoed; anders moeten vrouwen de test zelf betalen. Wanneer uit de test een verhoogd risico blijkt, komt de zwangere in aanmerking voor de NIPT (niet-invasieve prenatale test; ► <http://www.meerovernipt.nl/>), de vlokentest of een amnionpunctie. Met de NIPT kan het syndroom van Down worden opgespoord, alsmede andere syndromen die veroorzaakt worden door een afwijkend aantal chromosomen. Sinds 2017 kunnen alle zwangeren kiezen voor een NIPT, maar ze moeten wel een eigen bijdrage betalen. Bij twintig weken zwangerschap vindt bij alle zwangeren echo-onderzoek plaats naar orgaanafwijkingen.



6.4 In de praktijk

6.4.1 In de tandartspraktijk

Mondzorg

Geef informatie over het belang van goede mondzorg vanwege een grotere kans op tandvleesproblemen. Vraag of de zwangere last heeft van misselijkheid en braken. Leg dan uit dat het beter is om na het braken niet meteen de tanden te poetsen, maar eerst alleen de mond te spoelen. Wanneer de vrouw meteen poetst, verspreidt ze het maagzuur juist meer over het gebit en dat versterkt de erosie.

Leg uit dat de zorg voor het babygebit begint zodra de eerste tand doorkomt. Vertel de zwangere dat je daar de volgende keer op terugkomt en dat je dan wilt bespreken hoe je de tanden van jonge kinderen kunt poetsen.

Röntgenfoto's

Leg uit dat het om lokale straling gaat, die niet bij de baby komt. In principe zal de tandarts de foto's liever uitstellen tot na de bevalling. Maar als het nodig is om ze nu te maken, levert dat dus geen gevaar op.

Lokale verdoving

Leg uit dat de stoffen van de lokale verdoving niet bij de baby komen. Maar ook hier geldt: alleen als de ingreep niet zonder verdoving kan en ook niet uitgesteld kan worden tot na de bevalling, wordt hij nu uitgevoerd. Gelukkig kan dat zonder gevaar.

6.4.2 In de huisartsenpraktijk

Preconceptiezorg

Praktijkassistenten zijn betrokken bij de preconceptiezorg. In sommige praktijken is die taak beperkt tot het geven van het foliumzuuradvies en eventueel verwijzen naar het preconceptieconsult. Daar is gelegenheid om alles te bespreken rondom kinderwens en gezond zwanger worden. Attendeer de vrouw er dan op dat ze vooraf een vragenlijst kan invullen, digitaal (► www.zwangerwijzer.nl) of op papier (► www.nhg.org/pcz). Bied laaggeletterde patiënten eventueel aan om te helpen bij het invullen.

In andere praktijken voert de praktijkassistent zelf het preconceptieconsult uit.

Zorg voor zwangere patiënten

Wanneer je een zwangerschapstest uitvoert, probeer je in te schatten of de vrouw blij zal zijn met een positieve uitslag of niet. Bij een positieve zwangerschapstest en een gewenste zwangerschap, feliciteer je haar. Je legt uit dat het belangrijk is om op korte termijn contact op te nemen met de verloskundige in verband met de eerstetrimesterecho. Maak een aantekening van de zwangerschap in het dossier. Wanneer de zwangerschap ongewenst of onverwachts is, vraag dan of de vrouw een afspraak met de huisarts wil maken.

Houd rekening met (ongerustheid over) de zwangerschap wanneer de vrouw in de loop van de zwangerschap belt voor een afspraak of advies.

<p>6</p> <p>Tabel 6.4 Voorbeeld van het baliegesprek in de apotheek over medicatie bij zwangerschap</p>			
<p>een vrouw in de vruchtbare leeftijd komt in de apotheek</p>			
<p>met een recept</p>		<p>met een vraag om een zelfzorgmiddel</p>	
<p>de vrouw vertelt dat ze zwanger is</p>	<p>je ziet een melding van zwangerschap in de computer</p>	<p>er is geen melding van zwangerschap</p>	
<p>je kunt de vrouw feliciteren en vragen of ze het goed vindt dat je het invoert in de computer, om te kunnen controleren of medicijnen tijdens de zwangerschap gebruikt mogen worden</p>	<p>controleer of de melding juist is. Je kunt zeggen: 'Onze computer geeft aan dat u zwanger bent. Klopt dat? Of zit er een fout in onze gegevens?' Bij onjuiste melding: corrigeer de gegevens</p>	<p>je vraagt altijd: 'Is het recept voor uzelf?' vraag naar zwangerschap, bijvoorbeeld: 'Bent u zwanger? Ik vraag ernaar omdat dat van belang is bij medicijngebruik' als de vrouw bevestigt dat ze zwanger is, vraag je of ze het goed vindt dat je dat invoert in de computer om te kunnen controleren of medicijnen tijdens de zwangerschap gebruikt mogen worden</p>	<p>vraag naar zwangerschap (tenzij dat overduidelijk is), bijvoorbeeld: 'Bent u zwanger? Ik vraag ernaar omdat dat van belang is bij medicijngebruik' als de vrouw bevestigt dat ze zwanger is, vertel dan dat het voor de baby het beste is om zo weinig mogelijk medicijnen te gebruiken. Je kunt vragen of ze andere oplossingen heeft overwogen. Natuurlijk zeg je dat je zult nagaan welke medicijnen gebruikt kunnen worden. Attendeer eventueel op de zelfzorggids bij zwangerschap</p>
<p>ga na in het informatiesysteem van het Lareb of de voorgeschreven medicatie gebruikt mag worden</p>			
<p>verstrek het geneesmiddel alleen als het Lareb aangeeft dat het gebruikt mag worden. In alle andere gevallen overleg je met de apotheker. Die kan contact opnemen met de voorschrijvend arts, vaak met een voorstel voor een alternatief</p>			
<p>geef informatie over het middel en het gebruik zoals gebruikelijk.</p>		<p>vertel of het middel veilig gebruikt kan worden of adviseer, na overleg met de apotheker of volgens protocol, een ander middel</p>	
<p>vraag of je vitamine- en calciumgebruik mag bespreken</p>			
<p>'als u al bij de verloskundige of gynaecoloog bent geweest, heeft die u misschien verteld over het belang van vitamines. Wilt u daar nog iets over weten of kan ik u daar iets over uitleggen?'</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - foliumzuur (0,4 of 0,5 milligram (mg)/dag) tot 10 weken zwangerschap verkleint de kans op een open ruggetje - vitamine D (10 microgram/dag) gedurende de zwangerschap bevordert de groei van de baby en zijn afweer tegen infecties afhankelijk van het procol van samenwerkingsafspraken met verloskundigen en gynaecologen; - calciumsupplement voor vrouwen die minder dan 1 gram calcium via de voeding binnenkrijgen. Dit verkleint het risico op pre-eclampsie 			
<p>rond het gesprek af</p>			

6.4.3 In de apotheek

Volg bij een receptgeneesmiddel het protocol van de apotheek of de volgende stappen:

- Vraag na of de vrouw haar huisarts heeft gemeld dat ze zwanger is, tenzij uit het recept blijkt dat dat het geval is, bijvoorbeeld een recept voor antirhesus(D)-immuunglobulinen.
- Controleer of het middel bij zwangerschap gebruikt mag worden.
- Overleg met de apotheker bij bijzonderheden.

Soms vinden apothekersassistenten het moeilijk dat een vrouw tijdens haar zwangerschap geneesmiddelen gebruikt (zie volgend kader). **Tabel 6.4** geeft een baliegesprek in de apotheek weer over medicatie bij zwangerschap.

Wel of geen geneesmiddelen gebruiken tijdens de zwangerschap?

In de koffiepauze van een apotheek brandde een discussie los over het gebruik van geneesmiddelen door zwangeren. Vooral over geneesmiddelen waarvan je je soms afvraagt of ze wel echt nodig zijn. Een collega zei: 'Ik zou dat nooit doen. Ik wil niet dat mijn baby al die troep binnen kan krijgen.' Maar kun je daarover in gesprek gaan met je patiënt? Als die een recept heeft? Er gingen veel ervaringen en meningen over tafel.

Naar aanleiding van deze discussie heeft de apotheek werkafspraken gemaakt. Het uitgangspunt is dat de zwangere een recept heeft gekregen. Dan mag je ervan uitgaan dat de voorschrijvende arts en de patiënt hebben besproken of het middel nuttig en nodig is. Zij hebben een afweging gemaakt en zijn uiteindelijk tot een keuze gekomen. Niet iedereen maakt dezelfde keuzes en misschien zou jij in deze situatie anders kiezen. Maar dat wil niet zeggen dat jij aan de balie vragen mag stellen bij de keuze die de zwangere patiënt in samenspraak met haar huisarts heeft gemaakt. Dat zou angst of ergernis kunnen oproepen bij de patiënt. Dat kan niet de bedoeling zijn. Je eigen opvattingen horen in deze situatie geen rol te spelen. Heb je toch vragen, overleg dan met de apotheker.

Bij zelfzorgmiddelen volg je de informatie van het Lareb en bij bijzonderheden overleg je met de apotheker.

Rikie Elling, apotheker, Enschede

Niet ongerust maken

Soms weet je niet of de arts goed heeft afgewogen wat de voors en tegens van medicatie zijn tijdens de zwangerschap. Of de medicatie niet erger is dan de kwaal. Soms is het belangrijk, bijvoorbeeld bij depressie, om door te gaan met antidepressiva, ook tijdens de zwangerschap. Maar in elk geval ligt het gevoelig om dat aan te kaarten, om je twijfel te laten merken. Wil je de medicatie toch ter sprake brengen, probeer het dan zo te zeggen, dat de zwangere niet extra gaat twijfelen. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik zie in de computer een aantekening. U hebt verteld dat u zwanger bent. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de medicijnen tijdens de zwangerschap veilig gebruikt kunnen worden. Daarom ga ik even met de apotheker overleggen, zodat u daar zeker van kunt zijn.'

Minder moeilijk is het om te kunnen geruststellen: dit geneesmiddel kan veilig in de zwangerschap worden gebruikt.

Marcel Kooij, apotheker, Amsterdam

6.5 Samenwerking, wet- en regelgeving

De samenwerking op verloskundig gebied tussen eerste lijn en tweede lijn is geregeld in verloskundige samenwerkingsverbanden. Een verloskundige geeft meestal wel aan de huisarts door dat een patiënt zwanger is, maar vaak niet aan de apotheker. Dat hangt van lokale afspraken af.

Wanneer de apotheker weet dat een vrouw zwanger is, kan hij de medicatie die ze eerder heeft gekregen en misschien nog gebruikt, controleren op risico's bij zwangerschap. En ook bij een volgend recept deze controle uitvoeren.

In enkele regio's worden projecten opgezet om meisjes en vrouwen uit migrantengroepen beter voor te bereiden op zwangerschap en bevalling. Een voorbeeld is het project *Klaar voor een kind'* in de regio Rotterdam (► <http://www.erasmusmc.nl>) en *De zwangere centraal* in de regio Rivierenland (► <http://www.dezwangerecentraal.nl/>).

6.6 Informatie

6.6.1 Voor de doelgroep

- KNMP (2015). *Zelfzorggids bij zwangerschap. Wat kan ik doen, Wat mag ik slikken?* Zelfzorg tijdens zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: KNMP.
- *Rookvrij zwanger*. Filmpje ► <https://www.youtube.com/watch?v=uoxl4mTQEDU&feature=youtu.be>
- *Straks zwanger worden*. Animatiefilmpje voor laaggeletterden, in diverse talen ► <http://www.strakswangerworden.nl/strip>
- Informatiemateriaal over drugs en alcohol tijdens de zwangerschap ► <https://www.jellinek.nl/informatie-over-alcohol-drugs/> Bij elke drug is er een rubriek seks en zwangerschap.
- Bouman GGZ. Folder *Alcohol- en drugsgebruik tijdens de zwangerschap* ► <http://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/zwangerschap/professionals/zwanger-en-verslaafd.html>
- Informatie voor vrouwen met een verstandelijke beperking over kinderwens en zwangerschap ► <http://www.eenvoudigcommuniceren.nl/informatief/baby-s-enzo>
- Informatie over zwangerschap, klachten, medicijnen en vitaminen ► <http://www.apotheek.nl/themas/zwangerschap-klachten-en-medicijnen#vitamines>

6.6.2 Voor de praktijk

- SBA-web. *Bijsluiter in beeld* ► <http://www.bijsluiterinbeeld.nl/>
- KNMP Pictogrammen geneesmiddelengebruik ► www.apo.nl
- Lareb ► <http://www.lareb.nl/teratologie/naslagwerk-gzb>

Kinderen en jongeren

Samenvatting

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Lichamelijk niet, cognitief niet en sociaal-emotioneel niet. Veel leefstijlfactoren zijn van invloed op de gezondheid van kinderen en jongeren, waaronder het voedingspatroon en bij jongeren het experimenteergedrag (drinken, roken, gamen, seks, drugs). Kinderen van migranten scoren gemiddeld slechter voor mondgezondheid dan autochtone kinderen. Tijdens de controle en behandeling van een kind dienen duidelijkheid en veiligheid voorop te staan. De assistent heeft de regie en gebruikt niet-bedreigende taal en bekrachtigt gewenst gedrag door een onmiddellijke beloning (compliment). Praktijkassistenten hebben vooral met ouders en hun ongerustheid te maken. Deze ongerustheid wegen ze mee bij de triage. Sommige assistenten doen zelf soa- en anticonceptieconsulten. In de apotheek vraagt medicatie voor kinderen extra aandacht (dosering, toedieningsvorm). Dokters- en tandartsbezoeken van een kind of een volwassene met een autismespectrumstoornis dienen volgens een vaste procedure te verlopen. Oudere kinderen kunnen meer eigen regie nemen. Bij tieners vraagt mondzorg en gebruik van medicatie extra aandacht doordat zij soms andere prioriteiten stellen en experimenteren met hun eigen verantwoordelijkheid. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt vanaf welke leeftijd een kind mag meebeslissen dan wel zelfstandig mag beslissen over zijn behandeling.

7.1 Inleiding – 65

7.2 Gezondheidsproblemen en leefstijlfactoren – 66

7.2.1 Mondgezondheid bij kinderen en jongeren – 66

7.2.2 Verschijnselen van ASS – 66

7.2.3 Kinderen met ernstige meervoudige gezondheidsproblemen – 67

7.3 In de praktijk – 68

7.3.1 In de tandartspraktijk – 68

7.3.2 In de huisartsenpraktijk – 71

- 7.3.3 In de apotheek – 73
- 7.3.4 Zorg voor kinderen met ASS in de tandartspraktijk – 73

- 7.4 Eigen regie – 76**
- 7.4.1 Mondzorg – 76
- 7.4.2 Tieners – 76

- 7.5 Samenwerking, wet- en regelgeving – 78**
- 7.5.1 Wilsbekwaamheid – 78
- 7.5.2 Samenwerking – 78
- 7.5.3 Jeugdgezondheidszorg en Jeugdzorg – 78
- 7.5.4 Kindermishandeling en huiselijk geweld – 79
- 7.5.5 Expertisecentra – 80

- 7.6 Informatie – 80**
- 7.6.1 Voor de doelgroep – 80
- 7.6.2 Voor de praktijk – 80

7.1 Inleiding

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Lichamelijk niet, cognitief niet en sociaal-emotioneel niet. Om je communicatie goed op het kind te kunnen afstemmen, heb je kennis nodig van de ontwikkeling van kinderen en van veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij kinderen. Behalve met het kind heb je veel te maken met zijn ouders of verzorgers.

Casus

Meneer El Aouffi belt de huisartsenpost op vrijdagavond om 18.30 uur over zijn negenjarige zoon Mohammed. Hij heeft keelpijn, wil niet eten en voelt warm aan. Meneer El Aouffi is moeilijk te verstaan. Wel is duidelijk dat hij wil dat de huisarts zijn zoon medicijnen geeft.

Ik zou willen vragen wanneer de klachten begonnen zijn, hoe het verloop is geweest, hoe hoog de koorts is. Ook vraag ik normaal gesproken of het kind vlekjes heeft, wegdrukbaar of niet, of het kind helder of suf is. Maar in deze situatie zijn sommige vragen te moeilijk, zeker door de telefoon. Ik heb wel even Mohammed aan de lijn gevraagd. Hij kon zelf antwoord geven op vragen over zijn keelpijn. Mohammed kon zelf vertellen waar hij last van had. Hij voelde zich niet erg ziek. Door de keelpijn kon hij niet goed slikken en wilde daarom niet eten.

Na overleg met de triage-arts, heb ik de vader verteld dat hij met zijn zoon naar de huisartsenpost mag komen. Ik kon te weinig gegevens verzamelen om een goed beeld te geven van de situatie. En dan neem je het zekere voor het onzekere. Dat leg ik ook wel uit aan de ouders. Maar het belangrijkste is dat je laat merken dat je hun ongerustheid begrijpt. Ook als de beslissing anders zou uitpakken: als ze niet hoeven te komen. Maar dat is telefonisch veel moeilijker uit te leggen. In dit geval maakten de ouders zich vooral ongerust omdat Mohammed niet wilde eten. En over de koorts.

Het is al moeilijk om uit te leggen dat koorts niet altijd erg is en dat een paar dagen weinig eten ook niet veel kwaad kan zolang het kind maar goed drinkt. In de landen van herkomst zijn koorts en uitdroging vaak een ernstig probleem, waar kinderen aan doodgaan. Mensen ervaren hoge koorts en niet willen eten of drinken daarom vaak als een ernstig probleem. Als er geen medicijnen worden voorgeschreven, moet je dat ook goed uitleggen. Dat ligt vaak gevoelig, alsof je de klachten niet serieus neemt. Je moet dus goed duidelijk maken dat het kind wel ziek is, maar toch geen medicijnen nodig heeft. Dan leggen we uit dat het een keelverkoudheid is en dat die vanzelf overgaat, zonder medicijnen. En dat dat wel een paar dagen kan duren. Dat het altijd langer duurt dan je hoopt, maar dat het echt overgaat. En we leggen dan ook uit wat de ouders wél kunnen doen om de klachten te verminderen: koud drinken, ijsjes en, als ze dat willen, eventueel een paracetamolzetpil. Want ze willen graag iets doen. Niks kunnen doen en afwachten is voor iedereen onbevredigend. We proberen zo een alternatief te bieden.

Het viel erg mee. Mohammed zag wel wat in het advies: ijsjes! Hij verliet bijna huppelend de huisartsenpost.

Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht

7.2 Gezondheidsproblemen en leefstijlfactoren

Het is niet mogelijk om in dit boek alle veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren te bespreken. Dan zou het een boek over kindergeneeskunde, kindertandheelkunde en farmacie bij kinderen moeten zijn. Wel lichten we enkele leefstijlfactoren en gezondheidsproblemen toe.

Het voedingspatroon heeft invloed op de gezondheid. Veel kinderen en jongeren eten en drinken op allerlei momenten van de dag en daarbij gaat het vaak om zoete dranken en snoep. Deze gewoonten zijn van grote invloed op de mondgezondheid van kinderen, het gewicht en de algemene gezondheid (spier- gewrichtsklachten, diabetes). Overgewicht en spier- en gewrichtsklachten hebben weer gevolgen voor de hoeveelheid beweging. Dikke kinderen bewegen minder. Los daarvan zijn ze vaker het doelwit van pesten. Tieners kunnen gaan experimenteren met het gebruik van middelen (alcohol, sigaretten, wiet, partydrugs), gamen en gokken, en dit al dan niet regelmatig gaan doen. Ze doen ervaring op met relaties, seks en gebruik van anticonceptie.

Zintuiglijke beperkingen worden besproken in ►H. 11 en 12, verstandelijke beperkingen in ►H. 8. We beperken ons hier tot mondgezondheid en autismespectrumstoornissen (ASS).

7.2.1 Mondgezondheid bij kinderen en jongeren

Cijfers over de mondgezond bij kinderen en jongeren verschillen per regio. In Rotterdam is de situatie in 2016 niet erg gunstig: meer dan 20 % van de zesjarigen heeft een of meer gaatjes. Hindoestaans-Surinaamse kinderen hebben twee keer zo vaak drie of meer gaatjes als Nederlandse kinderen. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen is dat nog vaker. Van de kinderen en jongeren heeft 3 tot 9 % angst voor tandheelkundige behandelingen. Deze angst komt meer voor bij jongeren uit lage sociaal-economische groepen dan bij die uit hogere SES-groepen.

7.2.2 Verschijnselen van ASS

Tegenwoordig spreekt men liever van een autismespectrumstoornis (ASS) dan van autisme. Er zijn namelijk veel varianten. Tot ASS horen: autisme, syndroom van Asperger en PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet nader omschreven), maar tegenwoordig wordt dit onderscheid niet meer gemaakt. Bij autismespectrumstoornissen kan wel worden aangegeven op welk gebied de meeste beperkingen bestaan: beperkingen in de sociale communicatie en interactie en/of repetitief gedrag en specifieke interesses. ASS komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. De stoornis is bij de geboorte al aanwezig, maar komt pas later tot uiting.

ASS heeft invloed op allerlei gebieden: cognitief, emotioneel, sociaal, gedrag. Daarbij kunnen ook de taal- en spraakontwikkeling gestoord zijn. Tussen mensen met ASS zijn er overigens grote verschillen in de verschijnselen. De verschijnselen zijn het gevolg van een gestoorde prikkel- en informatieverwerking in de hersenen. De intelligentie van mensen met ASS varieert van hoog begaafd tot verstandelijk beperkt.

We bespreken hier alleen de belangrijkste verschijnselen die van invloed zijn op het dagelijks functioneren en op de contacten met anderen. Deze zijn van belang voor de assistent bij het patiëntencontact.

Contact met anderen

Veel mensen met ASS hebben moeite met contact maken, soms ook met aankijken. Kinderen met ASS spelen niet of nauwelijks samen met andere kinderen. Mensen met ASS hebben moeite zich in te leven in de ander.

Verwerking van prikkels

De prikkels die de zintuigen opvangen, worden door de hersenen verwerkt en geïnterpreteerd. Veel mensen met ASS zijn erg gevoelig voor bepaalde prikkels. Die komen als het ware heel sterk binnen. En dan zijn de prikkels gauw te veel. Sommige mensen met ASS hebben vooral moeite met (onverwachte) aanrakingen, andere met geluid of visuele prikkels.

Gericht op details

Mensen met ASS hebben vaak moeite het geheel te zien. Ze houden zich sterk bezig met bepaalde details. Ze hebben specifieke belangstelling voor bepaalde voorwerpen, cijfers, woorden of onderwerpen en tonen weinig aandacht voor andere dingen. Zo richten ze zich bij contact met anderen meer op voorwerpen dan op personen of het gesprek zelf. Bij behandeling in de tandartspraktijk zijn ze meer bezig met een spiegel of lamp met de tandarts of de assistent. Ze kunnen lang met een onderwerp of voorwerp bezig blijven.

Taal

Taal, woorden en uitdrukkingen vatten mensen met ASS soms letterlijk op. Als je iemand met ASS vraagt of hij met het verkeerde been uit bed is gestapt, kan hij lang nadenken over de vraag of je een goed been en een verkeerd been hebt. Maar wat is er dan verkeerd aan een been?

Mensen met ASS horen de letterlijke boodschap, maar kunnen niet goed bedenken wat je ermee bedoelt. Als je zegt: ‘het tocht hier’, zullen veel mensen de deur of het raam gaan dichtdoen. Mensen met ASS horen wel de letterlijke boodschap, maar niet de boodschap daarachter (‘wil je het raam dichtdoen?’).

Herhaling

Sommige mensen met ASS vertonen stereotiepe gedragingen: ze herhalen steeds dezelfde bewegingen en hetzelfde gedrag.

Moeite met veranderingen

Mensen met ASS hebben moeite met veranderingen en onverwachte gebeurtenissen. Wanneer een dag of activiteit niet verloopt volgens een vast patroon, veroorzaakt dat grote stress. Dat kan zich uiten in bijvoorbeeld boosheid, onrust of huilen. Dokters- of tandartsbezoek betekent per definitie dat de dag anders verloopt en roept dus stress en weerstand op.

7.2.3 Kinderen met ernstige meervoudige gezondheidsproblemen

Ernstig meervoudig gehandicapte kinderen hebben naast een verstandelijke beperking (►H. 8) ook lichamelijke beperkingen (slechtziendheid, gehoorproblemen, gebitsproblemen, bewegingsstoornissen door neurologische aandoeningen, epilepsie). Bij deze kinderen komen veel vaker dan bij andere kinderen ook nog gezondheidsproblemen voor als reflux, obstipatie, luchtweginfecties, slikproblemen en verslikken.

7.3 In de praktijk



Voor de omgang met kinderen in de praktijk gelden de volgende algemene aandachtspunten:

- Nodig de ouders uit om met hun jonge kind naar de praktijk te komen om te wennen aan de omgeving.
- Richt de praktijk kindvriendelijk in.
- Laat ouder en kind niet te lang wachten.
- Maak contact met het kind en de ouder.
- Spreek het kind op zijn eigen niveau aan.
- Spreek niet-bedreigende taal, maar wees wel eerlijk.
- Begeleid de ouder en zeg wat er gaat gebeuren, zodat die rustig is en zich minder onzeker of angstig voelt
- Wees duidelijk en straal rust uit.

7.3.1 In de tandartspraktijk

Voorbereiding

Bereid ouders van een jong kind voor op het onderzoek en de behandeling van hun kind. Nodig ze uit om hun jonge kind mee te nemen naar de praktijk, zodat het aan de omgeving kan wennen. Leg uit dat hun kind op schoot kan zitten of op de buik van zijn moeder of vader kan liggen. Bespreek ook hoe de praktijk een kind beloont aan het eind van het tandartsbezoek. Vertel bijvoorbeeld dat het kind een kleine beloning van de tandarts krijgt. Vanaf ongeveer de kleuterleeftijd krijgt het kind de beloning wanneer het naar vermogen meewerkt.

Wanneer een kind frequent moet komen, kan een invulplaat of een blad met tekeningen van tanden effectief zijn. Elke keer kan één hokje gevuld worden met een sticker, of er kan een tand worden gekleurd. Soms beloven ouders hun kind zelf een cadeautje. Dat kan tot ongemakkelijke situaties leiden, bijvoorbeeld wanneer de ouders het cadeautje meenemen in de behandelkamer. Krijgt het kind het cadeautje ook als het niet het gewenste gedrag heeft getoond? Sommige tandartspraktijken vragen ouders daarom geen cadeautjes mee te nemen naar de praktijk.

Voor de behandeling van kinderen in de tandartspraktijk zijn specifieke aandachtspunten (▣ tab. 7.1).

Een kind dat niet wil

Een kind kan op allerlei manieren laten merken dat het niet wil: zeggen dat het niet wil, huilen, schreeuwen, blijven zitten in de wachtruimte of weglopen, niet in de stoel gaan liggen, zijn mond dichthouden of steeds dichtdoen, zijn tong blijven bewegen, wiebelen en bewegen in de stoel, hoesten, uit de stoel weggaan.

Blijf vriendelijk, maar wees duidelijk tegen het kind over wat je van hem wil. Soms kun je het gemakkelijker maken voor het kind om het gewenste gedrag uit te voeren. Bijvoorbeeld door het af te leiden, een vraag te stellen en te zeggen dat hij over ... tellen het antwoord mag geven. Of je geeft een kind dat alsmaar zijn armen beweegt een knuffeldier om vast te houden.

In andere situaties is het lastiger om het kind te laten meewerken. Een ouder die is meegerekend naar de behandelkamer, probeert vaak het kind tot de orde te roepen. In andere gevallen probeert het kind via de ouder onder de behandeling uit te komen. In beide situaties raken tandarts en assistent de regie kwijt. De tandarts kan de ouder uitleggen dat een kind vaak gemakkelijker meewerkt wanneer het alleen is met tandarts en assistent. Hij kan de ouder vragen naar de wachtkamer te gaan. Terwijl je met de ouder meeloopt naar de deur kun je hem geruuststellen. Je kunt zeggen dat deze situatie zich wel vaker voordoet en dat je het kind zeker niet zult dwingen.

Wanneer een kind schreeuwt, wegloopt, zijn handen voor zijn ogen houdt, zijn hoofd wegdraait, kortom contact onmogelijk maakt, zul je toch moeten proberen opnieuw zijn aandacht te vangen: met een duidelijke stem of juist overgaan op fluisteren. Als een kind niet ingaat op je uitnodiging om contact te maken, kun je het ongewenste gedrag en het kind even negeren en niet aandringen op contact. Bijvoorbeeld door een gesprek te beginnen met de tandarts over een niet-bedreigend onderwerp dat aansluit bij de leefwereld van het kind: dieren, zwemmen, een game, het jeugdjournaal. Je kunt je soms ook even van het kind afwenden, maar daarbij moet je wel vanuit je ooghoek kunnen zien wat het kind doet en dat het geen gevaar loopt. Kinderen die geen aandacht krijgen, raken uiteindelijk in verwarring. Dan ontstaat er weer een nieuwe situatie. Het kind wordt stil, verveelt zich of wordt nieuwsgierig en dan is contact weer mogelijk. Het behandelteam moet het negeren wel even volhouden. Als je na enkele minuten alsnog boos wordt, 'beloon' je het kind toch nog met aandacht. Het weerbarstige kind enige tijd negeren, is geen verloren tijd, want uiteindelijk ontstaat er een nieuwe situatie, met contact. De meeste kinderen lukt het, nu of de volgende keer, om mee te werken aan de controle of behandeling.

Hoe je kunt omgaan met een angstig kind in de tandpraktijk is te lezen in het volgende kader.

■ Tabel 7.1 Aandachtspunten bij de behandeling van kinderen

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact met het kind, liefst al in de wachtruimte – stem je communicatie af op het kind en zijn ouder/begeleider en wat er in het contact gebeurt
naar de behandelkamer	<ul style="list-style-type: none"> – een ouder mag mee naar de behandelkamer; eventueel ook een broertje of zusje
<i>in de behandelkamer</i>	
informatie	<ul style="list-style-type: none"> – leg uit wat je gaat doen: tell-show-(feel-)do
keuze bieden	<ul style="list-style-type: none"> – laat het (jonge) kind kiezen hoe het in de stoel wil: op schoot (of op de buik) van de ouderdie in de behandelstoel ligt, of zelf in de behandelstoel liggen – geef het kind, wanneer dat kan, eenkeuzemogelijkheid: 'Zal ik eerst de bovenkant doen(kijken, polijsten) of de onderkant'?
contact houden	<ul style="list-style-type: none"> – houd gedurende het hele proces contact methet kind: verbaal en non-verbaal; blijf tegen hetkind praten, kijk hem aan; houd eventueel zijn handvast of aai over zijn hand of hoofd
taalgebruik	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik niet-bedreigende woorden dieaansluiten bij de leefwereld, de ervaringen en hetvoorstellingsvermogen van het kind: – <i>kiezendouche</i> in plaats vanboren – <i>slaapdruppels naast de kies</i> in plaats vanverdooving – <i>kies in slaap maken</i> – <i>handen aaien</i> in plaats vanvasthouden – <i>kan gevoelig zijn</i> in plaats van pijn – <i>niet zo gemakkelijk</i> in plaats vanmoelijk – <i>dat kun je merken</i> in plaats van dat kun jevoelen
greep op de situatie	<ul style="list-style-type: none"> – zorg dat het kind enige controle heeftover wat er gebeurt: spreek een teken af waarmee hetde tandarts kan laten stoppen, of laat het kind totdrie tellen voordat je de stoel laatzakken
sociale beloning en materiëlebeloning	<ul style="list-style-type: none"> – een beloning meteen na het gewenste gedragversterkt dat gedrag; geef het kind complimentjesvoor wat het goed doet (sociale beloning); doe datmeteen (na het gewenste gedrag) en specifiek; dusniet: 'Je krijgt straks ...' maar meteen eencompliment – liever niet algemeen ('je doet het heelgoed'), maar noem concreet wat het kind goed doet('jij doet je mond heel wijd open, knap hoor'; 'jeligst mooi stil, dat doe je heel goed') – er zijn ook non-verbale complimenten (jeduim omhoog steken tijdens de behandeling; een highfive na de behandeling); je kunt een kind ook ietslaten doen: op een knop drukken, met hetafzuigapparaat water laten opzuigen uit eenbekertje, zichzelf van de stoel naar beneden latenglijden – na afloop van de behandeling kan eenkleine materiële beloning volgen (sticker, gum, kleurplaat, tubetje tandpasta); bij een lange reeksbehandelingen is het beter met een beloningskaart tewerken; bij een bepaald aantal punten volgt eenbeloning

Angstig kind

Als een kind angstig is of overstuur raakt, is het belangrijk consequent te blijven. Blijf bij je besluit of behandelplan, al is er een grens. Forceer niet. Je moet een volgende keer met elkaar verder kunnen.

Wanneer angst gevoed wordt doordat alles nieuw is voor het kind en het kind niet weet wat er gaat gebeuren, kun je het kind stap voor stap voorbereiden. Liefst door een kennismakingsbezoek vooraf, een oefenafpraak waarin er niets gedaan hoeft te worden. Het kind kan de wachtruimte en de behandelkamer zien en verkennen zonder dat er iets bedreigends staat te gebeuren. Soms zijn er meer bezoeken aan de tandartspraktijk nodig voor 'stoelgewenning'.

- Bespreek wat je gaat doen, bijvoorbeeld dat je vandaag 'het gaatje gaat vullen'.
- Blijf consequent pedagogisch handelen. Let erop dat je niet het ongewenste gedrag beloont.
- Wanneer je inschat dat het kind rustiger zal worden als de ouder in de wachtkamer is, bespreek je dat met de ouder. Vraag de ouder dan om naar de wachtkamer te gaan.
- Blijf praten, met stiltes waarin het kind iets kan zeggen.
- Neem tijd; blijf rustig.
- Blijf je aandacht op het kind richten. Houd contact.
- In onze tandartspraktijk hebben we wel een televisie, maar deze zetten we tijdens de behandeling vaak uit. We willen namelijk in gesprek blijven, dat wil zeggen: tegen het kind blijven praten, kletsen over van alles en nog wat. Vraag daarom in het begin van een contact ook naar wat het kind graag doet, of hij een favoriet tv-programma heeft, een huisdier heeft. Daardoor heb je gespreksonderwerpen tijdens de behandeling. Stel ook vragen en zeg: 'Kun je me straks vertellen ..., als de tandarts even stopt'.

Naomi Molenaar, tandartsassistent, Utrecht.

Inhoudelijke aandachtspunten

In een gesprek met kind en ouders of verzorgers bespreek je het poetsen: poetstechniek en het proces van poetsen door ouders, via zelf poetsen met napoetsen door de ouders naar zelfstandig poetsen. Daarnaast geef je voorlichting over fluoride, het eventuele gebruik van een zuigfles en het aantal eet- en drinkmomenten. Bij tieners bespreek je ook het gebruik van energiedrankjes. Voor de methodiek van voorlichting, zie *Voorlichting en preventie* (Burgt 2016) en *Voorlichting en advies in de tandartspraktijk* (Schotsman 2012).

7.3.2 In de huisartsenpraktijk

Praktijkassistenten hebben vooral met ouders te maken. Ouders die vaak ongerust zijn over hun zieke kind. De ongerustheid van de ouders weegt mee bij de vraag of je ouder en kind op het spreekuur vraagt of een visite afspreekt. Je bent je er hierbij van bewust dat het bij jonge kinderen vaak moeilijk is de ernst van de klachten te beoordelen zonder het kind te zien en te onderzoeken. De standaarden van de huisartsenorganisatie NHG voor praktijkassistenten en de triageklapper geven aanwijzingen voor het bepalen van de urgentie bij diverse klachten.

Praktijkassistenten hebben direct te maken met het kind zelf bij het zelfstandig behandelen van bijvoorbeeld wratten of bij vaccineren. Dan stemmen zij de communicatie uiteraard ook af op het kind (zie kader).

Ontwikkelingsniveau

Ik zorg dat ik eerst contact heb met het kind, in zijn wereld, op zijn niveau. Bijvoorbeeld bij een kind van een jaar of vijf dat op het wrattenspreekuur komt. Daarna leg ik uit wat er gaat gebeuren, bijvoorbeeld bij wratten aanstippen of een prik geven. Dan pas kun je het kind behandelen. Gelukkig kunnen voetwratten tegenwoordig worden behandeld met monochloorazijnzuur. Dat is minder pijnlijk dan met stikstof.

Ouders spelen een belangrijke rol. Die geven soms uit bezorgdheid of angst voor de reactie van hun kind onjuiste informatie: 'Wilma zal je geen pijn doen.' Bezorgdheid en angst van ouders voelt een kind feilloos aan. Het kind reageert daarop met angst, huilen of verzet. Als een kind al op de stoep of in de hal begint te huilen, neem ik het kind met zijn ouder(s) apart. Ik kijk of het lukt om het kind te kalmeren. Je moet op een gegeven moment een besluit nemen: Lukt het nu om... (wratten aan te stippen, bloed te prikken, een grieprik te geven)? Moét het nu, of kan het eventueel later, een andere keer? Je moet wel beslissen: doorpakken of stoppen. Meestal kun je doorpakken.

Ik leg uit wat er gaat gebeuren. Ik geef eerlijke informatie, al gebruik ik het woord 'pijn' niet. Ik zeg bijvoorbeeld: 'dat voel je even' of: 'dan voel je een prikje'. Ik zeg ook altijd dat het kind best mag huilen, zo hard hij wil. Dat dat mag. Of knijpen. En dat hij erna... (beloning) krijgt. Ik ga dan met het kind ergens anders over praten. Ik vraag bijvoorbeeld: 'wat ga je straks doen, als je weer thuis bent?' of: 'wat speel je het liefst met je vriendje of vriendinnetje?' En terwijl het kind vertelt, doe ik wat er moet gebeuren, aanstippen, prikken of spuiten. Heel vaak heeft het kind nauwelijks in de gaten wat ik doe. En is het voorbij voordat hij zijn aandacht daarop richt. En dan prijs ik het kind natuurlijk.

Wilma van Bronkhorst, praktijkassistent, Nijmegen

Jongeren

Bij jongeren verdienen de eigen regie (waaronder therapietrouw) en de onderwerpen anti-conceptie en soa aandacht. Eigen regie wordt besproken in ► par. 7.4. Hier gaan we in op het praten met jongeren in de huisartsenpraktijk over seks, anticonceptie en soa.

In vergelijking met jongeren in andere landen is het gebruik van anticonceptie en condooms onder jongeren in Nederland best hoog, maar het kan beter (zie volgend kader). Het gebruik van anticonceptie is het laagst bij 13- en 14-jarigen, bij Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse jongeren en bij streng christelijke jongeren. Het meest gebruikte anticonceptiemiddel bij jongeren is de pil. Tot 21 jaar wordt die via het basispakket van de zorgverzekering vergoed. Boven de 21 jaar niet, behalve als er een medische indicatie is.

Anticonceptie- en condoomgebruik bij jongeren

Meer dan driekwart van de jongeren tussen de 12 en 25 gebruikt een condoom bij de eerste keer dat ze geslachtsgemeenschap hebben. Ongeveer de helft van de jongeren gebruikt de pil als ze de eerste keer seks hebben. Een derde gebruikt pil en condoom.

Praten over seks, anticonceptie en soa

Over anticonceptie en soa praten is niet moeilijk, vinden veel praktijkassistenten. Maar praten over seks vinden veel assistenten lastiger. En dat hoort er echt bij, want hoe kun je anders bespreken waardoor een jongere een soa oploopt of doorgeeft, of hoe een meisje zwanger raakt? Hoe vraag je naar seksueel gedrag en risicovol gedrag? Welke woorden gebruik je? Hoe bespreek je opvattingen over verantwoordelijkheden (is de jongen of het meisje verantwoordelijk voor condoomgebruik?) en het aangeven van grenzen? Hoe bespreek je ‘fabeltjes’ over de pil? Hoe zorg je dat je patiënt zich op zijn gemak voelt bij zo’n gesprek? Hoe zorg je er eigenlijk voor dat jongeren gebruikmaken van je spreekuur? In Amsterdam is daarvoor een proef opgezet: de assistent als ‘love-coach’. Assistenten die zelf anticonceptie- en soa-consulten gaan doen, krijgen daarvoor meestal een training via de NVDA, de GGD, Sense, of Soa Aids Nederland.

Waarom gebruiken jongeren anticonceptie niet of niet correct?

- Onvoldoende kennis
- Misvattingen over seks en seksuele risico's
- Moeite om eigen grenzen aan te geven
- Moeite om anticonceptie te plannen en toe te passen in onverwachte situaties
- Kosten van anticonceptie
- Opvattingen, normen en sociale druk.

7.3.3 In de apotheek

Geneesmiddelen die kinderen gebruiken, zijn vooral antibiotica, middelen tegen astma, diabetes en reuma. De dosering wordt aan het kind aangepast, meestal op basis van gewicht. Het kinderlichaam kent een andere verhouding tussen water, spieren, vet dan het lichaam van een volwassene. De afbraak en uitscheiding van geneesmiddelen verloopt bovendien vaak anders: bij sommige middelen sneller, bij andere langzamer. Daarnaast kan een kind soms anders reageren op een geneesmiddel dan een volwassene. Ook moet rekening gehouden worden met de vorm en toedieningswijze: soms drankjes of druppels in plaats van tabletten en capsules; een voorzetskamer bij inhalatiemedicatie.

7.3.4 Zorg voor kinderen met ASS in de tandartspraktijk

Dokters- en tandartsbezoek verloopt het beste als een kind of volwassene met ASS zo weinig mogelijk onverwachte situaties meemaakt. Daarom is het belangrijk om het bezoek goed voor te bereiden en te werken met vaste procedures. Dat maakt het verloop van het bezoek voorspelbaar en geeft houvast. Je kunt gebruikmaken van de kracht van mensen met ASS om hun aandacht op één ding te richten en van hun behoefte aan een vaste volgorde. [Tabel 7.2](#) en [7.3](#) noemen aandachtspunten voor respectievelijk de voorbereiding en de behandeling van kinderen met ASS. De meeste aandachtspunten zijn ook van toepassing op volwassenen met ASS.

■ Tabel 7.2 Voorbereiding in de tandartspraktijk

<i>voorbereiding door het behandelteam</i>	
individuele aanpak	<ul style="list-style-type: none"> – bespreek met de patiënt en zijn ouders/verzorgers of begeleiders welke dingen hem rustig of onrustig maken; zij kennen signalen goed en kunnen adviseren over de juiste benadering
structuur en herkenning	<ul style="list-style-type: none"> – als er meer voorbereidingsbezoeken nodig zijn, plan de afspraak dan steeds op dezelfde dag en dezelfde tijd – zorg voor een vaste ruimte; zorg dat er steeds dezelfde medewerkers zijn
tijd	<ul style="list-style-type: none"> – zorg dat de patiënt niet lang hoeft te wachten; vroeg in de ochtend is vaak prettig; dan gaan er niet veel uren voorbij waarin mensen met ASS spanning opbouwen – schat de behandelduur realistisch in, maar wel zo kort mogelijk – spreek af wat er gebeurt als het spreekuur/andere afspraken uitlopen: mag het kind met ASS dan als eerste, of worden de ouders/verzorgers gebeld als de afspraken uitlopen? ze kunnen dan zorgen dat ze pas op de praktijk aankomen als ze aan de beurt zijn
vaste procedures	<ul style="list-style-type: none"> – werk volgens vaste procedures en noteer die procedures zo volledig mogelijk (volgorde van ruimtes, mensen, materialen en gebeurtenissen/handelingen); gebruik dit om de patiënt op de gebeurtenissen voor te bereiden – laat in de beschrijving geen onderdelen weg, ook al lijken ze vanzelfsprekend; dat hoeft voor mensen met ASS namelijk niet vanzelfsprekend te zijn
afspraken	<ul style="list-style-type: none"> – stel regels op en maak afspraken over de behandeling (vertellen wat er gaat gebeuren; tandarts stopt telkens na 1 minuut; hand opsteken als de tandarts eerder moet stoppen)
<i>voorbereiding van de patiënt</i>	
greep op de situatie	<ul style="list-style-type: none"> – zorg ervoor dat de patiënt weet wat er gaat gebeuren. Dat geeft de patiënt houvast en het gevoel controle te hebben over de situatie – vertel, stap voor stap, wat er gaat gebeuren. Dat laat je zien en/of voelen volgens de tell-show-(feel-)do-methode. Dat lukt niet altijd in één voorbereidingsbezoek aan de praktijk. Soms zijn er meer bezoeken nodig. Besteed tijdens een voorbereidingsbezoek ook aandacht aan geluiden en geuren – betrek de ouders/verzorgers/begeleiders bij de voorbereiding. Zij kunnen het kind/de cliënt dan ook vertellen wat ze na het bezoek gaan doen. Dan weet hij wat er die dag gaat gebeuren, niet alleen wat er bij de tandarts gebeurt
visueel materiaal	<ul style="list-style-type: none"> – sommige praktijken stellen een fotoboek samen of maken een filmpje dat de patiënt met zijn ouders/begeleiders kan bekijken. Daardoor leert de patiënt de volgorde en beelden kennen. Het is belangrijk dat de foto's of het filmpje helemaal kloppen (ruimte, soort stoel, (kleur) handschoenen, mondkapje, lamp, instrumenten, volgorde etc.). Het moet er wel precies zo uitzien als nú in de praktijk

Tabel 7.3 Aandachtspunten tijdens het bezoek/de behandeling

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact; houd je daarbij aan de afspraken die zijn gemaakt – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
voorspelbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> – werk volgens de vaste procedures en gemaakte afspraken – zorg voor zo weinig mogelijk (extra) prikkels (telefoon, mensen die binnenlopen)
waarom	<ul style="list-style-type: none"> – leg altijd uit waarom bepaalde dingen moeten gebeuren; soms is een goede reden al genoeg om de situatie te accepteren
geruststelling	<ul style="list-style-type: none"> – stel de patiënt gerust door te zeggen wat hij kan doen om zich minder gespannen te voelen – let op eventuele spanning, benoem die ook ('Ik denk dat het spannend voor je is'). Zeg dat je dat goed begrijpt en dat de behandeling zo gaat beginnen – blijf rustig en straal vertrouwen uit. Dat help de patiënt om zich minder gespannen te voelen en zelf ook vertrouwen te hebben
<i>informatie</i>	
aandacht	<ul style="list-style-type: none"> – zorg ervoor dat je patiënt aandacht voor jou heeft voordat je begint met uitleg of instructies
concrete boodschap	<ul style="list-style-type: none"> – geef concrete opdrachten: 'doe je mond nu maar open; steek je arm naar mij uit; leg je arm op ...' in plaats van vragen te stellen: 'kun je je mond open doen?' Het klinkt soms onvriendelijk, maar voor mensen met ASS is dat duidelijk
positieve boodschappen	<ul style="list-style-type: none"> – vermijd negatieve boodschappen: 'je hoeft niet bang te zijn'; 'stop daarmee'; 'niet doen') – formuleer positief: geef concreet aan welk gedrag je verwacht: 'je vindt het spannend. Als je het eng vindt, mag je in mijn hand knijpen'
kort en concreet	<ul style="list-style-type: none"> – geef je boodschap kort en krachtig, in korte zinnen en vertel niet meer dan nodig is; een patiënt met ASS heeft vaak moeite om de kern uit de boodschap te halen – gebruik concrete woorden en vermijd beeldspraak en spreekwoorden, die leiden gemakkelijk tot onduidelijkheid en verwarring – gebruik voorwerpen en plaatjes als dat kan in plaats van veel woorden
stap voor stap	<ul style="list-style-type: none"> – vertel alles, stap voor stap, maar niet te veel achter elkaar – voeg pauzes in, zodat de patiënt met ASS de informatie kan verwerken – herhaal eventueel je boodschap letterlijk, met dezelfde zinnen; als je andere woorden gebruikt, kan de patiënt met ASS denken dat je iets nieuw vertelt

7.4 Eigen regie

7.4.1 Mondzorg

Bij jonge kinderen hebben de ouders uiteraard de verantwoordelijkheid en regie. Toch is het ook bij jonge kinderen goed om ze op een onderdeel de regie te geven. Bijvoorbeeld door het kind de dop van de tube tandpasta te laten halen.

Naarmate een kind ouder wordt, kan het meer de regie nemen bij tandenpoetsen, vitamine- of fluoridetabletten slikken, medicatiegebruik en zelfcontrole. Als het kind de regie neemt bij tandenpoetsen moet het eraan denken en de discipline opbrengen om het vaste ritueel uit te voeren. Daarbij moet het ook de nodige motorische vaardigheden hebben. De coördinatie van bewegingen is bij jonge kinderen nog niet goed genoeg om alle plekken in de mond goed te reinigen. Daarom is napoetsen door de ouders belangrijk, totdat het kind voldoende vaardig is, bijvoorbeeld totdat het kind een jaar of tien is.

7.4.2 Tieners

Tieneren kunnen meer regie aan. De aandacht van jongeren voor hun gebitsverzorging kan in de puberteit verslappen, maar ook toenemen. Wanneer jongeren een beugel dragen, is extra aandacht voor de mondverzorging nodig. Jongeren zullen extra aandacht en tijd aan mondverzorging besteden, wanneer ze waarde hechten aan een goed gebit (en een mooie lach) en frisse adem. Echter, niet alle jongeren kunnen dat opbrengen. Poetsen en flossen schiet er gemakkelijk bij in.

Er zijn zoveel andere dingen die ze interessanter en belangrijker vinden. Wanneer kinderen naar het voortgezet onderwijs gaan, neemt de invloed van ouders op hun gedrag af, ook al blijft hun rol wel belangrijk. Jongeren bepalen steeds meer zelf wat zij eten en drinken, of en hoeveel ze roken en of ze alcohol gebruiken. Ook nemen jongeren meer zelf de verantwoordelijkheid voor hun mondzorg en medicijngebruik.

De invloed van de groep waarin een jongere zich beweegt, kan groot zijn. Jongeren willen over het algemeen niet opvallen in hun vriendengroep en doen vaak mee met wat in de groep gewoon is. Gezonde voeding, op de juiste tijdstippen medicijnen innemen en rekening houden met je beperkingen horen daar vaak niet bij. De voedingsmiddelen die onder jongeren vaak populair zijn, zoals frisdranken, vruchtensapjes, sportdrankjes en mixdrankjes, vergroten het risico van tanderosie. Daarnaast heeft roken een negatief effect op het gebit en het tandvlees.

De therapietrouw van jongeren is een aandachtspunt voor zorgverleners (zie volgend kader). Deze aandacht is ook nodig bij jongeren ouder dan achttien. Eigen regie nemen, niet alleen over de gezondheid maar over het hele leven (school, baantje, uitgaan) is een heel proces, een overgang die niet in één keer plaatsvindt. Men spreekt van een transitie (► <http://www.eigenbenen.nl/zorg/ziek-of-gezond/behandeling/#leefregels>).

Ondersteunen eigen regie van jongeren

Bij de jongeren is extra aandacht nodig voor ondersteuning van de eigen regie. Zeker bij jongeren met een chronische ziekte, zoals diabetes, astma, reuma en taaislijmziekte, die langdurig medicijnen gebruiken.

Openstaan

Van belang is een open contact en oprechte belangstelling voor de leef- en gedachtewereld van de jongere. Een goed contact bevordert de stap *openstaan* van de voorlichtingspijl (zie ► par. 2.3) en maakt een gesprek over zijn ziekte en de behandeling ervan gemakkelijker. Ga in gesprek met ouders én jongere. Vaak eerst samen, maar daarna liefst apart. Probeer in gesprek te komen met de jongere over hoe hij denkt over zijn ziekte en de behandeling ervan, over wat dat van hem vraagt en hoe zijn keuzes uitvallen. Zo kun je beter begrijpen waarom hij doet wat hij doet. Zijn overwegingen zijn vaak heel begrijpelijk: niet anders willen zijn, er niet de hele tijd aan willen denken, niet willen opvallen, gewoon meedoen, onafhankelijk zijn, spontaan dingen kunnen doen zonder te moeten denken aan ... Dat zijn gezondheid er op termijn onder lijdt, vindt hij vaak niet zo belangrijk. Dat ziet hij dan wel weer. Bovendien, als je niet aan het probleem denkt, lijkt het alsof het niet bestaat. Wanneer de jongere op korte termijn klachten krijgt als hij zich niet aan de behandeling houdt, kan dat helpen om het effect van zijn keuzes te zien. Toon begrip voor de jongere en zijn afwegingen en oordeel niet. Erken dat het vervelend is en een hele klus om aan de behandelingseisen te voldoen.

Begrijpen

Wanneer de jongere bepaalde informatie niet heeft gehad of niet heeft begrepen, bespreek die dan (stap *begrijpen*). Maar onbegrip is lang niet altijd de belangrijkste oorzaak ervan dat de jongere zijn behandeling laat versloffen.

Willen

Vaak volgt een tiener de behandeling niet omdat hij twijfelt aan het nut van (onderdelen van) de behandeling, of vanwege praktische knelpunten, groepsdruk of gebrek aan zelfvertrouwen. Ook gebrek aan steun van ouders kan meespelen. Of de tiener vindt de manier waarop zijn ouders steun bieden niet prettig en wijst hun hulp daarom af. Kortom, het gaat om de factoren (ASE, zie ► par. 2.5) van de stap *willen* en de barrières en vaardigheden in de stap *kunnen* van de voorlichtingspijl. Vraag de jongere wat hij wél wil doen, wat hij wel kan opbrengen. En bespreek samen hoe hij dat kan aanpakken.

Kunnen, doen en blijven doen

Bespreek wat goed gaat en wat niet lukt. Vraag de jongere hoe hij ervoor gaat zorgen dat het trouw innemen van zijn medicatie, een gezondere voeding of zorg voor zijn gebit in de komende periode wél gaat lukken. En welke hulp hij daar eventueel bij gaat vragen, en aan wie. Denk daarbij aan de rol die zijn ouders in dit proces kunnen vervullen. Bij een ingewikkeld medicatieschema kan de apotheker in overleg met de voorschrijvende artsen soms helpen door het schema te vereenvoudigen.

Begeleiden van jongeren naar meer eigen regie is teamwork. Tegenstrijdige informatie en verschillende begeleiders met ieder hun eigen methode doen de begeleiding geen goed. Zorg daarom dat je weet met welke zorgverleners hij te maken heeft en stem hun bijdragen op elkaar af.

■ Tabel 7.4 Leeftijdsgroepen in de WGBO

leeftijdsgroep	wie mag/mogen beslissen over een behandeling?
0 tot en met 11 jaar	ouders
12 tot en met 15 jaar	kind en ouders
vanaf 16 jaar	jongere

7.5 Samenwerking, wet- en regelgeving

7.5.1 Wilsbekwaamheid

In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is vastgelegd vanaf welke leeftijd kinderen (mee) mogen beslissen over hun behandeling. ■ Tabel 7.4 laat zien dat jongeren van 12 tot en met 15 jaar een stem hebben bij besluiten over hun behandeling. De arts vraagt zowel de jongere als de ouders om hun mening. De arts zal proberen om op één lijn te komen. Als dat niet lukt, zal hij afwegen wiens mening hij het zwaarst laat wegen. Vanaf 16 jaar beslissen jongeren zelf over hun behandeling. Voor een behandeling moet de arts de toestemming van de jongere hebben.

Dezelfde leeftijdsgroepen gelden voor het recht op informatie en inzage in het dossier. Je mag dus ouders van een 16-jarige geen informatie geven over de behandeling van hun kind. Je mag ze dus ook geen inzage in het dossier geven als hun kind daar geen toestemming voor heeft gegeven. Bij een 15-jarige moet zowel het kind als zijn ouders om hun mening worden gevraagd. Bij een verschil van mening moet de behandelaar de mening en het belang van het kind afwegen tegen die van de ouders.

Wanneer ouders zijn gescheiden gelden de rechten en plichten voor ouders die de ouderlijke macht hebben: is dat één ouder of hebben ze allebei de ouderlijke macht?

7.5.2 Samenwerking

Er zijn veel samenwerkingspartners als het gaat om de zorg voor kinderen. Organisaties in de gezondheidszorg, maar ook maatschappelijke organisaties voor onderwijs en sport en instellingen die beleid maken en uitvoeren (gemeenten, provincie en landelijke overheid) hebben daarin een taak. Organisaties en sociale kaart verschillen per regio.

7.5.3 Jeugdgezondheidszorg en Jeugdzorg

Jeugdgezondheidszorg omvat de GGD (en consultatiebureaus) en zorgverleners van kinderen en jongeren. Jeugdzorg gaat over jeugdbescherming, reclassering en gesloten jeugdinstituten, geestelijke gezondheidszorg voor kinderen (jeugd-GGZ) en de zorg voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (jeugd-LVB). Daar zijn veel maatschappelijke organisaties bij betrokken, ook op het gebied van onderwijs, sport, cultuur en maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor deze jeugdzorg.

Stappenplan Kindermishandeling



■ **Figuur 7.1** Stappenplan kindermishandeling KNMG

7.5.4 Kindermishandeling en huiselijk geweld

Het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling verplicht zorgverleners stappen te ondernemen bij signalen van kindermishandeling of huiselijk geweld. De beroepsorganisaties van artsen en tandartsen, KNMG en KNMT, hebben de meldcode voor zorgverleners in een stappenplan uitgewerkt (► www.vooreenveiligthuis.nl en ► https://www.knmt.nl/sites/default/files/nmt-19975_stappenkaart_v5_web.pdf). Wanneer een zorgverlener denkt aan kindermishandeling of huiselijk geweld hoeft hij niet meteen te melden, maar hij moet wel actie ondernemen. Zorgverleners moeten namelijk de stappen volgen van de meldcode (► fig. 7.1). Onderdeel daarvan kan zijn om contact op te nemen met Veilig Thuis, het advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat kan ook alleen voor overleg en advies. Dat is dan niet meteen melden. Als assistent moet je signalen van mishandeling/geweld of je ongerustheid daarover binnen je team bespreken.

7.5.5 Expertisecentra

- Centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT)
- Veilig Thuis. Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling ► <http://www.veerenveiligthuis.nl/veilig-thuis>
- Kinderziekenhuizen
- Nederlands Jeugdinstuut ► www.nji.nl

7.6 Informatie

7.6.1 Voor de doelgroep

Ouders

- Ondersteuning bij gezond opvoeden ► <http://www.gezondeafsprakenmetjekind.nl/gezonde-afspraken-met-je-kind/?L=0>
- Adviezen voor een gezonde opvoeding, via ► <http://adviezenvooreengezondeopvoeding.nl/>
- WGBO ► www.kindenziekenhuis.nl
- Balans. Landelijke vereniging voor ouders van kinderen met een leer- en/of gedragsstoornis, zoals ADHD, dyslexie, Asperger en PDD-NOS ► <http://www.balansdigitaal.nl/>
- Steunpunt ADHD ► <http://www.steunpuntadhd.nl/is-het-adhd/kenmerken-van-adhd-en-add/>

Kinderen/jongeren

- Informatie over wie er beslist (WGBO) ► <http://www.jadokterneedokter.nl/home.htm>
- *Op eigen benen*. Informatie over de overgang van jongere naar volwassene ► <http://www.opeigenbenen.nu/nl/zorg/ziek-of-gezond/behandeling/#leefregels>

7.6.2 Voor de praktijk

- Signalenlijsten van kindermishandeling per leeftijdsgroep, via ► <http://www.nji.nl/Kindermishandeling-Praktijk-Instrumenten>
- *Signalenlijst tandheelkundige verwaarlozing* ► <https://www.augeo.nl/~media/Files/Bibliotheek/Augeo-Signalenlijst-tandheelkundige-verwaarlozing-131024.ashx>

Mensen met een verstandelijke beperking

Samenvatting

Steeds meer mensen met een verstandelijke beperking wonen thuis of in een begeleide woonsituatie. Assistenten in de eerstelijnszorg krijgen daarom steeds meer te maken met patiënten met een verstandelijke beperking. De ernst van de beperking wordt meestal aangegeven met het IQ. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak veel gezondheidsproblemen. Veelvoorkomende problemen zijn reflux, gehoor- en visusproblemen, obstipatie, epilepsie en spasticiteit. Ook psychiatrische stoornissen komen veel voor, net als overgewicht. In de mondzorg komen veel cariës en tandvleesproblemen voor, door slik- en kauwproblemen, reflux, minder goede mondverzorging en geneesmiddelengebruik. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak moeite met begrijpen en moeite met informatie ordenen. Ook zijn ze vaak beperkt sociaal zelfredzaam. Bij een medische behandeling is het van belang de ouders of verzorgers van de patiënt als partner in de zorg te zien. Voorspelbaarheid en veiligheid in de behandeling geven de patiënt het gevoel van controle (regie). Soms is sedatie nodig voor een tandheelkundige behandeling. Huisartsen kunnen voor consultatie en advies terecht bij een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Voor onvrijwillige zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen bij wilsonbekwame verstandelijk gehandicapten is de Wet zorg en dwang in de maak.

8.1 Inleiding – 83

8.2 Verstandelijke beperking – 83

8.3 Gezondheid en gezondheidsrisico's – 84

8.3.1 Dubbele diagnose – 85

8.3.2 Gezondheidsrisico's – 86

8.3.3 Mondzorgproblemen – 86

- 8.4 Een lichte verstandelijke beperking herkennen – 87**
- 8.5 In de praktijk – 88**
 - 8.5.1 Voorbereiding – 88
 - 8.5.2 Contact – 88
 - 8.5.3 Na het contact – 90
 - 8.5.4 Angstremming en sedatie bij een (tandheelkundige) ingreep – 91
- 8.6 Ondersteunen van eigen regie of zorg door ouders/verzorgers – 91**
- 8.7 Samenwerking – 92**
- 8.8 Behandeling bij wilsonbekwaamheid – 92**
 - 8.8.1 Wetten en richtlijnen – 92
 - 8.8.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen – 93
- 8.9 Informatie – 94**
 - 8.9.1 Voor de doelgroep – 94
 - 8.9.2 Voor de praktijk – 95

8.1 Inleiding

Verstandelijke beperkingen kunnen variëren van licht tot ernstig. Ook de gevolgen van de beperking voor de gezondheid en het maatschappelijk functioneren lopen uiteen van licht tot ernstig. Steeds minder mensen met een verstandelijke beperking (VB) verblijven langdurig in een zorginstelling. Steeds meer mensen met een VB wonen thuis (zelfstandig of bij hun ouders) of in een beschermende woonvorm. Mensen met een VB krijgen al na het vijftigste jaar last van aandoeningen die anderen meestal pas na het 65ste jaar of nog later krijgen. Vaak krijgen ze zelfs meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Assistenten in de eerstelijnspraktijk krijgen steeds vaker te maken met mensen met een verstandelijke beperking en verschillende andere gezondheidsproblemen. Assistenten die werken in instellingen voor mensen met een VB en centra voor bijzondere tandheelkunde krijgen voornamelijk te maken met mensen met een matig ernstige, een ernstige of een zeer ernstige VB.

Mensen die zwakbegaafd zijn of een lichte VB hebben, kunnen vaak niet zo goed lezen en schrijven. Omgaan met laaggeletterden is al in ►H. 5 besproken. In dit hoofdstuk leggen we het accent op het omgaan met mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking. Die kunnen zowel thuis als in een instelling verblijven.

Casus

Peter is een cliënt met een verstandelijke beperking. Bij Peter moest een kies in de onderkaak worden gevuld. Daarvoor was een mandibulaire verdoving nodig. Daarbij raakt de helft van de onderkaak en de helft van de tong verdoofd. De tandarts zei: 'We gaan verdoven. Daarna voelen je wang en je tong een beetje gek.' Ze zette de verdoving en zei: 'Spoel nu je mond maar.' De cliënt zei bij het spoelen bij de wastafel: 'Voelt raar.' Hierop reageerde niemand. Vervolgens zei de cliënt: 'Ik ga even buiten een sigaret roken.' Toen realiseerden wij ons dat dit een paniecreactie was op het gevoel van de verdoving. Als ik de cliënt nu zou laten gaan, zou hij niet meer terug de stoel in komen. Ik ging zitten op een stoel naast de behandelstoel en zei tegen Peter, die nog bij de wastafel stond: 'Dat klopt, dat voelt een beetje raar. Dan werkt het goed. Kom eens even bij mij zitten.' Peter liep van de wastafel naar mij toe en in plaats van op de behandelstoel ging hij op mijn schoot zitten. Een man van 1,80 meter!

Terwijl ik Peter geruststellend over zijn rug wreef, legde ik uit dat het juist heel goed was wat hij voelde: 'Ik ben blij, want dan slaapt je kies en dan kunnen we hem goed schoonmaken. En vanmiddag, bij de koffie, dan gaat dat gevoel weer weg. Kom maar in de stoel zitten' (terwijl ik nu op de behandelstoel wees).

En Peter is opnieuw in de behandelstoel gaan liggen. We hebben gecheckt of hij nog wist wanneer dat rare gevoel weer weg zou gaan. Hij wist het koffiemoment nog te noemen.

Tanja Brouwer, coördinator afdeling tandheelkunde Ipse de Bruggen, locatie Hooge Burch; assisteert een dag per week aan de stoel.

8.2 Verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking ontstaat voor, tijdens of in de eerste maanden/jaren na de geboorte. In elk geval voordat iemand achttien jaar is. Als iemand later in zijn leven door hersenbeschadiging, bijvoorbeeld door een trauma of beroerte, cognitieve beperkingen

■ **Tabel 8.1** Mate van verstandelijke beperking

	IQ	ontwikkelingsleeftijd (in jaren)	functioneren
zwakbegaafdheid	70–85	>11	'samen naar school'
lichte verstandelijke beperking	50/55–70	7–11	voor een deel is speciaal onderwijs nodig
matige verstandelijke beperking	35/40–50/55	4–7	afhankelijk; enige training mogelijk
ernstige verstandelijke beperking	20/25–35/40	2–4	afhankelijk
zeer ernstige verstandelijke beperking	<20/25	<2	volledige verzorging nodig

heeft, spreek je van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) met cognitieve (en andere) beperkingen.

Er zijn veel verschillende oorzaken voor een verstandelijke beperking: erfelijke en chromosoomaandoeningen (syndroom van Down, fragiele-X-syndroom, stofwisselingsziekten), aangeboren aandoeningen, zuurstofgebrek bij de geboorte, infecties voor of kort na de geboorte, veel te vroeg geboren zijn (ernstige prematuriteit), schade door medicijn-, alcohol- of drugsgebruik (foetaal alcoholyndroom, FAS).

De ernst van een verstandelijke beperking wordt meestal aangegeven met het IQ. Ook al zegt het IQ lang niet alles over het sociaal functioneren, het is wel een gemakkelijke maat. Het IQ van iemand met een verstandelijke beperking zegt iets over zijn ontwikkelingsniveau of ontwikkelingsleeftijd.

■ **Tabel 8.1** geeft een indeling van verstandelijke beperkingen naar de ernst ervan.

8.3 Gezondheid en gezondheidsrisico's

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak veel gezondheidsproblemen (zie kader). Soms zijn die problemen een onderdeel van een syndroom, in andere gevallen zijn het bijkomende problemen.

Gezondheidsproblemen bij mensen met het syndroom van Down

- Hartafwijking
- Refluxklachten (gastro-oesofageale reflux)
- Darmafsluiting/darmafwijking; coeliakie
- Schildklierstoornis
- Vergrote kans op leukemie
- Lage spiertonus en coördinatioestoornis
- Dementie treedt vaak al voor het 60ste levens jaar op.

Tabel 8.2 Gezondheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking
(bron: Schipper 2014)

	komt voor bij ... % van de volwassenen met een VB	komt voor bij ...% van de algemene volwassen bevolking
reflux van zuur uit de maag	48 (bij IQ < 50)	0,7
oorsmeerprop	43	2–4
slechthorendheid/doofheid	30	16–17
obstipatie	28	2
epilepsie	16–25	1,5
slechtziendheid/blindheid	19	2 (>55 jaar)
urinewegsinfectie	16	4
osteoporose	8–21	1
spasticiteit	15	1,5
dementie	13 (>60 jaar)	5
urineretentie	10	0,2–0,7
schildklierstoornis	8–12	1,5

Voor de tandartsassistent van belang

- Kleine mondholte
- Een aantal tanden en kiezen is niet aangelegd. Het vaakst ontbreken de verstandskiezen, tweede premolaren, laterale snijtanden en de mandibulaire snijtanden. De ruimte tussen de tanden is daardoor groter
- De melktanden en blijvende tanden komen vertraagd door
- Kleine kronen en kleine wortels
- Stoornis in het tandglazuur
- Meer en op jongere leeftijd gingivitis en parodontitis
- Lage spierspanning van lippen en tong.

■ Tabel 8.2 laat bijkomende gezondheidsproblemen zien die vaak bij volwassenen met een verstandelijke beperking voorkomen. In de tabel staan problemen die geen onderdeel zijn van een syndroom.

8.3.1 Dubbele diagnose

Bij mensen met een verstandelijke beperking komen relatief vaak psychiatrische stoornissen voor, zoals autismespectrumstoornissen, psychosen, angststoornis, depressie en dementie. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking komt ook verslaving relatief vaak voor. Het is vaak moeilijk om de psychiatrische stoornis te herkennen, de diagnose te stellen en te behandelen.

8.3.2 Gezondheidsrisico's

Overgewicht komt veel voor bij mensen met een VB. Het aantal mensen met overgewicht neemt in deze groep toe, net als bij de rest van de bevolking trouwens. Soms is overgewicht onderdeel van een syndroom (prader-willisyndroom, gekenmerkt door onverzadigbare eetlust). Overgewicht komt ook veel voor bij mensen met een lichte VB, vooral als ze zelfstandig of met beperkte begeleiding wonen. Zij bepalen dan namelijk zelf wat en hoeveel ze eten. Door toename van overgewicht neemt ook diabetes type 2 bij mensen met een VB toe.

Cariës en tandvleesproblemen komen veel voor (zie kader).

Oorzaken van verhoogde kans op mondproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking

- Problemen met kauwen en slikken
- Minder natuurlijke reiniging van de mond (door stijve of slappe spieren in en om de mond, mondademhaling)
- Reflux of rumineren (zure maaginhoud omhoog halen en 'herkauwen')
- Afwijkende stand van de tanden: door aanleg, maar ook door duimen, zuigen, soms door tikken tegen de tanden
- Bijwerking van medicijnen:
 - droge mond door remming van speekselvorming: sommige antipsychotica, plasmiddelen, hartritmemiddelen
 - toename speekselvorming, waardoor kwijlen kan ontstaan (sommige pijnstillers, antipsychotica)
 - tandvleeshyperplasie (middelen tegen epilepsie)
 - tandverkleuring: chloorhexidine.

8.3.3 Mondzorgproblemen

Er zijn veel mondzorgproblemen. ■ Tabel 8.3 laat problemen zien die ouders ervaren als zij de tanden willen poetsen van hun kind met een VB. In verschillende onderzoeken worden drie groepen onderscheiden:

- groep A: 15–45 jaar, thuiswonend en niet langer dan een jaar in een instelling gewoond.
- groep B: 15–45 jaar, nu thuiswonend, maar in voorgaande 5 tot 7 jaar in een instelling gewoond.
- groep C: kinderen met een ernstige VB, thuiswonend.

Twee derde van de ouders uit onderzoek C heeft problemen bij de dagelijkse gebitsverzorging van hun kind. Ze poetsen twee minuten per dag. Meer dan twee derde van de ouders denkt dat de mondhygiëne van hun kind verbeterd kan worden.

Tabel 8.3 Mondzorgproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking

soort probleem	A %	B %	C %
geen problemen bij poetsen	52	41	33
mijn kind heeft last van bloedend tandvlees tijdens het poetsen	26	28	22
mijn kind heeft strakke lippen of wangen	15,5	28	11,5
mijn kind draait zijn hoofd weg als de tanden worden gepoetst	8,6	26	72
mijn kind doet de mond dicht			58
mijn kind duwt de tandenborstel met zijn tong weg	6,9	19	27
mijn kind bijt steeds op de tandenborstel	7	17	54
mijn kind kokhalst vaak tijdens het tanden poetsen	5,2	15	12,5
mijn kind verzet zich door hard te huilen als de tanden worden gepoetst	1,7	8,5	14
de tanden of kiezen aan de kant van de tong kunnen niet worden gepoetst	1,7	6,4	14
prikkelgevoeligheid in het mondgebied of poetsen lijkt pijnlijk	1,7	6,4	
prikkelgevoeligheid in mondgebied			27
poetsen lijkt pijnlijk			18

8.4 Een lichte verstandelijke beperking herkennen

Verskillende signalen kunnen wijzen op een lichte verstandelijke beperking. Een deel van de signalen geldt ook voor laaggeletterdheid (►H. 4). Niet elk afzonderlijk signaal wijst direct op een verstandelijke beperking. Wel moet elk signaal je alert maken op de mogelijkheid dat er sprake is van een verstandelijke beperking.

Iemand met een lichte verstandelijke beperking:

- denkt heel concreet en praktisch over wat zich nu afspeelt; abstracte begrippen zijn moeilijk;
- heeft soms speciaal onderwijs gevolgd, kan vaak van school gewisseld zijn of heeft de school niet afgemaakt;
- ontkent soms dat er sprake is van een beperking en doet juist heel stoer;
- praat vaak in korte zinnen of maakt zinnen niet af; overigens zijn er ook mensen met een lichte VB die juist veel praten en een ‘vlotte babbel’ hebben; daar kun je je dus erg op verkijken;
- valt in herhaling;
- kan zich moeilijk in anderen inleven;
- kan de gevolgen van zijn handelen niet goed overzien; komt daardoor gemakkelijk in problemen (schulden, riskant gedrag, verslaving);
- kan zich sociaal niet goed redden, is gemakkelijk beïnvloedbaar en daardoor vaak een meeloper; anderen kunnen misbruik van hem maken, waardoor hij gemakkelijk in een crimineel circuit kan terechtkomen;
- kan niet goed naar zijn eigen gedrag kijken (reflectie);

- heeft moeite om de volgorde van klachten of gebeurtenissen aan te geven en verbanden te leggen;
- heeft moeite met lezen en schrijven; moeite met formulieren invullen (►H. 4).

Wanneer je vermoedt dat een patiënt een verstandelijke beperking heeft, kun je meer gegevens verzamelen. Misschien kun je daarbij de volgende tips gebruiken.

- Ga na of het adres van de patiënt onderdeel is van een instelling voor begeleid wonen.
- Vertel dat je graag wilt dat iedereen goed geholpen wordt. Zeg dat veel mensen moeite hebben met de informatie op de site of informatie over gezondheid. Vraag de patiënt: ‘Hoe is dat voor u?’
- Vraag je patiënt iets op te schrijven.
- Een patiënt die vertelt dat hij moeite had/heeft met leren, of dat hij lang over zijn school heeft gedaan, kun je vragen op welke scholen hij heeft gezeten. Vraag naar de namen van die scholen.

Mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking wonen bijna altijd begeleid of verblijven in een instelling. Vrijwel altijd komt een familielid of een begeleider mee naar de huisarts, tandarts of apotheek.

8.5 In de praktijk

8.5.1 Voorbereiding

Zorg dat je weet wie verantwoordelijk is voor de zorg voor patiënten met een (ernstige) verstandelijke beperking en noteer de contactgegevens in het dossier. Patiënten met een lichte verstandelijke beperking kun je vragen of ze het goed vinden dat je hun ouders of begeleiders informeert over de behandeling. Noteer de contactgegevens.

Betrek de ouders, verzorgers of begeleiders bij anamnese, onderzoek en behandeling. Zij kennen het gedrag en de communicatiemogelijkheden van de patiënt en weten wat hij kan begrijpen. Zij kunnen je ook duidelijk maken hoe de patiënt het beste kan worden benaderd: hoe hij het minste onveiligheid en ongemak ervaart. Vraag naar eerdere ervaringen in vergelijkbare situaties. Vraag welk gedrag je kunt verwachten. Aan instellingen is vaak een gedragsdeskundige verbonden, die kan jou adviseren hoe jij de patiënt het beste kunt benaderen.

Overleg met de ouders of verzorgers of jij je patiënt uitleg geeft of dat zij dat doen. Spreek dan goed af wat je gaat doen, zodat zij dat goed kunnen uitleggen en begeleiden.

Besprek bij de planning van een bezoek of behandeling hoe de ouders of verzorgers de patiënt daarop kunnen voorbereiden. Bedenk ook wat je zelf ter voorbereiding kunt doen. Attendeer de begeleiders op hulpmiddelen voor mensen met een VB om het bezoek aan de dokter voor te bereiden (►par. 8.9.1 en fig. 8.1).

8.5.2 Contact

Het is belangrijk dat de patiënt in de praktijkruimte, tijdens de behandeling, rust en veiligheid ervaart. Zorg ervoor dat er geen onverwachte dingen gebeuren. Zo zorg je voor voorspelbaarheid. Dan houdt de patiënt greep (regie) op zijn situatie. ■Tabel 8.4 biedt aandachtspunten hiervoor. In het navolgende kader staan tips over taalgebruik.

Wat kun je zelf doen?



Het gesprek voorbereiden

Bereid je goed voor op het gesprek met je huisarts.

1. Schrijf thuis de klachten op:
 - Wat zijn je klachten?
 - Heb je pijn?
 - Wanneer heb je er het meeste last van?
 - Wanneer heb je er weinig last van?
 - Wanneer is het begonnen?
 - Waar wordt het erger van?
2. Bespreek dit met je familie of begeleider
3. Als je het prettig vindt, neem je jouw begeleider of een familielid mee
4. Schrijf ook de vragen op die je wilt stellen
5. Neem je aantekeningen mee naar je huisarts
6. Vertel je klacht en stel al je vragen.

Tip

Als je niet begrijpt wat de huisarts heeft verteld, of je bent het er niet mee eens, dan kun je dat altijd zeggen.

▣ **Figuur 8.1** Voorbereiden van een doktersbezoek (bron: Het huisartsenboekje
(► <http://www.huisartsenboekje.nl/>))

Taalgebruik in de tandartspraktijk

- Vraag niet bij binnenkomst: 'hoe gaat het?' Die vraag is te breed. Een antwoord kan lang duren en niks opleveren. Zeg liever: 'leuk dat je er bent.'
- Zeg niet: 'het doet geen pijn.' Wat blijft hangen is het woord 'pijn'. Dat triggert en versterkt de angst juist.
- Gebruik het woord 'pijn' niet., maar zeg bijvoorbeeld: 'de prik is niet fijn, die voelt je.'
- Zeg niet als de verdoving is gegeven: 'dat is klaar.' Voor iemand met een VB betekent het woord 'klaar' misschien wel: 'alles is voorbij, je mag weg.' Zeg liever: 'we hebben verdoofd, nu gaan we...'
- Zeg niet tegen een autist: 'ga maar zitten', want hij weet dan niet waar hij moet gaan zitten. Zeg liever: 'ga maar hier zitten', terwijl je de behandelstoel aanwijst.
- Als je een tijdstip wilt aangeven, gebruik dan een aanduiding die de patiënt begrijpt. 'Vanmiddag' of 'over 3 uur' wordt vaak niet begrepen. Wel: 'bij het eten', of: 'vanmiddag bij de thee.'

Tabel 8.4 Basisregels voor de omgang met mensen met een verstandelijke beperking in de praktijk

rust	<ul style="list-style-type: none"> – kies een gunstig tijdstip als dat kan, in overleg met de patiënt en ouders of begeleiders – zorg ervoor dat de patiënt niet hoeft te wachten; wachten in een onbekende en soms onrustige ruimte verhoogt de spanning – zorg voor een omgeving die past bij de cliënt: voor de een kan dat een rustige en prikkelarme omgeving zijn, maar voor de ander eentje met muziek
veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact met je patiënt; richt je pas daarna op de eventuele begeleider(s) – bied duidelijkheid en structuur: vertel stap-voor-stap wat je gaat doen aan de patiënt; gebruik daarbij de tell-show-(feel-)do-methode: eerst vertellen wat je gaat doen, laten voelen op bijvoorbeeld de hand en dan pas echt doen – straal zelf rust uit, praat rustig, handel rustig, adem rustig; patiënten reageren op allerlei signalen van onrust – communiceer eenvoudig en concreet, over het hier en nu – laat patiënten met een laag verstandelijk niveau lichamelijk ervaren dat het veilig is, door te neuriën, een liedje te zingen, een knuffel of een dekentje te geven – beloon positief gedrag; negeer negatief gedrag
voorspelbaarheid, regie	<ul style="list-style-type: none"> – behandel zo pijnloos mogelijk – bouw de behandeling langzaam op; begin bijvoorbeeld met vijf tellen behandelen, daarna tien tellen en zo geleidelijk uitbouwen – spreek een signaal af wanneer je het onderzoek of de behandeling stopt of kort onderbreekt; spreek ook af dat je ook direct zult stoppen en een moment van rust zult bieden als de patiënt zijn hand opsteekt; houd je aan deze afspraken, zodat je vertrouwen wint en behoudt – laat patiënten met een laag verstandelijk niveau lichamelijk ervaren dat het veilig is, door je arm om hun schouders te slaan en hun hoofd te ondersteunen als de tandartsstoel achterover gaat; met je andere hand kun je eventueel over de wang aaien, kriebelen; zo bied je contact, comfort en afleiding, hetgeen allemaal bijdraagt aan het gevoel van veiligheid – kondig handelingen aan – stem je tempo af op wat de patiënt aan kan – merk signalen van angst op en benoem ze; ga erop in en bedenk oplossingen die angst en spanning verminderen en enige regie aan de patiënt geven; dat biedt veiligheid

8.5.3 Na het contact

Besprek het consult of de behandeling na met de familie of begeleiders, als daar toestemming voor is. Is een patiënt met een lichte verstandelijke beperking zelf verantwoordelijk voor een nieuwe afspraak, maak die afspraak dan meteen, of neem tussentijds even contact met hem op. Wanneer je de patiënt doorverwijst, vraag je toestemming om bij die verwijzing te mogen vermelden dat de patiënt vanwege een verstandelijke beperking mogelijk meer tijd nodig heeft.

Tabel 8.5 Aandachtspunten bij het omgaan met angstige patiënten met een verstandelijke beperking in de tandartspraktijk

observeren	– let op de hartslag, ademhaling, gelaatskleur, bewegingen (voeten), spierspanning en verkramping
erkennen en benoemen	– laat merken dat je de signalen ziet, verbaal en non-verbaal; daarmee erken je de angst; je kunt de hand van de patiënt aanraken en zeggen dat je ziet dat het spannend is en dat je dat begrijpt
angst concreet maken	– als een patiënt zegt dat hij het eng vindt, vraag dan wat hij eng vindt of het engste vindt; daarmee maak je de angst concreet voor één ding, bijvoorbeeld voor de verdoving
rust en vertrouwen geven	– ga in op signalen van angst en erken de angst: 'dat is ook niet fijn, maar jij kunt dat', of: 'we gaan samen zorgen dat het lukt', of: 'jij vindt het eng, dat snap ik, maar we hebben de tijd, we doen het rustig aan'
regie geven	– geef de patiënt de regie of enige regie door hem rust en tijd te geven; vervolgens: pijnvrij behandelen – bij spanning tijdens de behandeling: herkennen, erkennen en een oplossing bedenken voorbeelden: – 'je mag heel hard in mijn hand knijpen', of: 'tijdens het verdoven mag je best heel hard au roepen, dat geeft niets' – je kunt een tijd afspreken (10 seconden); vertel dat je dan gaat vragen hoe het voelt (pauzemoment) – je kunt ook een teken afspreken: 'als je je hand omhoog doet, stoppen we even'; Je reageert meteen als dat gebeurt, zodat de patiënt vertrouwen krijgt en vertrouwen houdt

8.5.4 Angstremming en sedatie bij een (tandheelkundige) ingreep

In deze paragraaf gaan we nader in op hoe je om kunt gaan met angst bij patiënten met een verstandelijke beperking. Je kunt heel veel doen zonder sederende (rustgevend) medicatie.

Belangrijk is om pijnvrij te behandelen. Middelen daarvoor zijn (van licht tot zwaar):

- verdovingsgel (oppervlakte-anesthesie; werkt binnen een paar minuten);
- lokale anesthesie (verdoving van een zenuw);
- sederende medicatie;
- algehele anesthesie.

In [tab. 8.5](#) staan aandachtspunten bij het omgaan met angstige patiënten met een verstandelijke beperking in de tandartspraktijk. Of sedatie nodig is, overleg je tevoren met de ouders, verzorgers of begeleiders. Sederende medicatie kan vooraf en/of tijdens de ingreep worden toegepast. Procedures en regels daarvoor komen aan bod in [par. 8.8](#).

8.6 Ondersteunen van eigen regie of zorg door ouders/verzorgers

Het hangt van het ontwikkelingsniveau van de patiënt met een verstandelijke beperking af in hoeverre hij zichzelf kan verzorgen en eigen regie kan hebben. Thuis en in instellingen krijgen zij de steun van ouders, mantelzorgers en professionals. Zelf zorgen voor

lichaamsverzorging, voeding, medicatiegebruik en mondzorg vraagt training, goede observatie. Soms komen hulpmiddelen van pas, bijvoorbeeld een drievlakstandenborstel voor een patiënt die wel kan en wil poetsen, maar niet in staat is alle vlakken te reinigen met een gewone tandenborstel. Maak gebruik van de deskundigheid en ervaring van ouders, mantelzorgers en verzorgers/begeleiders als je een zorgplan of ondersteuningsplan opstelt.

8.7 Samenwerking

Aan zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG's) verbonden, evenals gespecialiseerde tandartsen. Wanneer verstandelijk gehandicapten thuis wonen, maken zij gebruik van de eerstelijnszorg in de wijk. Huisartsen kunnen voor advies terecht bij AVG's. Soms vindt er een gezamenlijk consult plaats: de patiënt heeft een afspraak bij de huisarts en de AVG tegelijk. In veel regio's is er geen structurele samenwerking. Dat komt deels doordat de financiering een probleem is. Er is een handreiking samenwerking huisarts en AVG (► <https://www.lhv.nl/service/handreiking-samenwerkinghuisarts-en-avg>).

Het project *Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen* is opgezet om knelpunten te inventariseren en oplossingen te vinden. Ook wordt gekeken of de standaarden van de huisartsenorganisatie NHG voor mensen met een verstandelijke beperking moeten worden aangepast.

Voor mondzorg zijn er centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT). Behandeling in een CBT kan alleen na verwijzing door een tandarts, huisarts of medisch specialist.

8.8 Behandeling bij wilsonbekwaamheid

Er zijn wetten en richtlijnen voor hoe je moet omgaan met mensen met een verstandelijke beperking die zich verzetten tegen een (be)handeling.

8.8.1 Wetten en richtlijnen

WGBO

In principe mag je iemand niet behandelen als hij dat niet wil. Het maakt daarbij niet uit of de patiënt wilsbekwaam is of wilsonbekwaam. Dat staat in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarin staat dat een behandeling alleen mag plaatsvinden na toestemming van de patiënt. En dat de patiënt vooraf goed geïnformeerd moet zijn.

Dat is niet mogelijk bij een deel van de mensen met een verstandelijke beperking. Zij kunnen wilsonbekwaam zijn of wilsonbekwaam ter zake. Dat laatste betekent dat iemand voor een bepaalde situatie of een bepaalde beslissing onbekwaam is. Zo kan iemand met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld wel in staat zijn om te beslissen over zijn dagindeling, maaltijden en kleding, maar niet over een tandheelkundige behandeling.

Als wilsonbekwaamheid is vastgesteld, wordt iemand anders gevraagd om als wettelijk vertegenwoordiger op te treden. Meestal zijn dat de ouders, of is dat iemand die door de rechter als curator of mentor is benoemd.

Bopz en wetsvoorstel zorg en dwang

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen regelt de voorwaarden waaronder wilsonbekwame mensen kunnen worden opgenomen. Deze wet is niet geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking en dementerenden. Daarom is er een nieuwe wet in de maak: de Wet zorg en dwang. Die wet is nog niet van kracht (2016). De nieuwe wet gaat niet alleen over opname, maar ook over onvrijwillige zorg en kleine en grote (vrijheids) beperkingen.

8.8.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Wanneer iemand met een verstandelijke beperking zich verzet tegen een (be)handeling, is het belangrijk om goed te kijken:

- waartegen de patiënt zich verzet;
- of de (be)handeling echt nodig is;
- of er dwang (vrijheidsbeperking) nodig en gerechtvaardigd is.

Dat geldt voor bijvoorbeeld medische of tandheekkundige behandeling, maar ook voor dagelijkse zorgsituaties waartegen de patiënt zich verzet, zoals bij eten, verplaatsen en het uitvoeren van mondzorg.

Vrijheidsbeperkende maatregelen en middelen

Er zijn verschillende graden van vrijheidsbeperking, van stimulering tot drang en dwang. Bij dwang kan je denken aan: de armen en benen fixeren, het hoofd vasthouden tijdens een tandheekkundige behandeling, de patiënt op een lichaamshoudingondersteunende matras plaatsen, een rolstoelblad plaatsen, maar ook sederende medicatie toedienen.

Volgens de Bopz mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast in een noodsituatie, als er gevaar voor de patiënt zelf of anderen ontstaat en als dat gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend.

Elke vrijheidsbeperkende maatregel moet aan de volgende eisen van de Bopz voldoen:

- De toepassing moet in redelijke verhouding staan tot het doel: bij een 'klein', dagelijks doel past geen zware maatregel. Dit heet het proportionaliteitsprincipe.
- De minst ingrijpende maatregel (het minst belastende middel) moet worden toegepast. Dit heet het subsidiariteitsprincipe.
- De maatregel moet geschikt zijn om het doel te bereiken en mag niet langer worden toegepast dan strikt noodzakelijk is.

Elke vorm van vrijheidsbeperking die je toepast, moet je in het zorgdossier vermelden.

Visiedocument

Voorbeelden van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen bij mondzorg zijn: fixatiebanden, handen vasthouden, een matras die de beweegmogelijkheden van de cliënt beperkt, een mondspreider en sedatie (medicatie vooraf, sedatie tijdens de behandeling of algehele anesthesie). In het visiedocument *Verzet en vrijheidsbeperking bij tandheekkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking* van de Vereniging tot Bevordering van

Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBTGG) staan de volgende uitgangspunten voor de toepassing van vrijheidsbeperking:

- Vrijheidsbeperking is een uiterste middel.
- Behandelaars en begeleiders zoeken voortdurend naar alternatieven.
- De vrijheidsbeperking wordt gemonitord.

Bovendien pleit het visiedocument voor preventief beleid. De nadruk moet liggen op zorg op maat door bekwame zorgverleners, vanuit een visie op autonomie en vrijheidsbeperking.

8.9 Informatie

8.9.1 Voor de doelgroep

- Nieuwe wetten voor zorg en ondersteuning bij wonen en werk (eenvoudig uitgelegd)
 - ▶ <https://iederin.nl/hulp-en-advies/zorg-vanaf-2015/>
- Producten uit het project: *Naar de huisarts. Eerstelijnszorg op maat voor mensen met een verstandelijke beperking*:
 - Brochure *Naar de huisarts. Optimale huisartsenzorg voor mensen met een beperking*
 - ▶ *Naar de huisarts – optimale huisartsenzorg voor mensen met een beperking' met tips voor cliënten zelf, hun begeleiders en medewerkers van de huisartsenpraktijk*
 - Informatie-animatie *Mensen met verstandelijke beperkingen bij de huisarts. Een gezamenlijke zorg* ▶ *Mensen met verstandelijke beperkingen bij de huisarts. Een gezamenlijke zorg*
 - Communicatieformulier ter voorbereiding op het contact met de huisarts en voor het teruggeven van informatie door de huisarts ▶ *Communicatieformulier ter voorbereiding op het contact met de huisarts en voor het teruggeven van informatie door de huisarts*
 - Het huisartsenboekje *Help ik ben ziek*. Tips voor mensen met een verstandelijke beperking en voor huisartsen. Onderling Sterk Arnhem e.o., Zorgbelang Gelderland, Huisartsenvereniging Arnhem, Fonds Verstandelijk gehandicapten ▶ <http://www.huisartsenboekje.nl/>
- Informatie via kennisplein gehandicaptensector ▶ www.kennispleingehandicaptensector.nl
- ▶ www.sterkeropeigenbenen.nl Site voor mensen met een verstandelijke beperking met makkelijk te lezen informatie o.a. over bezoek aan de huisarts en filmpjes:
 - mensen met VB bij de huisarts
 - filmpje met uitleg over het huisartsenboekje
 - filmpje over gebruik van communicatieformulier
 - filmpje *Laat me uitpraten* over mensen met een verstandelijke beperking en hoorproblemen ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=wafwJGIDp0s>
- ▶ <http://sterkeropeigenbenen.nl/publicaties/handige-producten/>
- ▶ <http://www.diabeteszelfinhand.nl/> Ondersteuning bij diabetes voor cliënten, mantelzorgers en begeleiders.
- Toolkit *Kinderwens en ouderschap bij mensen met een LVB* ▶ <http://www.asvz.nl/kinderwensenouderschap/nl/toolkit/>
- Informatie over gamen ▶ <https://mijnclintonline.wordpress.com/onderwerp/gehandicaptenzorg/licht-verstandelijke-beperking/>

- Folders over vriendschap, liefde, kinderwens en ouderschap ► <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Thema-Kinderwens-en-ouderschap/Folders-over-vriendschap,-liefde,-kinderwens-en-ouderschap.html>
- Ondersteuningsorganisatie voor mensen met een beperking ► www.mee.nl
- Site Diabetes zelf in de hand ► <http://www.diabeteszelfinhand.nl/>

8.9.2 Voor de praktijk

- Folder *Communiceren met en door mensen met verstandelijke beperkingen*. Sterker op Eigen Benen, ZonMw ► <http://sterkeropeigenbenen.nl/wp-content/uploads/2016/01/Umc-Radboud-flyer-3xA5-Communiceren1.pdf>
- Folder *Slecht horen en hoortoestellen. De praktijk voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Sterker op Eigen Benen, ZonMw ► <http://sterkeropeigenbenen.nl/wp-content/uploads/2016/01/Umc-Radboud-flyer-3xA5-Slecht-Horen.pdf>
- Adreslijst AVG's op ► www.nvavg.nl
- Top 70 van belangrijkste aandoeningen in relatie met probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking ► <http://www.cce.nl/somatiek/top-70-somatische-aandoeningen/top-70-lijst>
- Multidisciplinaire richtlijn *Signaleren van lichamelijke problemen bij volwassenen met een verstandelijke beperking* (V&VN 2015) ► <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/multidisciplinaire-richtlijn-signaleren-lichamelijke-problemen-bij-verstandelijke-beperking.html>

Ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen

Samenvatting

Naarmate mensen ouder worden, nemen de beperkingen toe. Er is een grote overlap tussen de groep ouderen en de groep chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen. Vooral vrouwen en mensen met een laag opleidingsniveau en een lage sociaal-economische status (SES) hebben een chronische ziekte. Bij 11 % zijn er meerdere ziekten, die al dan niet met elkaar samenhangen. Ziekten kunnen leiden tot beperkingen in het functioneren. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces waarbij lichamelijke, psychische en sociale tekorten in het functioneren zich opstapelen. Voorbeelden van geriatrische syndromen die door meerdere factoren worden veroorzaakt zijn mobiliteitsproblemen en vallen, continentieproblemen, geheugenproblemen, delier en somberheid. Bij ouderen komt veel polyfarmacie voor, waardoor de kans op bijwerkingen en interacties groot is. De mondgezondheid neemt af bij een toenemende kwetsbaarheid en leeftijd, zeker bij mensen in verpleeghuizen. Chronische ziekten hebben invloed op de mondgezondheid, direct (door de ziekte of behandeling) en indirect (door beperkingen in het uitvoeren van mondzorg). Ongunstige leefstijlfactoren zijn een groot alcoholgebruik, overgewicht en een ongunstig voedingspatroon. De eigen regie vraagt bij het ouder worden extra ondersteuning. Er zijn leeftijdsspecifieke en ziektespecifieke aandachtspunten bij het omgaan met ouderen in de praktijk.

9.1 Inleiding – 99

9.2 Wie? – 99

9.2.1 Ouderen – 99

9.2.2 Chronisch zieken – 100

9.2.3 Lichamelijke beperkingen en handicaps – 100

9.3 Gezondheidsproblemen – 100

- 9.3.1 Veelvoorkomende gezondheidsproblemen – 100
- 9.3.2 Meer dan één ziekte – 101
- 9.3.3 Kwetsbaarheid, geriatrische patiënten en geriatrische syndromen – 101
- 9.3.4 Polyfarmacie – 103
- 9.3.5 Mondgezondheid – 106
- 9.3.6 Psychische gezondheid en sociale problematiek – 107
- 9.3.7 Leefstijl – 107
- 9.3.8 Mantelzorg – 108

9.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie – 109

9.5 In de praktijk – 110

- 9.5.1 Aandachtspunten in het contact – 110
- 9.5.2 Inhoudelijke aandachtspunten – 110
- 9.5.3 Ondersteuning eigen regie – 113

9.6 Samenwerking, wet- en regelgeving – 114

- 9.6.1 Seniorproof maken van de praktijk – 114
- 9.6.2 Samenwerking – 114
- 9.6.3 Voorzieningen, wijkteam, sociale kaart – 115
- 9.6.4 Polyfarmacie bij ouderen – 115
- 9.6.5 Eerstelijnszorg voor mensen in een verpleeghuis of andere zorginstelling – 117
- 9.6.6 Innovatieve projecten – 118
- 9.6.7 Regelingen en wetgeving – 118

9.7 Informatie – 118

- 9.7.1 Voor de doelgroep – 118
- 9.7.2 Voor de praktijk – 119

9.1 Inleiding

De groepen ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen overlappen elkaar. Ouderen hebben vaker een chronische ziekte en beperkingen dan jongere volwassenaan: 79 % van de 75-plussers heeft een chronische ziekte tegenover 11 % van de mensen tussen 0 en 24 jaar. Om veel herhaling in dit boek te voorkomen bespreken we deze groepen daarom in één hoofdstuk. We gaan daarbij uit van de groep ouderen. Specifieke aspecten van de andere groepen noemen we apart als dat zinvol is.

Casus

Ik krijg aan het eind van de ochtend een telefoontje van een verzorgende uit verzorgingshuis A. Ze vraagt of de huisarts mevrouw Heimerink wil bezoeken. Bij zo'n vraag heb ik altijd drie aandachtspunten.

Ik vraag de klacht uit, net als anders, om te bepalen of een visite nodig is. Het komt nogal eens voor dat de verzorgende de relevante gegevens niet kan vertellen: wanneer is de klacht begonnen, heeft de patiënt koorts? En als het van toepassing is: pijn, bloeddruk, pols, urine, defecatiepatroon. Dat komt omdat er vaak weinig continuïteit in de personele bezetting is. De verzorgende die belt, heeft bijvoorbeeld enkele dagen vrij gehad en is net weer begonnen; de relevante gegevens staan niet in het dossier, zijn niet mondeling overgedragen, enzovoort. Soms is de situatie best complex. Verzorgenden hebben dan niet alle kennis om te bepalen welke gegevens essentieel zijn. Ik noem dan welke gegevens ik wil hebben, vraag of ze die alsnog wil verzamelen en dan terugbellen.

Ten tweede vraag ik altijd de patiënt zelf aan de telefoon. Die wil ik spreken als het enigszins kan. Je hoort dan de stem van de patiënt, zijn ademhaling, of hij pijn heeft, hoe hij zijn klachten onder woorden brengt, wat de patiënt zelf vindt, of hij twijfelt of heel stellig is. Tot slot vraag ik, voordat ik het telefoontje afrond, de verzorgende weer aan de telefoon.

Ik vraag haar om na te gaan of er voor meer patiënten een visite wordt aangevraagd. Of ze dat bij haar collega's of leidinggevende wil nagaan. Dat weten verzorgenden namelijk vaak niet van elkaar. En de huisarts wordt niet blij als hij net een visite heeft afgelegd en daarna terug moet voor nog een bezoek.

Merel van Rooij, triagist, docent, Utrecht

9.2 Wie?

9.2.1 Ouderen

Het gaat bij ouderen om een grote groep, maar deze groep is nogal divers. Of iemand tot de groep ouderen wordt gerekend, hangt af van de leeftijdsgrens die wordt gebruikt: soms ligt de grens bij 55 jaar, soms bij 65 jaar. In 2015 waren er in Nederland 4,1 miljoen 55-plussers, waarvan 3 miljoen 65-plussers, onder hen 0,7 miljoen 80-plussers. Doordat mensen steeds ouder worden, zullen die aantallen stijgen. Het aandeel oudere niet-westerse migranten neemt snel toe.

Over het algemeen neemt de kans op ziekten en beperkingen toe bij het ouder worden.

9.2.2 Chronisch zieken

Voor chronische ziekten en chronisch zieken bestaan verschillende definities. Maar altijd gaat het om een aandoening die niet over gaat (onomkeerbaar is), zonder kans op herstel, die lang duurt en waarbij vaak langdurig zorg nodig is.

De verschillende definities van wat een chronische ziekte is, leiden ertoe dat het aantal chronisch zieken verschillend wordt ingeschat. Het maakt veel uit of je gehoorstoornissen, problemen met zien, verstandelijke beperkingen en migraine meetelt als chronische ziekten. Afhankelijk van de definitie varieert het aantal chronisch zieken van 4,5 miljoen tot 5,3 miljoen (bijna een derde van de bevolking).

Vrouwen hebben vaker een chronische ziekte dan mannen. Mensen met een laag opleidingsniveau en een lage sociaal-economische status (lage SES), onder wie mensen met een migrantenachtergrond, hebben twee keer zo vaak een chronische ziekte als mensen met een hogere SES.

Chronische ziekten kunnen leiden tot lichamelijke beperkingen en handicaps.

9.2.3 Lichamelijke beperkingen en handicaps

Een stoornis in een orgaan kan leiden tot een beperking. Daarmee wordt bedoeld dat mensen bepaalde handelingen en activiteiten niet of minder goed kunnen uitvoeren. Zo leveren de hoge spierspanning en de tremoren bij mensen met de ziekte van Parkinson beperkingen op. Zij kunnen moeilijk schrijven en andere fijne handbewegingen uitvoeren. Dergelijke beperkingen kunnen leiden tot een handicap. Van een handicap spreek je als de patiënt minder of niet kan deelnemen aan de maatschappij, wanneer zijn sociale rollen als bijvoorbeeld werknemer, ouder of lid van een sportclub in het gedrang komen. Moeite met schrijven en moeite met de fijne handmotoriek kan een handicap zijn wanneer je docent bent of een instrument bespeelt.

9.3 Gezondheidsproblemen

9.3.1 Veelvoorkomende gezondheidsproblemen

Het RIVM registreert chronische gezondheidsproblemen om het aantal chronisch zieken te bepalen (zie kader).

Chronische aandoeningen

- artrose
- reumatoïde artritis
- chronische nek- en rugklachten
- osteoporose
- COPD en astma
- diabetes mellitus
- aangeboren hartafwijkingen
- hartklepafwijkingen
- hartfalen

- coronaire hartziekten
- ritmestoornissen
- beroerte
- ziekte van Parkinson
- epilepsie
- migraine
- kanker
- hiv-infectie en aids
- ziekten in verband met alcohol
- dementie
- stemmings- en angststoornissen
- persoonlijkheidsstoornissen
- verstandelijke handicap

9.3.2 Meer dan één ziekte


Ongeveer 11 % van de Nederlandse bevolking (1,9 miljoen) heeft meer dan één chronische ziekte. Vooral bij vrouwen en bij ouderen komt dat voor.

Veel voorkomende combinaties zijn: diabetes en coronaire ziekten, diabetes en problemen met zien, coronaire hartziekten en COPD. Deze ziekten hangen met elkaar samen. Dat heet comorbiditeit. Wanneer de ziekten niet met elkaar samenhangen, heet het multipathologie of multimorbiditeit. Een voorbeeld daarvan is dat iemand met COPD ook de ziekte van Parkinson en een gehoorstoornis heeft. De begrippen comorbiditeit en multimorbiditeit worden overigens vaak door elkaar gebruikt.

Het percentage mensen met multimorbiditeit varieert van 10 % onder chronisch zieke jongeren tot meer dan 50 % onder chronisch zieke ouderen. Dat laatste percentage zal toenemen omdat steeds meer mensen een hoge leeftijd bereiken. Dat betekent dat de zorg voor mensen met een chronische ziekte steeds complexer wordt.

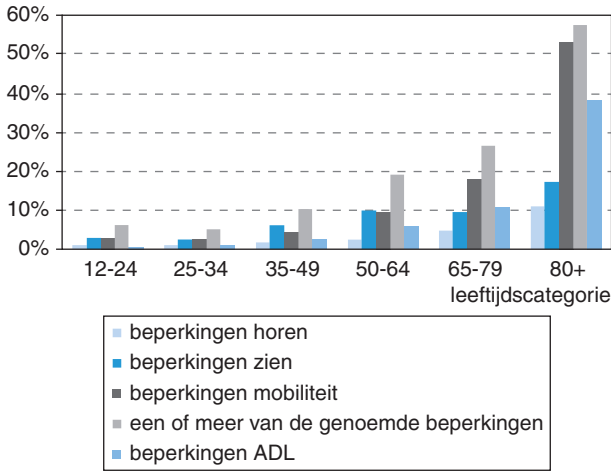
Beperkingen

Niet alle ziekten leiden tot beperkingen in het functioneren. Het is daarom goed om niet alleen naar de ziekten te kijken, maar ook naar de beperkingen die het gevolg ervan zijn.

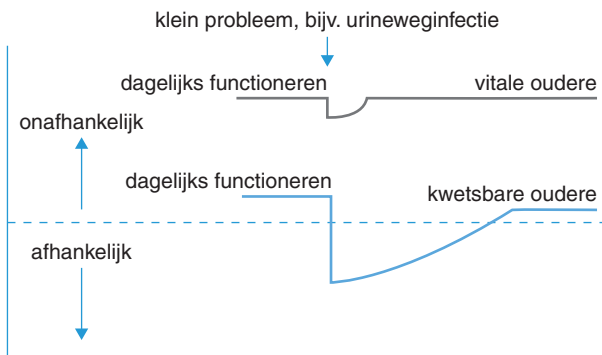
Dan zie je dat met het oplopen van de leeftijd de beperkingen toenemen wat zien, horen en bewegen betreft.  Figuur 9.1 laat beperkingen zien bij vrouwen bij oplopende leeftijdscategorieën. Juist bij vrouwen komen op hoge leeftijd veel beperkingen voor. De meeste beperkingen komen voor bij alleenstaanden, weduwen, weduwnaars, laagopgeleiden en mensen die wonen in verzorgings- en verpleeghuizen.

9.3.3 Kwetsbaarheid, geriatrische patiënten en geriatrische syndromen

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces waarbij lichamelijke, psychische en sociale tekorten in het functioneren zich opstapelen. De kans op (meer) gezondheidsproblemen wordt daardoor steeds groter. Een extra probleem of aandoening kan dan het wankel evenwicht verstoren. De patiënt heeft weinig 'reserve', kan weinig erbij hebben. Een kleine verstoring,



■ **Figuur 9.1** Beperkingen per leeftijdscategorie (bron: CBS 2011)



■ **Figuur 9.2** Kwetsbaarheid

bijvoorbeeld een blaasontsteking, kan grote gevolgen hebben: uitdroging, verwardheid, slecht eten, minder actief worden, spierverswakking enzovoort (■ fig. 9.2).

In 2015 zijn 700.000 ouderen boven de 65 jaar kwetsbaar. Een kwart van de thuiswonende ouderen en driekwart van de bewoners van verzorgingshuizen is kwetsbaar. Patiënten in verpleeghuizen zijn bijna allemaal kwetsbaar. In 2030 zullen dat er ongeveer een miljoen zijn.

Geriatrische patiënten

Niet elke oudere patiënt is een geriatrische patiënt. Een vitale 75-jarige die van zijn fiets valt en zijn heup breekt, is nog geen geriatrische patiënt. Je spreekt van een geriatrische patiënt, als er sprake is van:

- hogere leeftijd; meestal ouder dan 70 jaar;
- meerdere aandoeningen die elkaar nadelig beïnvloeden;
- lichamelijke, psychische en sociale problemen;
- kwetsbaarheid of een wankel evenwicht.

Geriatrische syndromen

Meestal wordt onder een syndroom een combinatie van verschijnselen verstaan die allemaal dezelfde oorzaak hebben. Bij de geriatrische patiënt is dat anders. Kenmerkend voor geriatrische syndromen is dat ze door verschillende factoren worden veroorzaakt (zie kader).

Geriatrische syndromen

- mobiliteitsproblemen en vallen
- continentieproblemen
- geheugenproblemen
- delier of acute verwardheid
- somberheid, eenzaamheid en levensfaseproblematiek
- onverklaarde achteruitgang in het dagelijks functioneren
- duizeligheid
- ondervoeding
- 'wegraken'
- osteoporose
- verlies van spiermassa
- depressie
- decubitus
- zelfverwaarlozing
- dementie

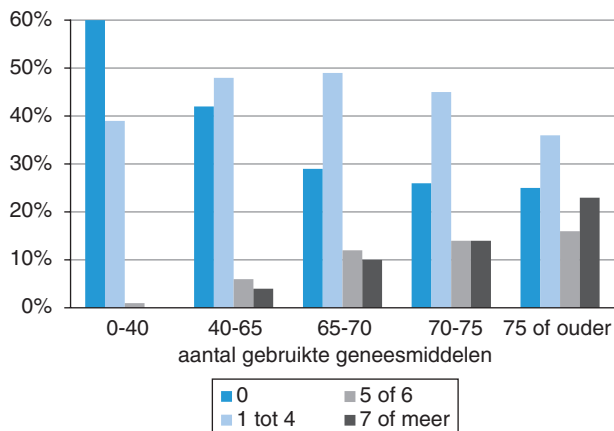
9.3.4 Polyfarmacie

Met polyfarmacie wordt bedoeld dat een patiënt vijf of meer geneesmiddelen gebruikt. Dat komt vooral voor bij ouderen en chronisch zieken. Oudere patiënten zonder chronische aandoeningen gebruiken gemiddeld drie verschillende geneesmiddelen per jaar. Patiënten met meer dan twee chronische aandoeningen gebruiken jaarlijks maar liefst elf verschillende medicijnen! Zo'n 45 % van de ouderen behoort tot de polyfarmaciegroep. En bijna een kwart van de 75-plussers gebruikt zeven of meer geneesmiddelen (■ fig. 9.3). Van alle bezoekers in wijkapotheken is 11 % een polyfarmaciepatiënt.

Big six

Meer dan de helft van de geneesmiddelen die aan 65-plussers worden voorgeschreven, zijn middelen voor de *big six*-aandoeningen. De *big six* zijn de zes belangrijkste chronische aandoeningen, waarvoor de meeste zorg wordt verleend: diabetes, cardiovasculaire aandoeningen (inclusief risicomangement), astma/COPD, psychosociale aandoeningen (met name depressiviteit en dementie), reumatische aandoeningen en kanker. In de top tien van meest voorgeschreven middelen komen geneesmiddelen voor deze aandoeningen dan ook veel voor (■ tab. 9.1).

Bij polyfarmacie is de kans op bijwerkingen en interacties groot, waardoor de kwetsbare gezondheid nog verder kan verslechteren. Dat gevaar is des te groter bij een slechte nierfunctie (zie kader). Tenminste, voor geneesmiddelen die door de nier worden uitgescheiden en een kleine therapeutische breedte hebben.



■ Figuur 9.3 Apotheekbezoekers naar aantal gebruikte geneesmiddelen

■ Tabel 9.1 Top tien meest voorgeschreven geneesmiddelen in het basispakket in 2015 (bron: SFK Top 10 van pakketgeneesmiddelen 2015 (2016) ► <https://www.sfk.nl>)

	geneesmiddel	toepassing	aantal gebruikers (x miljoen)
1.	diclofenac	ontstekingsremmer en pijnstillers	1,3
2.	amoxicilline	bacteriële infectie	1,2
3.	simvastatine	verlaging cholesterol	1,2
4.	omeprazol	maagzuurremmer	1,2
5.	metoprolol	o.a. angina pectoris, verhoogde bloeddruk	1,1
6.	macrogol, combinatiepreparaten	obstipatie, darmlediging	1,1
7.	indifferente dermatica	op de huid, bij o.a. eczeem	1,0
8.	salbutamol	luchtwegverwijder	0,9
9.	colecalfiferol	preventie botontkalking	0,8
10.	acetylsalicylzuur	remming bloedplaatjesaggregatie	0,8

Nierfunctie bepalen

Veel geneesmiddelen worden via de nieren uitgescheiden, net als sommige afvalstoffen. Een afvalstof die door de nieren wordt uitgescheiden, is creatinine, een afvalproduct van (spier)eiwit. Bij een slechte nierfunctie kan er een hoge, soms gevaarlijke concentratie ontstaan van geneesmiddelen of afvalstoffen in het bloed. Als het geneesmiddel toch noodzakelijk is, moet de dosering van het middel worden aangepast.

Bij het ouder worden neemt de nierfunctie af. Bij geneesmiddelen met een kleine therapeutische breedte (digoxine, lithiumcarbonaat) kan daardoor snel een toxische concentratie ontstaan. Dan is het belangrijk om te weten hoe de nierfunctie is. Dat is ook van belang als er geneesmiddelen worden gebruikt die de nierfunctie kunnen aantasten, zoals NSAID's, ACE-remmers en intraveneuze contrastvloeistof (gebruikt bij onderzoeken in het ziekenhuis). In al deze gevallen is het belangrijk om de glomerulaire filtratiesnelheid (*glomerular filtration rate*, GFR) te bepalen. Een normale filtratiesnelheid voor een volwassene is 80–120 ml/min.

De filtratiesnelheid van de nieren wordt met een formule berekend. De uitkomst, het getal, is een *schatting* van de filtratiesnelheid van de nier: eGFR (*estimated GFR*). Voor het gemak gebruiken we verder in dit boek de afkorting GFR, ook als het om een schatting gaat. Daarvoor wordt de MDRD-berekening het meest gebruikt (► <http://www.labuitslag.nl>). Gegevens die daarvoor nodig zijn, zijn:

- geslacht
- leeftijd
- creatinineconcentratie in het bloed.

De MDRD-formule is oorspronkelijk opgesteld voor blanke mensen. Bij negroïde mensen moet de uitslag met 1,21 vermenigvuldigd worden. Een andere formule, de CKD-EPI, is iets betrouwbaarder. Deze gaat uit van dezelfde gegevens. Bij negroïde mensen moet de uitslag met 1,159 vermenigvuldigd worden.

Voorzichtig met het interpreteren van de uitslag

De berekende GFR is altijd een schatting. Bovendien is de MDRD niet bruikbaar bij kinderen, acuut nierfalen en afwijkende spiermassa (extreem ondergewicht, amputaties, langdurige bedlegerigheid, bodybuilders). Ook geneesmiddelen als cimetidine, trimetoprim en cotrimoxazol remmen de creatinine-uitscheiding door de nieren. De uitslag van de MDRD is dan onterecht te laag: je denkt dan dat de nieren slecht werken, terwijl dat in werkelijk niet zo is of niet zo erg is.

Praktijk

In de huisartsenpraktijk ligt de gemiddelde GFR van een 70-plusser rond de 60 ml/min. Bij kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie ligt de gemiddelde GFR lager, rond de 40 ml/min. Dat heeft consequenties voor de praktijk:

- Bij sommige patiënten moet je de GFR berekenen. Daarvoor moet je bloed afnemen.
- Bepaalde geneesmiddelen mogen niet worden voorgeschreven bij een GFR lager dan 30 ml/min: biofosfonaten, antidiabetica uit de groep van sulfonylureumderivaten (alleen tolbutamide mag wel worden voorgeschreven), nitrofurantoin en metformine. De apothekersassistent controleert daarom of de nierfunctiewaarde bekend is.
- De (start)dosering van bepaalde geneesmiddelen moet worden verlaagd: de meeste ACE-remmers, antibiotica, amoxicilline/clavulaanzuur, quinolonen, sulfonamiden en tetracyclines, veel anti-epileptica en laagmoleculaire heparines.

De apothekersorganisatie KNMP heeft voor de meeste geneesmiddelen adviezen voor aangepaste dosering bij verminderde nierfunctie.

Tot voor kort kon de creatinineconcentratie alleen uit veneus bloed (via een venapunctie) worden bepaald. Sinds kort kan dat ook uit capillair bloed (via een vingerprik).

9.3.5 Mondgezondheid

Mondgezondheid bij ouderen

In 2009 had 53 % van de 75-plussers een volledige gebitsprothese. In 2030 zal dat waarschijnlijk nog maar 8 % zijn. Er is dus meer mondzorg nodig.

Toch gaat van de 80-plussers minder dan 40 % voor controle naar de tandarts. Bij de 65- tot 75-jarigen is dat minder dan 60 %. Ze vinden het niet nodig of denken er niet aan, ze hebben problemen met vervoer regelen of vinden het te duur, zeker als behandeling nodig blijkt.

Van de ouderen die in een verpleeghuis worden opgenomen heeft 80 % een matige tot slechte mondgezondheid (zie kader). Die groep is natuurlijk geen doorsnee van de ouderen. Maar dit cijfer laat wel zien dat de mondgezondheid bij een kwetsbare groep ouderen met multimorbiditeit vaak onderdeel is van hun gezondheidsproblemen.

Mondaandoeningen bij verpleeghuisbewoners

aandoening	hoe vaak bij verpleeghuisbewoner
wortelcariës	40–60 %
gingivitis	20–30 %
parodontitis	45–75 %
prothesestomatitis	60 % van ouderen met een prothese
mondhoekontsteking	16 % van ouderen met een volledige prothese

Daarnaast zijn er vaak kauw- en slikproblemen, vooral bij mensen met spierzwakte (door een beroerte of spierziekte) en bij een loszittende prothese of pijn door een schimmelinfectie, aften of kaakgewrichtsproblemen. Een droge mond, mede door geneesmiddelengebruik komt veel voor.

Mondgezondheid bij chronisch zieken

Chronische ziekten hebben invloed op de mondgezondheid. Direct, bijvoorbeeld bij diabetes. Indirect, wanneer de chronische ziekte het moeilijk maakt om zelf de mondzorg goed uit te voeren (beroerte, spierzwakte of ziekte van Parkinson). Ook kunnen problemen indirect ontstaan door geneesmiddelen die bijvoorbeeld een droge mond veroorzaken of de weerstand verlagen (chemotherapiemiddelen verlagen de algehele weerstand; corticosteroiden in inhalatiemiddelen veroorzaken verminderde weerstand in de mond).

Een gezonde mond draagt bij aan een goede algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Anders gezegd: mondproblemen hebben invloed op de algemene gezondheid, verlagen de kwaliteit van leven en zijn van invloed op zelfvertrouwen en sociale contacten.

Er ontstaat een vicieuze cirkel. Wanneer mensen door bewegingsproblemen (beroerte, spierziekte, ziekte van Parkinson) hun mondzorg minder goed kunnen uitvoeren, kunnen er mondproblemen ontstaan, die weer invloed hebben op hun algemene gezondheid:

- problemen met kauwen en slikken
- pijn
- slecht eten, ondervoeding
- parodontitis, met kans op endocarditis en een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

9.3.6 Psychische gezondheid en sociale problematiek

De meest voorkomende psychische stoornis bij ouderen is een angststoornis. Daarnaast komen stemmingsstoornissen veel voor, vooral depressies. Een depressie komt voor bij 2 % van de 55-plussers en bij 15 % van de bewoners van een verpleeghuis. Een depressie komt ook vaak voor bij mensen met COPD, diabetes, de ziekte van Parkinson en een beroerte.

Dementie komt vooral bij ouderen voor (zie ►H. 10). Het syndroom van Korsakov (door vitaminedekort vaak als gevolg van overmatig alcoholgebruik) komt vanaf een leeftijd van ongeveer 45 jaar voor.

Een delier, acute verwardheid door een lichamelijke oorzaak, komt vooral bij (kwetsbare) ouderen voor. Een delier treedt vaak op tijdens een ziekenhuisopname, al dan niet na een operatie. Voorbeelden van uitlokkende factoren zijn: operaties (anesthesie, beademing), ondervoeding, dehydratie en infectie. Een delier geeft op zich al aan dat de patiënt kwetsbaar is.

Sociale problematiek

Veelvoorkomende sociale problemen bij ouderen zijn: eenzaamheid, afhankelijkheid van mantelzorg, verwaarlozing en mishandeling (►<https://www.ouderenfonds.nl>). Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenspsychiatrie ►<http://www.nkop.nl/> biedt informatie, waaronder ook korte filmpjes over diverse psychische en sociale problemen bij ouderen.

9.3.7 Leefstijl

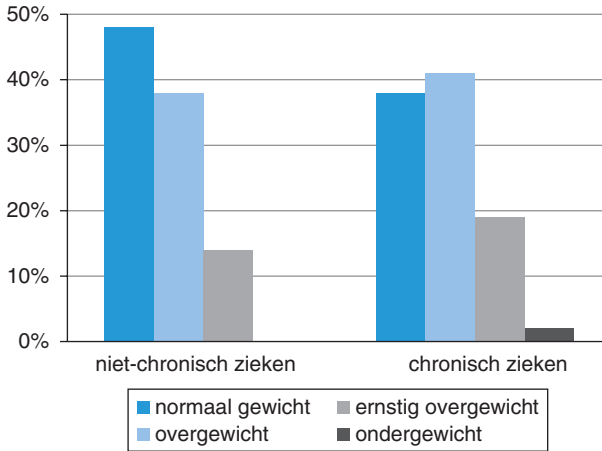
Ouderen

Het alcoholgebruik onder 60-plussers is gemiddeld hoger dan onder jongere volwassenen. Het percentage rokers onder ouderen is lager dan onder jongere volwassenen. Er zijn in de groep ouderen relatief veel ex-rokers. Bijna 70 % van de 55-plussers voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Die norm houdt in dat ouderen minimaal vijf keer per week een half uur matig intensief bewegen, bijvoorbeeld wandelen of fietsen. Je kunt natuurlijk ook zeggen dat bijna een derde van de ouderen die norm niet haalt. In de groep ouderen boven de 75 jaar haalt een veel groter deel die norm niet. Drie van de vijf 65-plussers heeft overgewicht. Dat is méér dan bij mensen onder de 65 jaar. En ook obesitas (BMI 30 of hoger) komt bij 65-plussers meer voor dan bij jongere volwassenen. Daarnaast komt onder ouderen ook ondervoeding voor. Ouderen die thuiszorg ontvangen en ouderen die opgenomen zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen zijn kwetsbaar wat het risico op ondervoeding betreft.

Wat voeding betreft voldoet meer dan de helft van de zelfstandig wonende 70-plussers niet aan de richtlijn voor groente-, fruit-, vocht- en vitamine D-inname. Kortom, bij elkaar genomen niet zo'n gunstig leefstijlpatroon (Drijvers 2014).

Chronisch ziekten

Van de chronisch ziekten heeft 60 % overgewicht. 20 % van de chronisch ziekten heeft ernstig overgewicht. ■ **Figuur 9.4** laat het (over)gewicht zien in vergelijking met dat van mensen die niet chronisch ziek zijn. Mensen met een beperking bewegen gemiddeld minder dan mensen zonder beperking, vooral mensen met motorische beperkingen bewegen minder.



■ **Figuur 9.4** Gewicht bij chronisch zieken en niet-chronisch zieken

9.3.8 Mantelzorg

Bij de zorg voor ouderen en chronisch zieken heb je als assistent ook vaak te maken met hun mantelzorgers. Ouderen en chronisch zieken die professionele zorg krijgen, ontvangen daarnaast meestal ook mantelzorg. Maar ook steeds meer ouderen geven mantelzorg aan hun zieke partner en/of hoogbejaarde vader of moeder. Dat kan een grote belasting vormen, waardoor ze zelf gezondheidsklachten krijgen. Vooral de zorg voor een dementerende partner of ouder is zwaar (zie ►H. 10). Overbelasting kan leiden tot ontspoorde zorg: conflicten, uitbuiting, verwaarlozing, de partner vastbinden of opsluiten, mishandeling.

Het sociale netwerk van sommige ouderen is erg klein of niet in staat mantelzorg te geven.

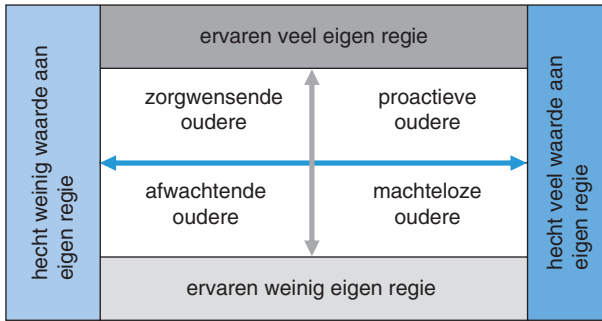
Hulpvraag

Nogal eens komt de hulpvraag via de mantelzorg bij de praktijk of apotheek terecht. Zeker wanneer het vermogen om zelf de regie te voeren afneemt. Of wanneer de mantelzorg de situatie anders inschat dan de oudere zelf en de oudere geen hulp zoekt.

Meer en minder hulpvragen

Praktijkassistenten krijgen de laatste jaren steeds vaker vragen om dingen te regelen (hulpmiddelen, thuiszorg, begeleiding vanuit de Wmo, extra huisbezoek). Die vraag kan van de oudere zelf komen, maar ook van familie die zich zorgen maakt over de verslechterende gezondheid en zelfzorg van de oudere. Ook eenzaamheid, een klein sociaal netwerk en gebrek aan mantelzorg maken dat ouderen vaker bij de huisartsenpraktijk hulp vragen.

Daar staat tegenover dat een deel van de ouderen soms ook afziet van hulp, (vervolg) onderzoeken of behandelingen vanwege het eigen risico van de zorgverzekering. Huisartsen-hulp valt overigens niet onder het eigen risico, maar bezoek aan een specialist bijvoorbeeld wel.



■ **Figuur 9.5** Typen ouderen ingedeeld naar eigen regie

9.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie

Een deel van de ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen is uitstekend in staat om de regie over hun leven en zorg in eigen handen te houden. Dat wordt moeilijker naarmate de leeftijd hoger wordt en er meer ziekten of beperkingen zijn. Wie problemen heeft met zien en (fijne) bewegingen van de armen en handen, kan moeilijker zelf medicatie uit verpakkingen halen, tanden poetsen en andere mondzorg uitvoeren.

Ouderen die veel verschillende geneesmiddelen slikken, weten vaak niet waar die voor dienen. Hoe hoger de leeftijd van de oudere en hoe meer geneesmiddelen, des te minder weet de oudere waarvoor hij elk middel gebruikt. Maar 15 % van de ouderen weet van elk middel dat hij gebruikt waar het voor dient. Hoe meer medicatie is voorgeschreven (soorten en innamemomenten), des te lager het juiste gebruik. De therapietrouw neemt dan af.

Ouderen vinden tandartsbezoek vaak minder noodzakelijk dan toen ze jonger waren. Als het lastiger wordt een afspraak te maken, of als vervoer en kosten een probleem vormen, zullen ze vaak afzien van tandartsbezoek.

Naarmate de gezondheidsproblemen talrijker of ernstiger worden, is het voor ouderen moeilijker om de eigen gezondheid in de gaten te houden en signalen goed te interpreteren. Ook regie voeren over het eigen leven en zorg kan moeilijker worden, zeker wanneer het sociale netwerk kleiner wordt. Overigens zullen niet alle ouderen dat zo ervaren. En als ze dat wel ervaren en graag ondersteuning willen, is dat niet altijd meteen te regelen. Daarnaast is het overheidsbeleid gericht op langer thuis wonen, zelfstandig of met hulp.

In het rapport *Ouderen van de toekomst* (Doekhie 2014) wordt gesproken over vier typen ouderen (■ fig. 9.5). Die indeling is gemaakt op grond van twee criteria:

- Hoe belangrijk vinden de ouderen eigen regie?
- Vinden ze dat ze eigen regie hebben?

De vragen en wensen van de vier verschillende typen ouderen zullen in de praktijk verschillen. Dat vraagt, net als bij andere doelgroepen, afstemming en maatwerk.

Uiteraard zullen ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen die in zorginstellingen verblijven te kampen hebben met zwaardere gezondheidsproblemen en gemiddeld minder goed hun regie kunnen voeren.

9.5 In de praktijk

In je zorg voor ouderen en chronisch zieken gelden de algemene principes uit ►H. 2 en 3. Daarnaast zijn er specifieke aandachtspunten en inhoudelijke aandachtspunten.



9.5.1 Aandachtspunten in het contact

Afhankelijk van de aandoening en de leeftijd kan het denken en begrijpen van de patiënt trager of minder goed zijn. Ouderen kunnen moeite hebben om twee dingen tegelijk te doen, bijvoorbeeld de jas aan- of uittrekken en tegelijk praten of luisteren. Ook bewegen, horen en zien kunnen beperkt zijn. Je bent daarom extra alert op eventuele problemen met informatie verwerken (►H. 4), slecht horen en slecht zien (►H. 11 en 12).

Daarnaast let je erop of je patiënt hinder ervaart wanneer hij gaat zitten of liggen, kleding uitdoet, zijn mond opendoet (►tab. 9.2). Kijk of je ondersteuning en geruststelling kunt bieden of op een andere manier kunt zorgen voor comfort.

9.5.2 Inhoudelijke aandachtspunten

Naast de praktische aandachtspunten zijn er inhoudelijke aandachtspunten

Klacht uitvragen

Je hebt vaak jarenlang regelmatig contact met een oudere of een patiënt met een chronische ziekte of beperkingen. Je kent hem, zijn geschiedenis, zijn gezondheidsproblemen, zijn

Tabel 9.2 Aandachtspunten in je contact met ouderen, chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
afspraken, oproepen	<ul style="list-style-type: none"> – plan afspraken op een tijdstip dat voor de patiënt haalbaar is – toon begrip wanneer de patiënt door vervoersproblemen te laat is; overleg met de arts of de patiënt toch geholpen kan worden – neem bij een no-show bij voorkeur contact op met de patiënt; herinner hem aan de afspraak en vraag waarom hij niet is verschenen; maak eventueel een aantekening in het dossier – stuur na een (volgende) oproep eventueel een extra reminder; overleg met de patiënt of mantelzorgers over de manier waarop – roep in de tandartspraktijk ook patiënten zonder eigen gebitselementen op voor een controle
ontvangst	<ul style="list-style-type: none"> – let erop of de patiënt zelfstandig kan lopen en gaan zitten; ga naar een rolstoelpatiënt toe als de balie hoog is; begeleid de patiënt eventueel naar een plaats in de wachtruimte en wacht met vragen stellen totdat de patiënt zit – praat duidelijk, bij ouderen voldoende luid en niet te snel; in de behandelkamer van de tandartspraktijk: doe de radio uit – houd in de gaten of de patiënt het hoort als je hem oproept – houd in de gaten of je (weer) kunt helpen met opstaan en eventueel kunt begeleiden bij het lopen
<i>in de spreekkamer, behandelruimte, aan de balie van de apotheek</i>	
positieverandering	<ul style="list-style-type: none"> – help de patiënt om in de tandartsstoel plaats te nemen; gebruik eventueel een tillift – kondig (in de tandartspraktijk) verandering van de positie van de stoel aan – geef een patiënt na positieverandering, met name na rechtop komen uit een liggende houding, tijd om duizeligheid te voorkomen
<i>ziektespecifieke aandachtspunten</i>	
astma/COPD	<ul style="list-style-type: none"> – mondzorg bij gebruik inhalatiesteroïden in verband met de kans op schimmelinfectie
COPD	<ul style="list-style-type: none"> – een jas aan- en uitdoen, een shirt of hemd over het hoofd aan- en uittrekken, gaan zitten en opstaan kan inspannend zijn en benauwdheid verergeren – benauwdheid bij platliggen of wanneer het hoofd achterover wordt gekanteld

■ Tabel 9.2 Vervolg.

coronairlijden	<ul style="list-style-type: none"> – bij inspanning of stress; soms is tandheelkundig onderzoek en behandeling wenselijk voorafgaand aan een geplande hartoperatie – vraag naar het gebruik van antistolling als de patiënt een tandheelkundige ingreep zal ondergaan; als de patiënt volgens de richtlijnen daarmee moet stoppen, zeg dan hoeveel dagen tevoren hij moet stoppen; vraag vóór de ingreep of de patiënt is gestopt met de antistolling (ACTA 2012)
CVA en ander niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	<ul style="list-style-type: none"> – veranderingen in bewegen, soms ook cognitieve veranderingen, afasie, emotionele ontremming, verandering van persoonlijkheid – vraag naar het gebruik van antistolling als de patiënt een tandheelkundige ingreep zal ondergaan; als de patiënt volgens de richtlijnen daarmee moet stoppen, zeg dan hoeveel dagen tevoren hij moet stoppen; vraag vóór de ingreep of de patiënt is gestopt met de antistolling (ACTA 2012)
hartfalen	<ul style="list-style-type: none"> – jas aan- en uitdoen, gaan zitten en opstaan kunnen inspannend zijn – er kan benauwdheid optreden bij platliggen of wanneer het hoofd achterover wordt gekanteld
kankerbehandeling met chemotherapie en/of radiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – vermoeidheid, verminderde afweer, verminderde stolling, kwetsbaar of kapot slijmvlies/tandvlees – wees alert op infectierisico en infecties: herpes simplex en herpes zoster treden nogal eens op – soms is tandheelkundige behandeling wenselijk voordat met chemotherapie wordt begonnen of voordat met bestraling in het hoofd-halsgebied wordt begonnen; soms is overleg nodig over uitstel van een tandheelkundige behandeling
beweegproblemen door reumatische of neurologische aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> – denk aan: reumatische aandoeningen (artrose, reumatoïde artritis) en andere aandoeningen die moeite met bewegingen veroorzaken, zoals beroerte, ziekte van Parkinson, ziekten met onwillekeurige bewegingen – let op moeite met lopen, gaan staan of zitten, een deur openen, kleding aan- en uittrekken, een beker pakken en drinken, moeite met openen van medicijnstrips – let bij tandheelkundige behandeling op: moeite of pijn bij openen mond (door reuma in kaakgewrichten); moeite om het hoofd op de hoofdsteun te leggen of om het hoofd stil te houden; zorg eventueel voor een kussentje; stel de patiënt die moeite heeft zijn hoofd stil te houden gerust: de tandarts zal hem daarbij helpen – let op pijn of moeite bij het spreiden van de benen voor het maken van een uitstrijkje (bij reuma in heupgewrichten)
moeite met horen en zien	zie ► H. 11 en 12

manier van doen. Dat heeft voordelen, maar ook nadelen. Als je een patiënt al lang kent, bestaat het gevaar dat je al zijn klachten ziet als onderdeel van de ziekte, als onderdeel van een patroon. De kunst is om alert en objectief te blijven. Het is belangrijk dat je de klachten net zo uitvraagt als bij elke andere patiënt. Let erop dat je niet te snel interpreteert.

Multipathologie

Je bent je er ook van bewust dat ouderen en chronisch zieken vaak meer aandoeningen hebben of ontwikkelen. Hoge leeftijd en ziekten kunnen sociale en emotionele problemen veroorzaken (eenzaamheid, depressie). Bij een aantal chronische ziekten is de kans op een depressie groot: na een beroerte, bij diabetes en COPD.

Daarnaast ben je er alert op dat de nierfunctie in de loop van de jaren verslechterd kan zijn (► <http://www.denieuwepraktijk.nl>) en dat geneesmiddelen door een hogere bloedspiegel meer bijwerkingen kunnen veroorzaken.

Belasting

Je hebt oog voor wat het (zelfstandig) thuis wonen van de oudere of chronisch zieke vraagt, zeker wanneer het sociale netwerk kleiner wordt. Daarnaast heb je aandacht voor de mantelzorger. Het is mogelijk om in het HIS te noteren wie mantelzorg geeft of ontvangt (ICPC-code Z14). Toon interesse. Vraag de mantelzorger op een passend moment naar zijn ervaringen en inschatting van de situatie. Vraag ook hoe het met hem gaat. Vertel dat hij met vragen en zorgen bij de praktijk terecht kan. Attendeer hem eventueel op lokale ondersteuningsmogelijkheden (Mezzo, organisatie voor mantelzorgers ► www.mezzo.nl; via wijkteams, Wmo-loket). Wees alert op eventuele overbelasting en ontspoorde zorg (► par. 9.3.8).

Kinderen en jongeren die mantelzorg bieden aan een chronisch zieke ouder, verdienen extra aandacht. Voor hen zijn speciale ondersteuningssites (► par. 9.6.1).

Mondzorg

In de mondzorg worden drie categorieën ouderen onderscheiden: vitale ouderen (zelfstandig wonende ouderen met lichte gezondheidsproblemen), kwetsbare ouderen (zelfstandig wonende ouderen met enige kwetsbaarheid) en geriatrische ouderen (meestal in zorginstellingen met multimorbiditeit, polyfarmacie). Met het toenemen van de kwetsbaarheid ligt het accent in de behandeling steeds meer op het goed functioneren van de mond en het behoud van de conditie van mondweefsels, juist met het oog op de toekomst van de patiënt. Er wordt ook wel gesproken van 'levensloopbestendige mondgezondheid'. Aandacht voor goede mondzorg (door de oudere, mantelzorger of verzorgende in een instelling) en regelmatig bezoek aan de tandarts is bij alle groepen van belang. Uiteindelijk gaat het erom dat de gezondheid van de mond bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kwetsbare patiënten. Dat betekent dat de tandarts soms ervoor kiest niet te behandelen, geen prothese te plaatsen, of te *rebasen* in plaats van een nieuwe prothese te plaatsen.

9.5.3 Ondersteuning eigen regie

Voor ondersteuning van de eigen regie gelden de algemene principes uit ► H. 3 en 4. Voor ouderen en chronisch zieken is het belangrijk om positieve factoren te versterken (zelfvertrouwen, activiteiten ondernemen, initiatieven nemen, een sociaal netwerk hebben).

Zorg dat je op de hoogte bent van de (digitale en fysieke) voorzieningen voor ouderen, chronisch zieken en mensen met beperkingen (regelhulp, boodschappendienst, klussendienst, maaltijdvoorziening, buurtmaaltijd, vervoersregeling, maatjesprojecten) en de lokale sociale kaart.

9.6 Samenwerking, wet- en regelgeving

Zorg voor ouderen en chronisch zieken vraagt bijna altijd om samenwerking. Er zijn immers bijna altijd verschillende disciplines voor langere tijd bij de zorg betrokken. Zorgstandaarden en richtlijnen bieden de professionals een handvat, maar het is aan de zorgverleners in elke wijk, gemeente, regio om de samenwerkingsverbanden op te zetten en afspraken te maken.

9.6.1 Seniorproof maken van de praktijk

Bekijk of je praktijk of apotheek seniorproof is wat bereikbaarheid, inrichting en organisatie betreft. De tandartsenorganisatie KNMT heeft een checklist opgesteld voor tandartspraktijken (► par. 9.7.2). Deze lijst is grotendeels bruikbaar voor andere eerstelijnszorgorganisaties. Bespreek in je team welke verbeteringen mogelijk zijn.

9.6.2 Samenwerking

Zorgprogramma's en ketenzorg

Er bestaan lokale en regionale zorggroepen in de eerste lijn die de volledige zorg voor een patiëntencategorie bieden en coördineren. Zij bieden bijvoorbeeld zorg voor mensen met diabetes type 2, (risico's voor) hart- en vaatziekten, COPD, depressie en angststoornissen. Er zijn afspraken gemaakt wie (welke discipline) welke zorg biedt. Ook over de verwijzingscriteria naar een ziekenhuis zijn lokale of regionale afspraken gemaakt.

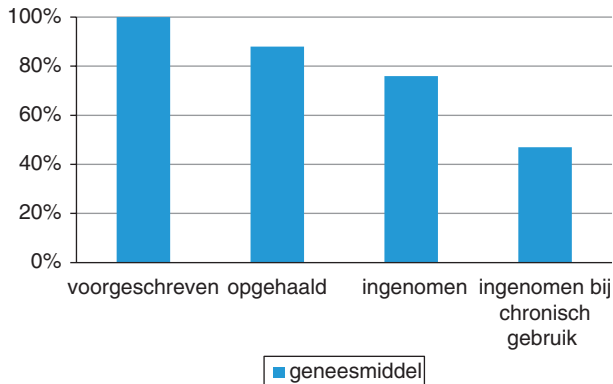
Moeilijker is het wanneer een patiënt verschillende (chronische) ziekten heeft en/of risicofactoren voor verschillende gezondheidsproblemen. Van deze kwetsbaarheid zal de komende jaren sprake zijn bij ongeveer een kwart van de ouderen.

Kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen wonen in heel verschillende woonsettings: thuis, verzorgings- of verpleeghuis, zorginstelling voor eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie (► <http://www.denieuwepraktijk.nl>). De zorg voor deze kwetsbare ouderen vraagt extra aandacht van alle betrokkenen en onderlinge afstemming. Enkele regio's hebben daarvoor een zorgprogramma kwetsbare ouderen. Praktijkondersteuners ouderen/geriatrie spelen daarin een belangrijke rol. Om te beginnen stellen zij vast welke patiënten in de praktijk tot de groep kwetsbare ouderen horen. Dat kan op verschillende manieren. Vervolgens gaan zij na wat de behoeften van die ouderen zijn en organiseren en coördineren zij de zorg. Goede zorg lukt niet zonder een goed netwerk. Dat moet intussen opgebouwd of versterkt worden (Vilans 2014). Overigens stellen niet alle ouderen het op prijs om ongevraagd een uitnodiging te krijgen voor een bezoek aan de huisarts of praktijkondersteuner. Goede uitleg en aansluiten op de behoeften kan het gevoel van betutteling verminderen.

Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde

Grootste knelpunt voor huisartsen bij de langdurige zorg is tijdgebrek voor zorg aan de kwetsbare patiënt en onvoldoende beschikbaarheid (en soepele financiering) van een specialist ouderengeneeskunde om een goede samenwerking op poten te zetten. In 2016 zijn maatregelen genomen om de financiering te versoepelen.



■ **Figuur 9.6** Voorgeschreven, opgehaalde en ingenomen medicatie (bron: Palmen 2015)

Samenwerking in de mondzorg voor kwetsbare ouderen

Landelijk worden projecten uitgevoerd om de mondzorg door en bij ouderen te ondersteunen. Zowel bij thuiswonende ouderen als bij ouderen in zorginstellingen (*De mond niet vergeten* ► <http://www.demondnietvergeten.nl> en *Houd de oudere mond gezond* ► <http://www.h-ouddemondgezond.nl/>). Voor verzorgend personeel in verzorgings- en verpleeghuizen zijn poetsinstructiekaarten ontwikkeld. Sommige tandartspraktijken bieden scholingen aan. Wanneer behandeling in de eerstelijnspraktijk niet mogelijk is, kan de patiënt worden verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde. In een enkele regio kan de tandarts patiënten thuis behandelen.

9.6.3 Voorzieningen, wijkteam, sociale kaart

Er zijn veel voorzieningen voor ouderen, chronisch zieken en mensen met beperkingen. Denk bij (digitale en fysieke) voorzieningen aan regelhulp, boodschappendiensten, klussendiensten, maaltijdvoorzieningen, buurtmaaltijden, vervoersregelingen, maatjesprojecten.

Deze voorzieningen en de lokale sociale kaart, inclusief het wijkteam, worden hier niet verder uitgewerkt, omdat ze sterk verschillen per gemeente.

9.6.4 Polyfarmacie bij ouderen

Nadelige gevolgen van polyfarmacie bij ouderen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Daarom is afgesproken om bij mensen van 65 jaar en ouder met polyfarmacie te kijken of zij extra risico lopen op ongewenste gevolgen (Multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, NHG 2012; ► <https://www.nhg.org>). Bij één extra risicofactor (zie kader Criteria voor jaarlijkse medicatiebeoordeling) is het wenselijk elk jaar de medicatie te beoordelen. Daarbij is er aandacht voor het werkelijke gebruik van geneesmiddelen (■ fig. 9.6), de noodzaak van elk middel en bijwerkingen.

Deze medicatiebeoordeling houdt in: een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, (verpleeg)huisarts en (huis)apotheker, op basis van een stappenplan. Daarvoor bestaan verschillende methoden: de STRIP (*Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing*), een combinatie van stappenplannen waaronder de POM (*Prescribing Optimization Method*). In het volgende kader staan de criteria voor de medicatiebeoordeling.

■ Tabel 9.3 Stappenplan medicatiebeoordeling

	stap	toelichting
1.	bekijk en controleer de medicatielijst	bij patiënten met polyfarmacie klopt het medicatieoverzicht vaker niet dan wel; patiënten hebben zelf vaak geen actuele lijst, slikken niet alle medicatie van de lijst en gebruiken bovendien daarnaast vaak vrij verkrijgbare geneesmiddelen
2.	vraag welke medicijnen echt worden gebruikt, ook zelfzorgmedicijnen	<ul style="list-style-type: none"> – ga na wat de patiënt daadwerkelijk gebruikt, welke van de lijst en welke andere; vraag de patiënt om alle medicatie die hij gebruikt (ook zelfzorgmiddelen, kruiden- of homeopathische middelen en vitaminen) mee te nemen naar het gesprek; stel een actuele en complete lijst van het geneesmiddelengebruik op – besteed aandacht aan mogelijke interacties, ook tussen voorgeschreven medicijnen en zelfzorgmiddelen
3.	vraag naar bijwerkingen en beoordeel de nierfunctie	<ul style="list-style-type: none"> – veel patiënten weten niet welke bijwerkingen kunnen optreden; klachten, zoals sufheid, slaapstoornissen, duizeligheid, vallen en obstipatie, brengen ze lang niet altijd in verband met de medicatie; het is dus belangrijk daar gericht naar te vragen – oudere gebruikers hebben veel vaker bijwerkingen dan jongere gebruikers van hetzelfde geneesmiddel; naarmate de nierfunctie slechter is, is de kans op bijwerkingen van geneesmiddelen (die via de nier worden uitgescheiden) groter – bijwerkingen hebben veel invloed op de patiënt en zijn een belangrijke reden om het geneesmiddel minder vaak te gebruiken dan voorgeschreven of helemaal te laten staan
4.	beoordeel of er medicijnen geschrapt of toegevoegd kunnen worden, of dat de frequentie of dosering moet worden aangepast	<ul style="list-style-type: none"> – vaak gebruikt een patiënt (nog) medicatie die niet meer nodig is, of die bij ouderen gecontraïndiceerd is; de STOPP-criterialijst (<i>Screening Tool of Older Person's Prescriptions</i>) geeft aan welke middelen beter gestopt kunnen worden; dat betekent niet dat de arts ze niet mag voorschrijven, maar hij zal goed moeten kijken of er geen alternatief is; als er dat niet is, is het verstandig om met een lage dosis te beginnen en regelmatig te controleren of er bijwerkingen zijn – andersom komt ook voor: een middel dat is geïndiceerd, is per abuis niet voorgeschreven (laxeermiddel bij opioïd, bètablokker na hartinfarct, maagbeschermer bij NSAID) – hoe vaker op een dag een geneesmiddel moet worden ingenomen, hoe lager de therapietrouw is: bij inname 1 × per dag is de therapietrouw ongeveer 80 %, bij inname 4 × op een dag ongeveer 50 %; ook een ingewikkeld innameschema maakt goed gebruik moeilijk; dat kan een reden zijn om de doseerfrequentie aan te passen door bijvoorbeeld een tablet met vertraagde afgifte voor te schrijven of een combinatiepreparaat; halve tabletten zijn minder praktisch
5.	maak nieuwe afspraken over medicijngebruik pas het medicatieoverzicht aan	<ul style="list-style-type: none"> – maak in overleg met de patiënt nieuwe afspraken; houd daarbij rekening met de bezwaren, mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt – leg de afspraken (medicatie, frequentie, dosering, vorm) vast in een nieuw medicatieoverzicht
6.	maak afspraken over het monitoren van het medicijngebruik	leg vast wie, wanneer en hoe in de nabije toekomst in de gaten houdt hoe het gaat met het medicijngebruik

Criteria voor jaarlijkse medicatiebeoordeling bij ouderen met polyfarmacie

De beoordeling is van toepassing op:

- patiënten die 65 jaar of ouder zijn en vijf of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken, én
- minimaal een van de volgende risicofactoren hebben:
 - verminderde nierfunctie (GFR < 50 ml/min);
 - verminderde cognitie (dementie) of aanwijzingen voor geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen;
 - verhoogd valrisico (een of meer maal gevallen in de voorgaande twaalf maanden);
 - signalen van verminderde therapietrouw;
 - niet zelfstandig wonend (verzorgings- of verpleeghuis);
 - niet geplande ziekenhuisopname.

Welk stappenplan (■ tab. 9.3) ook wordt gebruikt voor medicatiebeoordeling, het bevat altijd een aantal essentiële elementen.

9.6.5 Eerstelijnszorg voor mensen in een verpleeghuis of andere zorginstelling

Huisartsenzorg in verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen

Veel bewoners kunnen niet gemakkelijk naar de praktijk komen. Daarom regelen huisartspraktijken vaak een afspraakspreekuur op locatie. Dat voorkomt al te veel visites. Er zijn goede afspraken nodig om zo 'n afspraakspreekuur goed te laten verlopen. Afspraken over:

- wie een spreekuurconsult/visite kan afspreken: de patiënt, de verzorgende, de coördinator/het afdelingshoofd, en welke gegevens dan beschikbaar moeten zijn;
- bij wie het verzoek om de afspraak binnenkomt: de praktijkassistent of de praktijkondersteuner;
- wie er tijdens het spreekuur aanwezig is ter ondersteuning: de (contact)verzorgende van de patiënt of de verpleegkundige van de zorginstelling, de praktijkassistent of de praktijkondersteuner van de huisarts.

Praktijkassistenten moeten bij de vraag om een visite de klacht net zo uitvragen als bij een thuiswonende patiënt. Ze doen er goed aan om de patiënt zelf aan de telefoon te vragen, ook als de verzorgende belt. En ze vragen of er nog meer visites worden aangevraagd, zodat die te combineren zijn.

Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen

Het werkt het beste, met de minste kans op communicatieproblemen en fouten, als de farmaceutische zorg in de handen van één apotheker is. Daarover moeten dan wel afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar en de coördinator van de familiezorg, want dat kan niet zomaar opgelegd worden.

Mondzorg in verzorgings- en verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen

De laatste jaren is er meer aandacht voor (ondersteuning van) de mondzorg in verzorgings- en verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen. Er zijn materialen ontwikkeld, zoals poetsinstructiekaarten, en scholingsprojecten opgezet. Niet alle verpleeghuizen leveren zorg door tandartsen en mondhygiënisten aan hun bewoners en lang niet alle mondzorgpraktijkruimtes in verpleeghuizen bieden voldoende faciliteiten voor goede zorg.

9.6.6 Innovatieve projecten

We geven enkele voorbeelden van innovaties in de praktijk (zie ook ► par. 9.6.2).

Wijkverpleegkundige

Er zijn projecten waarin een wijkverpleegkundige een patiënt al bezoekt vóórdat hij uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Na thuiskomst houdt zij contact met de patiënt. Daardoor wordt de kans op medicatieproblemen en medicatiefouten thuis kleiner. Dat verlaagt het aantal heropnames en zelfs sterfgevallen na ontslag uit het ziekenhuis.

Eerstelijnsverblijf

Wanneer een patiënt na een ziekenhuisverblijf nog niet naar huis kan omdat verzorging of 24-uurstoezicht ontbreekt, kan de patiënt voor eerstelijnsverblijf in een verpleeghuis of huisartsenhospitaal (een ziekenhuisafdeling met huisartsenzorg) worden opgenomen. Dat kan ook als een thuiswonende patiënt tijdelijk 24-uurstoezicht of -zorg nodig heeft zonder dat ziekenhuisopname nodig is. De huisarts is daar verantwoordelijk voor de gewone huisartsenzorg, tenzij hij de zorg overdraagt aan een specialist ouderengeneeskunde. Tot 2017 is hiervoor een subsidieregeling; vanaf 2017 valt dit onder de zorgverzekeringswet.

In verschillende regio's zijn er bureaus die opname in een eerstelijnsverblijf regelen. Bijvoorbeeld een transferafdeling van een ziekenhuis en een acute dienst (van eerstelijnszorgorganisaties en zorgverzekeraar).

Ogen en oren

Apothekers hebben verschillende projecten ontwikkeld om informatie te verzamelen en te delen met andere professionals. Assistenten in de apotheek kunnen opmerken dat een patiënt moeite heeft om de medicatie-instructie te begrijpen, of dat hij angstig of eenzaam is. Zij kunnen deze informatie doorgeven aan het wijkteam. Daarvoor moeten ze uiteraard wel toestemming van de patiënt hebben (project Samenwerking apotheek en wijkteam ► <https://www.sbaweb.nl>).

9.6.7 Regelingen en wetgeving

Ouderen en chronisch zieken kunnen met veel verschillende regelingen en wetten te maken hebben. Verpleging thuis zit sinds 2015 in het basispakket, maar huishoudelijke ondersteuning valt onder de Wmo. Een aanvraag daarvoor moet de patiënt bij de gemeente indienen, net als aanvragen voor vervoer, hulpmiddelen en aanpassingen. Daarvoor zijn in de meeste gemeenten wijkteams en/of een Wmo-loket opgezet.

9.7 Informatie

9.7.1 Voor de doelgroep

Voorlichtingsmateriaal, sites

- Algemeen: ► www.kennispleinchronischezorg.nl ► <https://iederin.nl/> ► <https://www.mezzo.nl/> (voor mantelzorgers).
- Mantelzorgmakelaar ► www.mantelzorgmakelaar.nl neemt een aantal regeltaken over, waardoor de mantelzorger wordt ontlast.

- Poetsinstructiekaarten op ► www.demondnietvergeten.nl en ► <https://www.knmt.nl>
- *Poetsboek* ► <http://www.demondnietvergeten.nl/poetsboek/>
- *Hulpmiddelenwijzer* ► www.hulpmiddelenwijzer.nl helpt om handige hulpmiddelen te vinden.
- Infographic *Hou je mond gezond* met tips over mondzorg voor mensen met een beperking ► <http://www.pgwerksamen.nl>

Zelfmanagementcursussen

Er bestaan ondersteuningsgroepen en cursussen voor zelfmanagementondersteuning. Bijvoorbeeld voor mensen met reuma: *Reuma uitgedaagd* (live en online voor twee leeftijdsgroepen: jongeren van 16 tot en met 25 jaar en mensen vanaf 26 jaar ► <https://www.reuma-uitgedaagd.nl/>)

Mantelzorg

- Mantelzorgorganisatie Mezzo ► www.mezzo.nl
- Website voor jonge mantelzorgers ► www.jong-zorgen.nl
- Website van kinderen van ouders met psychiatrische problemen ► www.kopp.lotgenootje.nl

9.7.2 Voor de praktijk

-
- *Kwetsbare ouderen. Handreiking voor professionals en multidisciplinaire teams in de eerste lijn* (Vilans 2014) ► <http://www.vilans.nl>
 - *Kwetsbare ouderen: werken aan screenen en assessment van kwetsbare ouderen* (2015) ► <http://www.kennispleinchronischezorg.nl>
 - *Signaalkaart ouderen mishandeling*. Veilig thuis Amsterdam-Amstelland ► <http://www.huiselijkgeweld.nl>
 - *Toolkit mantelzorg in de huisartsenpraktijk* (Expertisecentrum Mantelzorg 2014) ► <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/instrument-toolkit-mantelzorg-in-de-huisartsenpraktijk.html>
 - Infographic *De juiste hulp op het juiste moment*. Deel 2 (Vilans) ► <http://www.vilans.nl>
 - Infographic *Stap voor stap op weg naar goede transmurale zorg voor kwetsbare ouderen* (Movisie en Vilans 2016) ► <http://www.beteroud.nl>

Hulpmiddelen voor de tandartspraktijk voor mondzorg ouderen:

- *Eerstelijnsbijeenkomst mondzorg ouderen*. Draaiboek (KNMT) ► www.knmt.nl/ouderen
- *Kwaliteitscriteria mondzorg vanuit patiëntenperspectief voor mensen met een beperking of chronische ziekte* (PGwerksamen 2015) ► <http://www.pgwerksamen.nl>
- Poetsinstructiekaarten voor verzorgend en verplegend personeel (TNO, KNMT, Zorgvoorbeter) ► www.demondnietvergeten.nl en ► <http://www.zorgvoorbeter.nl>
- *Houd de oudere mond gezond* (project):
 - Checklist *Is uw praktijk al seniorproof?* (KNMT 2015) ► <http://www.knmt.nl>
 - Praktijkkaarten *Is uw praktijk al seniorproof?* Tips, adviezen en aanbevelingen uit de praktijkwijzer (KNMT 2015) ► <http://www.knmt.nl>
 - Praktijkwijzer *Zorg aan ouderen in de algemene mondzorgpraktijk* (KNMT 2015) ► <http://www.knmt.nl>

Dementerenden

Samenvatting

Nu er steeds meer ouderen komen, neemt het aantal dementerenden toe, ook onder mensen met een migrantenachtergrond en mensen met een verstandelijke beperking. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak van dementie. Kenmerkend voor dementie is de combinatie van geheugenstoornis en andere cognitieve stoornissen die het functioneren in het dagelijks leven en het sociaal functioneren steeds meer belemmert. Dementerenden zijn kwetsbaarder doordat zij hun klachten minder goed kunnen beoordelen en verwoorden. Naarmate de dementie verder vordert, nemen de mogelijkheden voor eigen regie af. Ook ontstaan er meer problemen met de mondzorg. De beginfase van dementie herkennen is niet gemakkelijk voor de patiënt en zijn familie, maar ook niet voor zorgverleners. Bij migranten en bij mensen met een verstandelijke beperking is herkennen en diagnosticeren van dementie moeilijker. Symptomen van dementie worden vaak aan veroudering of stress toegeschreven. In de tandartspraktijk raken patiënten met dementie vaak uit beeld wanneer ze niet op een oproep reageren of geen afspraak meer (kunnen) maken. Voor dementerenden zijn rust en veiligheid tijdens de behandeling extra belangrijk. Zoek bij problemen naar een oplossing die bij de persoon en de mate van dementie past. Meestal krijgen dementerenden een casemanager.

10.1 Inleiding – 123

10.2 Wie? – 123

10.2.1 Soorten dementie – 124

10.3 Gezondheidsproblemen – 125

10.3.1 Fasen van Alzheimerdementie – 125

10.3.2 Mondzorgproblemen – 126

10.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw – 126

10.5 Herkennen – 126

10.5.1 Migranten – 126

10.5.2 Mensen met een verstandelijke beperking – 127

10.6 In de praktijk – 127

10.6.1 In de tandartspraktijk – 127

10.6.2 In de huisartsenpraktijk – 128

10.6.3 In de apotheek – 131

10.7 Samenwerking, wet- en regelgeving – 132

10.7.1 Wetgeving – 132

10.7.2 Samenwerking, wijkteams, transmurale zorg – 133

10.8 Informatie – 133

10.8.1 Voor de doelgroep en mantelzorgers – 133

10.8.2 Voor de praktijk – 134

10.1 Inleiding

In ►H. 9 zijn ouderen besproken, maar niet de groep dementerenden. Dementie leidt tot specifieke symptomen en gedragsveranderingen die apart aandacht behoeven. Daarover gaat dit hoofdstuk.

Casus

Meneer Hendriks is dementerend. De dementie veroorzaakt bij hem een sterke loopdrang. Hij kan soms na vijf minuten in de tandartsstoel zeggen: 'Zo, ik stap maar weer eens op.' Dan kun je niet lang behandelen. Als meneer Hendriks binnenkomt neem ik hem daarom bij de arm en ga dan eerst een rondje met hem lopen. Intussen kan de tandarts even met de begeleider praten en dingen doorspreken. Als meneer Hendriks in de stoel onrustig wordt, benoemen we dat en gaan we erop in: 'Bijna klaar, dan kunt u zo weer gaan lopen.' Als je ervoor zorgt dat je niet over de grenzen van een patiënt heengaait, kun je een heleboel doen. Als een patiënt vraagt: 'Ga je mijn moeder bellen?' dan bevestig ik dat: 'Ja, dat zal ik doen, als we klaar zijn. We gaan eerst nog ...' Ik ga mee met wat de patiënt zegt, ik ga er niet tegenin. Zo houd ik op een positieve manier contact.

Voor mezelf heb ik als stelregel dat er niets zou moeten tijdens de behandelingen. Dat kan ik niet helemaal waarmaken, want soms moet er echt iets. Maar die stelregel dwingt me om continu heel goed na te blijven denken of het echt zo moet, of dat ik andere oplossingen kan bedenken om tot hetzelfde resultaat te komen.

Yolanda Kok, tandartsassistent en Wendy Spijkers, tandarts, Bilthoven

10.2 Wie?

Er zijn in Nederland een kwart miljoen mensen met dementie. In een gemiddelde huisartsenpraktijk zijn er per fulltime huisarts veertig dementerenden en wordt er per jaar bij twee tot vijf patiënten dementie vastgesteld. Het aantal dementerenden neemt toe doordat er steeds meer ouderen komen. Van de mensen boven de 65 jaar is 10 % dementerend, boven de 80 jaar is 20 % dementerend en boven de 90 jaar 40 %. Er zijn ook steeds meer dementerenden met een migrantenachtergrond, in 2016 ruim 10 % van het totale aantal dementerenden. Mensen met een verstandelijke beperking beginnen gemiddeld op een wat jongere leeftijd te dementeren. Ook onder hen neemt het aantal dementerenden toe. De meeste dementerenden wonen thuis. Dat geldt ook voor de groep matig-ernstig dementerenden. Pas in een laat stadium komen ze in aanmerking voor opname in een verpleeghuis.

Dementie is een syndroom, een combinatie van klachten. Problemen van het (kortetermijn)geheugen, gedrags- en karakterveranderingen zijn veelvoorkomende symptomen. Maar niet alleen het geheugen is verstoord (zie kader Criteria voor dementie). Ook andere cognitieve functies nemen af, zoals: planningsvaardigheid, oriëntatievermogen, herkenning van voorwerpen en gezichten, taalbeheersing, een gesprek volgen, oplossend vermogen, uitvoering van alledaagse handelingen, schakelen van de ene taak naar de andere. Deze veranderingen hebben een grote invloed op het functioneren in het dagelijks leven en in sociale contacten.

■ **Tabel 10.1** Kenmerken van soorten dementie

	alzheimer-dementie	vasculaire dementie	frontotemporale dementie	'lewy body'-dementie (parkinsondementie)
percentage van het totaal	40–60 %	15 %	<5 %	10 %
ernstige geheugenstoornissen	+	+		laat in het ziekteproces
gedragsveranderingen	+		+	
karakterveranderingen	+		+	
wisselend beeld		+		+
hallucinaties				+
depressie		+		+
traagheid		+		+
spierstijfheid				+

+ = komt veel voor, staat op de voorgrond.

Criteria voor dementie

- Stoornis in het (kortetermijn)geheugen, *en*
- een andere cognitieve stoornis (bijv. oriëntatiestoornis, afasie), *en*
- de negatieve invloed daarvan op het dagelijks functioneren en op de sociale contacten, *en*
- er is geen sprake van een delier (acute verwardheid door een lichamelijke oorzaak).

10.2.1 Soorten dementie

Dementie kan door verschillende ziekten worden veroorzaakt. De ziekte van Alzheimer is de bekendste en meest voorkomende oorzaak. Andere soorten zijn de ziekte van Pick (frontotemporale dementie), vasculaire dementie en 'Lewy body'-dementie. Deze laatste vorm komt vaak voor bij mensen met de ziekte van Parkinson. Minder voorkomende oorzaken bespreken we hier niet.

Dementie komt vooral voor na het 65ste jaar, maar de ziekte van Pick ontstaat vaak al eerder. Dan spreek je van jongdementerenden. De symptomen en het verloop van de dementie verschillen tussen de soorten en verschillen van persoon tot persoon. Mensen met het syndroom van Down of een andere verstandelijke beperking beginnen vaak al voor het 65ste jaar te dementeren. ■ **Tabel 10.1** laat verschillen tussen de meest voorkomende soorten van dementie zien. Niet bij alle soorten dementie staan geheugenproblemen op de voorgrond. Bij 'Lewy body'-dementie treden geheugenstoornissen bijvoorbeeld pas laat in het ziekteproces op.

10.3 Gezondheidsproblemen

Dementerenden (psychogeriatrische patiënten) hebben naast hun dementie dezelfde gezondheidsproblemen als andere ouderen. Maar ze zijn kwetsbaarder doordat zij op den duur hun gezondheid minder goed kunnen beoordelen en hun klachten minder goed onder woorden kunnen brengen. ‘Gaten’ in hun geheugen vullen ze op met informatie die ze het meest logisch vinden (confabuleren). Naarmate hun oriëntatievermogen en planningsvaardigheden afnemen, wordt bovendien het zelfstandig functioneren steeds moeilijker. Boodschappen doen, maaltijden bereiden, afspraken maken en nakomen worden een probleem, al zal de dementerende dat niet zo ervaren en dus niet zo zien. In het begin merken ze zelf dat ze dingen kwijt zijn of iets niet meer weten. Zij zullen alles op alles zetten om te blijven functioneren, maar dat wordt steeds moeizamer.

Alleenstaande dementerenden kunnen gaan ‘dwalen’, het gas of de kookplaat aan laten staan, eenzijdige voeding gebruiken, zichzelf en hun kleding niet meer goed verzorgen, hun mondzorg niet goed uitvoeren. Mantelzorgers kunnen dat in goede banen leiden, maar dat vraagt veel tact en steeds meer energie. De dementerende zelf vindt meestal dat alles goed gaat. Wanneer het dag-nachtritme van de dementerende omkeert, trekt dat een zware wissel op de veerkracht van de mantelzorger. De kans op mishandeling (ontspoorde zorg) neemt dan toe.

10.3.1 Fasen van Alzheimerdementie

In de *vroege fase* van de ziekte van Alzheimer treden kleine veranderingen op in het geheugen en gedrag. Eerst denken de patiënt en de familie nog dat dat hoort bij het ouder worden. Als mensen later terugkijken, realiseren ze zich dat het de eerste tekenen van dementie waren. De dementerende vergeet dingen die recent zijn gezegd of gebeurd, raakt de draad in een verhaal kwijt en herhaalt zichzelf. Hij verliest zijn interesse en heeft moeite om beslissingen te nemen. Hij kan angstig, onrustig of onzeker zijn.

In de *middenfase* wordt het geheugen slechter en nemen de karakter- en gedragsveranderingen toe. Het vermogen om voor zichzelf te zorgen neemt af. De verwardheid neemt toe, het wordt moeilijker om mensen te herkennen. De dementerende kan gemakkelijk boos worden of achterdochtig, doordat hij niet meer overziet wat er allemaal gebeurt. Het slaap-waakritme kan verstoord raken. Er kan bewegingsdrang optreden.

In de *late fase* van de ziekte van Alzheimer gaat de patiënt ook lichamelijke achteruit. Hij gaat met kleine, schuifelende stapjes lopen. Hij kan moeite hebben met kauwen en slikken en, ondanks een goede eetlust, afvallen. Hij kan incontinent worden voor urine en ontlasting. Het vermogen om te praten neemt steeds verder af. Soms is de dementerende onrustig, zoekend. De dementerende kan verdrietig of agressief zijn, vooral als hij niet begrijpt wat er gebeurt. Apathie, rusteloosheid en bewegingsonrust, vloeken en verbale agressie komen veel voor. Ook depressie komt veel voor. Het geheugen is sterk gestoord. De dementerende herkent mensen en ook vaak voorwerpen in zijn omgeving niet meer, ook al zijn er af en toe momenten waarop hij iemand wel weer herkent. Meestal reageert de patiënt nog wel op een rustige stem, op muziek, geuren en aanraking. In de periode voorafgaand aan opname in een verpleeghuis hebben bijna alle dementerenden gedragsproblemen. Gemiddeld leven mensen met de ziekte van Alzheimer nog tien jaar nadat de verschijnselen zijn begonnen.

10.3.2 Mondzorgproblemen

Naarmate de dementie verder is gevorderd, zijn er meer problemen met de mondzorg. Zelf poetsen gebeurt minder goed en minder vaak (minder aandacht, routines worden minder, motoriek raakt gestoord). Mantelzorgers en personeel in zorginstellingen geven vaak niet voldoende mondzorg. Het ontbreekt hen aan deskundigheid, tijd en vaardigheid om met afweergedrag van dementerenden om te gaan. Door onvoldoende tandenpoetsen treden bij matig tot ernstig dementerenden vaak problemen op, zoals ernstige cariës en blootliggende tandhalzen.

10.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw

Naarmate de dementie erger wordt, nemen de mogelijkheden voor eigen regie af. Zelfstandig wonen, zeker als de oudere alleen is, wordt moeilijker en op den duur onveilig (deur open laten staan, gas aan laten staan, overvolle koelkast met bedorven eten, medicijnen niet correct of niet innemen). De dementerende beseft vaak niet dat hij niet goed meer voor zichzelf kan zorgen. Een mantelzorger helpt de dementerende met dagelijkse activiteiten en neemt uiteindelijk steeds meer taken over. Karakterveranderingen, gedragsproblemen en omkering van het dag-nachtritme maken de belasting van de mantelzorg nog groter.

10.5 Herkennen

Dementie in de beginfase herkennen is niet gemakkelijk. Dat komt doordat de verschijnselen in het begin zo ‘gewoon’ zijn. Daarbij zegt de patiënt zelf meestal dat alles prima gaat. Naasten hebben vaak het eerste in de gaten dat er iets aan de hand is.

Ook voor zorgverleners is dementie herkennen in de begin fase moeilijk. Bij een deel van de patiënten met beginnende dementie herkennen huisartsen de dementie niet. Maar andersom komt ook voor: ze vermoeden bij een deel van de patiënten met klachten dat er sprake is van dementie, terwijl dat niet zo blijkt te zijn.

10.5.1 Migranten

Bij ouderen uit Marokko en Turkije en Surinaamse ouderen met een Hindoestaanse achtergrond komt dementie drie tot vier keer zoveel voor als bij Nederlandse leeftijdgenoten. Sociaal-economische status en genetische aanleg voor diabetes spelen een rol bij het ontwikkelen van dementie. Familie herkent de verschijnselen van dementie vaak minder goed. Beter gezegd: de familie herkent de verschijnselen niet als symptoom van een ziekte. Soms beschouwt de familie het veranderde gedrag als ‘gekke’ en schaamt men zich voor de gedragsverandering. Daardoor wordt de ziekte vaak pas laat vastgesteld. Diagnostiek wordt ook bemoeilijkt door taalproblemen bij de oudere generatie. Er is sinds 2015 een aangepaste screeningstest, maar daar wordt nog lang niet overal mee gewerkt.

Voor Marokkanen en Turken bestaan er online tests (*SignaLeren*, in het Nederlands, Turks, Berbers en Arabisch). Aan de hand van korte filmpjes over een symptoom leren familieleden dementie bij hun oudere familielid herkennen (► <http://signaleren.alzheimer-nederland.nl/>).

10.5.2 Mensen met een verstandelijke beperking

Door de bestaande verstandelijke beperking wordt de dementie vaak laat vastgesteld. Begeleiders en familie merken wel dat de cliënt achteruitgaat, maar zij leggen meestal niet een verband met dementie. Zij denken dat de achteruitgang komt door ouder worden, onrust of overbelasting. Signalen van dementie zijn: afname van interesse, prikkelbaarheid, slaapproblemen en agressieve buien. De patiënten zijn minder actief, gaan cognitief achteruit, verliezen vaardigheden die ze eerder wel beheersten en hun motorische vaardigheden worden minder. Overigens kunnen deze verschijnselen ook andere oorzaken hebben. Dat vraagt dus goede observatie, multidisciplinaire bespreking en nader onderzoek.

10.6 In de praktijk

10.6.1 In de tandartspraktijk

Soms ‘verdwijnen’ dementerenden uit de praktijk, zonder dat de tandarts dat signaleert. De patiënt zegt (te) laat af, komt niet op een afspraak (vergeten, problemen met vervoer, problemen met begeleiding?), reageert niet op een oproep en maakt geen nieuwe afspraak. Juist als een patiënt minder goed voor zichzelf kan zorgen, is het belangrijk dat hij de tandarts blijft bezoeken.

Bij een dementerende patiënt die wél komt, verloopt het contact en de tandheelkundige behandeling elke keer anders, ook al ken je de patiënt goed. Je moet dus goed kijken naar de situatie en het gedrag van dat moment en je eigen gedrag daarop afstemmen. Het helpt als je van de familie of begeleiding hoort hoe het gaat of hoe het de laatste tijd was. Bereid het bezoek van een dementerende patiënt goed voor (■ tab. 10.2). Aandachtspunten voor assisteren aan de stoel staan in ■ tab. 10.3.

Psychogeriatrische patiënten in een verpleeghuis

Ik plan voor (matig-ernstig) dementerenden elke drie maanden een afspraak; deze hoge frequentie is wenselijk vanwege de vaak beperkte mondhygiëne. Als de patiënten niet met een mantelzorger of begeleider naar de tandartspraktijk kunnen komen, plan ik elke drie maanden een screenings- en controlemiddag in de instelling, het liefst natuurlijk voor een groep patiënten.

Nodig de mantelzorger/begeleider uit om mee te gaan naar de behandelkamer. Dan kan de tandarts overleggen over de behandeling en kan de mantelzorger/begeleider een beslissing nemen.

De tandarts maakt een verslag, print het uit en geeft het mee voor het zorgdossier. Als de familie daarom heeft gevraagd, bellen we of mailen we naar de familie.

Yolanda Kok, tandartsassistent en Wendy Spijkers, tandarts, Bilthoven

Informatie aan naasten

Naasten zullen over het algemeen de dementerende steeds meer helpen. Ook bij zijn mondzorg. Bespreek het belang van goede mondzorg en tandartsbezoek, ook in de toekomst. Vraag hoe de mantelzorger het vindt om zijn naaste te helpen bij de mondzorg of deze zorg over te

Tabel 10.2 Voorbereiding tandartsbezoek van een dementerende patiënt

contact houden	<ul style="list-style-type: none"> – maak met de praktijk een plan voor het onderhouden van contact met kwetsbare ouderen: extra herinneringsoproep, sms of app, telefoon? – vraag of je een telefoonnummer mag noteren van iemand uit de omgeving, voor het geval de patiënt zijn afspraken niet meer goed kan regelen – realiseer je dat no-show bij ouderen een teken kan zijn van achteruitgang; bel bij een no-show altijd even om de reden te achterhalen en een nieuwe afspraak te maken; als dan blijkt dat iemand niet meer kan komen, kun je meteen een andere oplossing zoeken; zo verlies je de patiënt niet uit het oog
afspraak plannen	<ul style="list-style-type: none"> – plan de afspraak eventueel aan het eind van de dag; zorg voor rust in de praktijk
verzamelde informatie	<ul style="list-style-type: none"> – verzamel alle informatie voordat de patiënt komt – ga na of de patiënt slikproblemen heeft – vraag voordat de behandeling begint aan familie/begeleiding hoe het de laatste tijd met de patiënt was (ziek geweest, niet goed in zijn vel, gedragsproblemen) – vraag of het is gelukt om medicatie te stoppen voor de behandeling (antistolling) of juist voor de behandeling te gebruiken (antibiotica, eventuele premedicatie); informeer eventueel bij de (huis)arts voor je begint
alles gereed	<ul style="list-style-type: none"> – leg alles van tevoren klaar

nemen. Vraag hem hoe hij dat aanpakt, of hij knelpunten ervaart. Geef instructie hoe mondzorg bij een ander het beste uitgevoerd kan worden. Verwijs naar ondersteunend materiaal (zie ►par. 10.8.1)

Informatie aan verzorgenden

Mondzorg vinden de meeste verzorgenden niet het fijnste onderdeel van de zorg voor hun psychogeriatrische patiënten. Door tijdsdruk krijgt mondzorg lang niet altijd de aandacht en tijd die nodig is. Bovendien ontbreekt het verzorgenden nogal eens aan kennis over mondzorg en over omgaan met afweergedrag van dementerenden tijdens de mondzorg. Afweergedrag is gedrag dat het geven van goede mondzorg moeilijk maakt of verhindert. De laatste jaren is daarover wel kennis verzameld. Er zijn inmiddels een stappenplan en een lijst met tips beschikbaar. Daarnaast zijn scholingen opgezet (zie ►par. 10.8.2). Veel instellingen maken gebruik van de poetsinstructiekaarten (zie ►par. 9.6.2).

10.6.2 In de huisartsenpraktijk

In het begin is niet duidelijk of een patiënt dementerend is, maar er kunnen je dingen opvallen. Bijvoorbeeld dat een patiënt een paar keer in korte tijd belt met dezelfde vraag (herhaalrecept; medicatie vergeten, wat nu?). Of meer dan eens zijn afspraak vergeet. Deze signalen zijn belangrijk om te noteren voor je collega's en voor de huisarts. Andere signalen kunnen zijn dat de patiënt meldt dat hij zijn medicatie is vergeten in te nemen. In de beginfase van dementie kan de patiënt merken dat hij medicatie is vergeten; hij is zich ervan bewust. Geef advies en maak een aantekening in het dossier. In de fase van diagnose en de eerste tijd

Tabel 10.3 Assisteren aan de stoel

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
algemeen	<ul style="list-style-type: none"> – overleg met de patiënt of begeleider op welke manier je hem aan de tandartsafpraak kunt helpen herinneren: post, e-mail, sms of app, telefoon (een dag tevoren en/of de ochtend van de afspraak) aan de patiënt of begeleider
<i>aan de stoel</i>	
rust	<ul style="list-style-type: none"> – neem de tijd voordat de behandeling begint; aandacht voor de patiënt creëert rust – zet de radio uit; zet alleen muziek aan wanneer de patiënt of begeleider heeft aangegeven dat hij (die) muziek prettig vindt
contact	<ul style="list-style-type: none"> – neem ooghoogte aan – praat rustig, langzaam en duidelijk, en met een lage stem; het kan helpen om je mondkapje omlaag te doen als je tegen je dementerende patiënt praat; hij kan dan je gezichtsuitdrukking zien en je beter verstaan – als je patiënt niet meteen reageert op je vraag, geef hem even tijd in plaats van de vraag meteen herhalen of op een andere manier te stellen – kijk hoe je patiënt reageert op lichamelijk contact (over handen aaien) – zorg ervoor dat je de aandacht van de dementerende patiënt vasthoudt – zorg ervoor dat je patiënt je kan blijven zien; benader je patiënt niet van achteren; soms is het voor de dementerende onprettig als je schuin achter hem staat of zit om mondzorg uit te voeren
richt je op de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> – richt je aandacht volledig op de patiënt, zodat de tandarts snel en effectief kan werken
grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – ga mee in de leefwereld van de dementerende; ga er niet tegen in; bedenk creatieve oplossingen; respecteer de patiënt en zijn grenzen – neem als uitgangspunt dat niks moet; schat in of het helpt als je je patiënt meer tijd geeft, of dat dit een moment is waarop je beter kunt 'doorpakken', uiteraard zonder te forceren
stoppen	<ul style="list-style-type: none"> – wees als assistent alert op het stopsignaal of tekenen van onrust bij de patiënt; de tandarts moet zich op de mond kunnen concentreren; – geef aan wanneer de tandarts moet stoppen; soms is het handig daarvoor een codewoord te gebruiken, om de patiënt niet ongerust te maken
tijd	<ul style="list-style-type: none"> – neem de tijd; haast werkt averechts. – bewaak hoe lang (minuten, seconden) de tandarts nog kan werken; meld dat aan de tandarts, zodat hij kan bepalen of hij wel of niet nog een behandeling kan uitvoeren – laat de patiënt weten dat de behandeling (even) stopt en dat hij kan slikken, iets zeggen, bewegen

daarna zijn mensen vaak verdrietig, op de momenten dat ze zich realiseren wat er aan de hand is. Dan kun je ze opvangen, een luisterend oor bieden.

Bij verdergevoerde dementie kan het zijn dat de patiënt de medicatie wel heeft ingenomen, maar dat niet meer weet. Dan moet je risico's afwegen. Vaak raadpleeg je de huisarts of apotheker voor een veilig advies. Uiteraard noteer je de situatie. Het is belangrijk een signaal aan de huisarts te geven of aan de casemanager over de onveilige situatie rondom medicatiegebruik. **Tabel 10.4** biedt tips om met veelvoorkomende situaties om te gaan.

■ Tabel 10.4 Aandachtspunten voor je contact met dementerenden

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
signalen	<ul style="list-style-type: none"> – wees alert op signalen van vergeetachtigheid, karakter- en gedragsverandering, en maak daar een aantekening van in het dossier
<i>bij spreekuurbezoek</i>	
ontvangst	<ul style="list-style-type: none"> – als familie of mantelzorg is meegekomen: maak eerst contact met de dementerende; stel je voor en heet hem welkom ('U bent ... fijn dat u er bent. En dat ... met u is meegekomen. Gaat u even zitten. De dokter zal u zo binnenroepen') – beoordeel tijdens het contact het functioneren van de patiënt: is hij nu verward, of heeft hij een helder moment – zeg daarna eventueel dat je graag ook wat wil vragen aan degene die is meegekomen; met de informatie die je van de familie/mantelzorg krijgt, vul je je beeld van de situatie aan
de patiënt komt op de verkeerde dag/tijd	<ul style="list-style-type: none"> – leg de patiënt uit dat hij op een andere dag of andere tijd de afspraak heeft – kijk hoe de patiënt reageert: beseft hij dat hij zich heeft vergist? zegt hij bijvoorbeeld: 'maar het is toch vandaag donderdag', of wordt hij boos omdat jij een fout hebt gemaakt (dat kan ook het geval zijn); blijf vriendelijk, ga niet in discussie – bespreek wat je op dit moment kunt doen, bijvoorbeeld kijken of de patiënt toch bij de huisarts terecht kan – maak een aantekening in het dossier
de patiënt is niet op zijn afspraak gekomen	<ul style="list-style-type: none"> – bel de patiënt, afhankelijk van de werkafspraken in de praktijk, en vertel hem dat je hem gemist hebt op zijn afspraak; de reactie van de patiënt kan je informatie geven over zijn besef van tijd, bijvoorbeeld als de patiënt zegt: 'het is vandaag toch dinsdag' (terwijl het donderdag is) – maak een aantekening in het dossier; soms mist een patiënt wel vaker een afspraak; dat zegt ook iets
<i>patiënt aan de telefoon</i>	
verhaal klopt niet	<ul style="list-style-type: none"> – de patiënt vertelt een verhaal waar geen lijn in zit, kan de volgorde van gebeurtenissen niet aangeven, vertelt dingen die niet kloppen; geef zo nodig correcte informatie; als dat op dat moment niet echt nodig is, doe het dan niet, want het kan de verwardheid en onzekerheid van de patiënt vergroten

Tabel 10.4 Vervolg.

<p>onduidelijk verhaal</p>	<ul style="list-style-type: none"> – vraag door; als de patiënt geen duidelijke antwoorden geeft, vraag hem dan of er iemand bij hem is en of je die persoon ook een paar vragen door de telefoon mag stellen – overleg met familie/mantelzorg kan voor duidelijkheid zorgen in een bepaalde situatie; krijg je dan nog geen duidelijk beeld, overleg dan met de arts; soms belt de arts zelf terug om een beter beeld te krijgen van de situatie – in de praktijk ken je vaak de patiënt en weet je ongeveer hoe de situatie is; dat maakt een juiste inschatting makkelijker, maar het kan ook een valkuil zijn: je kunt namelijk een situatie onderschatten – neem het zekere voor het onzekere als je de patiënt niet kent, of als is er geen familie/mantelzorg bij is – bij sommige patiënten is er een afspraak dat consulten of visites alleen door de wijkzorg kunnen worden aangevraagd
<p>ei kwijt</p>	<ul style="list-style-type: none"> – een dementerende patiënt kan bellen met een verhaal dat niet over gezondheidsklachten gaat; kennelijk wil hij iets kwijt, maar beseft hij niet dat zijn verhaal niet bij de huisartsenpraktijk thuishoort – blijf rustig en vriendelijk – leg dan uit dat je wel eventjes kunt luisteren, ook als de patiënt niet over gezondheidsklachten belt; meestal kun je na enkele minuten het gesprek afronden door hem goedendag te wensen of, als je een vervolgspraak hebt gemaakt, door ‘tot ziens’ of ‘tot volgende week’ te zeggen
<p><i>familie/mantelzorg aan de telefoon</i></p>	
<p>verhaal van familie én patiënt</p>	<ul style="list-style-type: none"> – bij matig-ernstig dementerenden belt meestal een familielid; verhelder hun verhaal en hun vraag, benoem eventueel hun ongerustheid; zeg dat het goed is dat ze bellen – vraag ook, als het enigszins kan, de patiënt zelf aan de telefoon

Casemanager

Vaak krijgt de dementerende een casemanager als coördinator van de zorg, vraagbaak en ondersteuner. Noteer de contactgegevens van de casemanager.

Wanneer de dementie verergert, nemen vaak ook andere gezondheidsproblemen toe. Patiënten gaan vaak onzekerder lopen, het valrisico neemt toe, ze vermageren soms. Voor de mantelzorg wordt de zorg zwaarder. De huisarts zal vaker overleg hebben met de casemanager.

10.6.3 In de apotheek

Als assistent werk je veel met ouderen. Ook met ouderen die cognitief achteruitgaan. In de apotheek kun je alert zijn op verschillende signalen daarvan.

Je merkt soms dat patiënten je informatie niet goed begrijpen of niet goed onthouden. Dat merk je vooral als je vraagt de informatie te herhalen of te vertellen hoe ze de medicijnen thuis gaan gebruiken. Soms zeggen patiënten dat ze hun medicatie niet hebben ontvangen. Of ze zijn hun medicijnen kwijt en komen, meer dan een enkele keer, om nieuwe medicijnen vragen. Anderen bellen een paar keer op een dag over hun medicijnen. Of ze komen binnen een week meerdere malen om hun medicijnen op te halen. Soms komen patiënten met de baxterrol (een rol met doorzichtige zakjes met medicijnen per inname-moment) en vragen waar ze moeten beginnen. Een enkele keer zijn ze midden in een rol begonnen en weten nu niet hoe ze verder moeten gaan. Het gedrag van dementerenden kan veranderen. Zij kunnen zich daardoor soms ongepast gedragen.

Bespreek met je patiënt hoe je het gebruik van zijn geneesmiddelen gemakkelijker kunt maken (baxterrol, medicijndoos, door de apotheek gevuld). Bespreek je observaties met je collega's en de apotheker.

Het is zinvol om de medicatie te laten beoordelen. De apotheker kan met de arts overleggen over een vereenvoudigd medicatieschema, bijvoorbeeld door combinatiepreparaten te gebruiken. Ook kan de huisarts in overleg met de patiënt thuiszorg inschakelen. Daarnaast kunnen elektronische hulpmiddelen worden ingezet: een waarschuwingssignaal op de tijdstippen dat medicatie moet worden ingenomen, een medicijnendispenser met controle op afstand.

Antipsychotica bij dementie

Vooraf in instellingen worden bij dementerenden antipsychotica gebruikt. Vaak om onrust en nachtelijk dwalen te verminderen, of om een delier (acute verwardheid met een lichamelijke oorzaak) te behandelen. Dementerenden die thuis wonen, gebruiken zelden antipsychotica. De meeste antipsychotica zijn niet ontwikkeld voor dit doel en ook niet voor gebruik bij deze doelgroep. Ze hebben ook ernstige nadelen, zoals versuffing, verslikken, en een grotere kans op vallen. Antipsychotica kunnen de kwaliteit van leven verlagen, doordat de gebruikers minder actief zijn, minder zelfstandig dingen kunnen doen en minder kunnen meedoen aan activiteiten. In veel instellingen wordt onderzocht of het gebruik van deze middelen bij dementerenden kan worden verminderd. Vaak blijkt dat te kunnen (► <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-psychofarmaca.html>).

10.7 Samenwerking, wet- en regelgeving

10.7.1 Wetgeving

Wanneer de dementerende een fase bereikt waarin hij niet meer wilsbekwaam is, wordt een wettelijk vertegenwoordiger benoemd. Meestal is dat de partner of een van de kinderen. Die is bevoegd om besluiten te nemen over financiën, wonen en zorg. Maar vaak ontstaan er al problemen voordat er een wettelijk vertegenwoordiger is benoemd. Als het te gevaarlijk wordt om thuis te wonen, is een gedwongen opname nodig. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen die dat regelt (Bopz, zie ► par. 12.6) is eigenlijk niet geschikt voor de situatie van dementerenden. Deze wet zal worden vervangen door de Wet zorg en dwang. Die zal onvrijwillige zorg regelen bij dementerenden en mensen met een verstandelijke beperking.

10.7.2 Samenwerking, wijkteams, transmurale zorg

Voor samenwerking, sociale wijkteams en transmurale zorg voor kwetsbare ouderen in het algemeen zie ► par. 9.7.2.

Dementiespecifiek is het netwerk dementie, dat in veel regio's aanwezig is. Regionale netwerken kun je vinden via het Landelijk Netwerk Dementie (► <http://www.beteroud.nl/ouderen/lnl-landelijk-netwerk-dementie.html>). In elke regio is het netwerk anders georganiseerd. Ook het ondersteuningsaanbod voor dementerenden en mantelzorgers verschilt sterk per regio. We kennen onder andere: lotgenotencontact, ontmoetingscentra zoals Alzheimercafés, dagopvang, respijtzorg en cursussen omgaan met dementie.

Veel dementerenden hebben een casemanager. Door veranderingen in de organisatie van de zorg is het onduidelijk of deze functie na 2016 behouden blijft en eventueel wie hun taak overneemt.

10.8 Informatie

10.8.1 Voor de doelgroep en mantelzorgers

Algemene voorlichting

- Patiënteninformatie van de huisartsenorganisatie NHG ► www.thuisarts.nl
- Stichting Alzheimer Nederland ► <http://www.alzheimer-nederland.nl>
- *Praten over gezondheid* ► <http://pratenovergezondheid.nl/dementie>
- Clips over dementie, met beschrijving per clip ► <http://www.innovatiekringdementie.nl/a-1609/overzicht-clips-dementieendan> en ► http://www.innovatiekringdementie.nl/files/downloads/Dementie_enDan_clips.pdf

Migranten en dementie

- Factsheet dementie en migranten ► <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20dementie.pdf>
- Filmpjes voor migranten over herkennen van signalen van dementie ► <http://signaleren.alzheimer-nederland.nl/>
- Als je ouder gaat vergeten, documentaire van de Moslimomroep ► <https://www.youtube.com/watch?v=fV38Vj3E6rE>

Mondzorg

- Voorlichting aan naasten over mondzorg ► <https://dementie.nl/informatie-en-tips/zelfstandig-tandenpoetsen-met-dementie>
- Poetsinstructie: mondzorg bij mensen met dementie (filmpje van Innovatiekring Dementie Idé) ► <http://www.dentalinfo.nl/thema-a-z/videos-mondzorg/poetsinstructie-mondzorg-bij-mensen-met-dementie/>

Antipsychotica bij dementie

Folder ► http://www.innovatiekringdementie.nl/files/downloads/Folder_Antipsychotica_Binnen_en_Buitenkant.pdf

10.8.2 Voor de praktijk

- Kwetsbare ouderen in het algemeen: zie ► par. 9.7.2.
- Landelijk netwerk demencie geeft informatie over lokale en landelijke projecten zoals dementievriendelijke wijken en dementievriendelijke supermarkten ► <http://www.beteroud.nl/ouderen/Ind-landelijk-netwerk-dementie.html>
- *Samen dementievriendelijk* ► <https://samendementievriendelijk.nl/wat-kan-ik-doen/op-mijn-werk>
- Moderne dementiezorg. Site biedt brede informatie, links naar lokale en regionale netwerken ► <http://www.modernedementiezorg.nl/links.php>
- Innovatiekring Demencie (Idé) is het expertisecentrum over demencie ► <http://www.innovatiekringdementie.nl/>
- Stappenplan en tips over omgaan met afweergedrag van dementerenden tijdens mondzorg door verzorgenden ► <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/mondzorg-afweergedrag.html>; ► <http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/kennismarkt-zvb-ws09-mondzorg.pdf>
- Brochure *Demencie bij mensen met een verstandelijke handicap* (Maaskant 2012) ► <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Product-Brochure-Dementie-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking.html>

Mensen met een gehoorbeperking

Samenvatting

Bijna 10 % van de mensen in Nederland heeft een gehoorbeperking. Vooral ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Beide groepen hebben vooral last van waarnemings- of perceptieslechthorendheid. Het grootste probleem van slechthorenden is niet dat ze zachte geluiden niet goed kunnen horen, maar dat ze moeite hebben om anderen te verstaan. Wat anderen zeggen, is vaak te zacht en daar komt nog bij dat harde omgevingsgeluiden versterkt worden waargenomen. Een gesprek verstaan wanneer er andere geluiden zijn, lukt dan vaak niet. Slechthorenden zijn sterk afhankelijk van visuele informatie, zoals lichaamstaal, maar die kan gemakkelijk verkeerd worden begrepen. Een slechthorende is voor zijn informatie vaak (deels) afhankelijk van anderen. Slechthorendheid kan invloed hebben op het sociaal en psychisch functioneren. Lang niet alle beperkingen zijn met hoorhulpmiddelen op te lossen. Sociaal functioneren vraagt daardoor veel energie. Voor assistenten is het van belang om bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking extra alert te zijn op slechthorendheid. In gesprek met iemand met een gehoorbeperking is het belangrijk hem aan te kijken, goed en zichtbaar te articuleren en het gesprek te structureren.

11.1 Inleiding – 137

11.2 Wie – 137

11.2.1 Oorzaken en soorten slechthorendheid – 137

11.2.2 Wat horen slechthorenden? – 138

11.2.3 Spraak verstaan – 138

11.2.4 Leven met slechthorendheid – 138

11.3 Gezondheid – 138

- 11.4** **Mogelijkheden en beperkingen eigen regie – 139**
- 11.5** **Herkennen – 139**
- 11.6** **In de praktijk – 139**
- 11.7** **Samenwerking, wet- en regelgeving – 139**
 - 11.7.1 Expertisecentra – 139
 - 11.7.2 Voorzieningen – 139
- 11.8** **Informatie – 141**
 - 11.8.1 Voor de doelgroep – 141

11.1 Inleiding

Naarmate Nederlanders een hogere leeftijd bereiken, neemt ook het aantal mensen met een gehoorbeperking toe. Maar ook bij andere doelgroepen komen gehoorbeperkingen voor. Bij mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking zelfs vaak. Alle assistenten krijgen daardoor in de praktijk met slechthorenden te maken.

Casus

Tandarts Tichelaar (Mantgum) communiceert op een heel creatieve en leuke manier met een van zijn dove cliëntjes: 'In mijn praktijk behandel ik een doof kind. Ik heb een aantal magnetische tekenbordjes aangeschaft. Daarop schrijf of teken ik als ik tijdens de behandeling iets ga doen. Na afloop mag ze het tekenbord mee naar huis nemen en dan zijn we beiden gelukkig', aldus Tichelaar.

Uit: ► <http://www.doof.nl>

11.2 Wie

1,6 miljoen Nederlanders zijn slechthorend. Dat is bijna 10 % van de bevolking. De grootste groep bestaat uit ouderen. Van alle 85-plussers in een verzorgingshuis is bovendien een op de dertien ouderen zowel slechthorend als slechtziend te zijn. In verpleeghuizen is dat zelfs een op de vijf ouderen. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal slechthorenden in de toekomst toenemen. Slechthorendheid komt ook vaak voor bij mensen met een verstandelijke beperking en bij ernstig meervoudig gehandicapten: bijna een op de drie mensen met een verstandelijke beperking is slechthorend. Bij mensen met het syndroom van Down is dat zelfs meer dan de helft. Het gehoorverlies is bij mensen met een verstandelijke beperking meestal ook ernstiger.

11.2.1 Oorzaken en soorten slechthorendheid

Om goed te kunnen horen moet het hele traject van gehoorgang, trommelvlies, middenoor, slakkenhuis en gehoorzenuw tot en met de hersenschors goed functioneren. In het eerste deel van het traject, tot en met het middenoor met de gehoorbeentjes, worden geluidstrillingen overgebracht. Een gehoorstoornis in dit deel van het traject heet een geleidingslechthorendheid. Geluid wordt vooral zachter waargenomen. In het tweede deel van het traject worden elektrische prikkels overgebracht. Een gehoorstoornis in dit deel heet een waarnemingsstoornis (perceptiestoornis). Geluid wordt hierbij zachter of juist luider, vervormd en soms met bijgeluiden waargenomen. Het is moeilijker om details in het geluid te onderscheiden. Mensen kunnen daardoor minder goed spraak verstaan als er geluiden in de omgeving zijn.

Bij het ouder worden gaat het gehoor geleidelijk achteruit. Het gaat bij deze ouderdomslechthorendheid (presbycusis) meestal om waarnemings- of perceptieslechthorendheid. Mensen met het syndroom van Down hebben vaak op jonge leeftijd geleidingslechthorendheid; vanaf hun 35ste jaar komt daar nog ouderdomslechthorendheid bij.

11.2.2 Wat horen slechthorenden?

Dat is voor elke slechthorende verschillend. Voorbeelden zijn te horen op ► <http://www.oorcheck.nl/gehoorschade/hoe-ontstaat-schade/zo-klinkt-het/>.

11.2.3 Spraak verstaan

Het is niet eens het vervelendste dat slechthorenden zachte geluiden niet goed horen. Het grootste probleem is dat ze meer moeite hebben om te verstaan wat anderen zeggen (spraak verstaan). Dat komt door twee dingen. Ten eerste is de gehoordrempel verhoogd: wat een ander zegt, is vaak te zacht om goed te kunnen verstaan. Dat is vooral het geval bij geleidingslechthorendheid.

Bij waarnemings- of perceptieslechthorendheid komt daarbij dat men tegelijk overgevoelig is voor harde geluiden. Dat heet *recruitment*. Daardoor is het moeilijker is om details uit het geheel aan geluid waar te nemen. Een gesprek verstaan wanneer er andere geluiden zijn (groot gezelschap, radio, gezoem van een airco) lukt dan vaak niet. Bovendien wordt geluid vervormd. Soms kan de slechthorende gesproken woorden wel horen, maar niet verstaan.

11.2.4 Leven met slechthorendheid

Slechthorenden en doven zijn afhankelijk van visuele informatie. Slechthorenden letten op lichaamstaal, maar interpreteren die soms verkeerd. Zij horen niet wanneer hun naam wordt omgeroepen in de wachtkamer van de praktijk of in de apotheek. Zij horen je niet aankomen en kunnen niet horen tegen wie je praat. Wanneer mensen om hen heen plezier hebben, kan een slechthorende gemakkelijk denken dat ze om hém lachen. Hij mist veel informatie die jij als horende terloops opvangt, bij de koffieautomaat, in de bus, in de pauze, bij een vergadering of feestje (zie filmpjes op ► www.zie-zo.nl). De slechthorende is voor zijn communicatie deels afhankelijk van anderen. Hij moet de ander vaak vragen iets te herhalen of hem aan te kijken als hij praat. Het luisteren kost veel energie.

Gebarentaal is de eerste taal die een doof kind leert. Gesproken en geschreven taal is voor dove kinderen een tweede taal, zoals Engels voor horenden een tweede taal is. Die beheersen ze vaak minder goed; het is moeilijker om nuances aan te geven.

11.3 Gezondheid

Behalve bij enkele erfelijke syndromen en verstandelijke beperkingen, is er over het algemeen geen verband tussen slechthorendheid en (andere) gezondheidsproblemen. Slechthorendheid kan wel invloed hebben op het sociaal en psychisch functioneren. Zo kunnen ouderen die slecht horen door de vermoeidheid zich soms minder goed concentreren en dingen minder goed onthouden. Slechthorendheid kan daardoor geheugenproblemen versterken. Ook pikken slechthorenden minder informatie terloops op. Dat kan hun deelname aan sociale activiteiten, werk, omgang met collega's, vrienden en medesporters bemoeilijken. Eenzaamheid en depressie kunnen daarvan het gevolg zijn.

Communicatie met een slechthorende vraagt ook extra inspanning van de horende. Soms heeft die daar geen zin in en vermijdt hij een gesprek met een slechthorende. Dat vergroot de kans op eenzaamheid, achterdocht en depressie bij de slechthorende.

11.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie

Wanneer de slechthorendheid toeneemt, vraagt dat veel aanpassing en ‘wennen’ aan de toenemende beperkingen. Lang niet alle beperkingen zijn namelijk met hoorhulpmiddelen op te lossen.

Over het algemeen zijn slechthorenden prima in staat de eigen regie te voeren. Moeite met de eigen regie kan samenhangen met andere beperkingen, een hoge leeftijd of moeite om met de slechthorendheid om te gaan.

11.5 Herkennen

Bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking is het goed om extra alert te zijn op slechthorendheid. Signalen zijn niet moeilijk te bedenken: je patiënt begrijpt je vraag of uitleg niet of geeft een niet passend antwoord, kijkt vragend of vraagt wat je zegt.

11.6 In de praktijk

■ Tabel 11.1 geeft aandachtspunten voor communicatie met slechthorenden.

Slechthorenden en doven kunnen gebruikmaken van speciale communicatiemiddelen. Ze staan in ■ tab. 11.2.

11.7 Samenwerking, wet- en regelgeving

11.7.1 Expertisecentra

- Koninklijke Kentalis (► <http://www.kentalis.nl/>). Expertisecentrum op het gebied van diagnostiek, onderwijs en zorg voor mensen met een beperking in horen en communiceren.
- GGZ-teams gespecialiseerd in GGZ voor slechthorenden en doven ► <http://www.ggzds.nl/contact>
- Audiologische centra ► <https://www.fenac.nl/>

11.7.2 Voorzieningen

Doven kunnen gebruikmaken van doventolken. Er zijn regels voor het aantal uur en de vergoeding. Zo krijgt een dove dertig uur per jaar vergoed voor een doventolk bij privésituaties, zoals bezoeken aan de huisarts, ouderavonden of een begrafenis. Het is mogelijk om een gebarentolk op afstand in te zetten (via smartphone, tablet of computer). Er zijn ook schrijftolken voor mensen die plotseling doof zijn geworden; de schrijftolk typt alles wat er wordt

■ Tabel 11.1 Aandachtspunten voor communicatie met slechthorenden

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
vooraf	<ul style="list-style-type: none"> – vraag een slechthorende patiënt naar zijn wensen op het gebied van communicatie; noteer deze informatie in het dossier van de patiënt – kies een plaats met weinig omgevingslawaaï; zet de radio uit (in de tandartspraktijk)
gesprek beginnen	<ul style="list-style-type: none"> – als je een slechthorende wilt aanspreken, probeer dan in zijn blikveld te staan; als dat niet lukt, kun je hem even aanraken; doe dat voorzichtig, want als een slechthorende je niet ziet aankomen, kan hij schrikken; bovendien is het niet prettig om onverwacht aangeraakt te worden – kijk de slechthorende aan als je met hem wilt praten – praat duidelijk, articuleer goed, praat niet te snel; luid praten is goed, maar schreeuwen niet
mond zichtbaar	<ul style="list-style-type: none"> – zorg ervoor dat je mond goed zichtbaar is; houd je hand, of bijvoorbeeld een drinkbeker, niet voor je mond; zorg ook voor voldoende licht – doe één ding tegelijk, bijvoorbeeld óf praten, óf iets laten zien; een slechthorende kan niet naar een hulpmiddel of tekening kijken en tegelijk naar jouw mond om spraak af te lezen – als je in de tandartspraktijk je mondkapje draagt, kan een slechthorende je mond niet zien en daardoor weinig verstaan van wat je zegt; zet je mondkapje af als je iets wilt zeggen, of draag een doorzichtig mondkapje
begrijpen	<ul style="list-style-type: none"> – geef het gespreksonderwerp aan, doe dat bij elk nieuw onderwerp – controleer of de patiënt je begrijpt; vraag hem je informatie in eigen woorden te vertellen; herhaal eventueel je boodschap of vertel je verhaal in andere woorden
te luid	<ul style="list-style-type: none"> – een slechthorende praat vaak luid of juist zacht; omdat hij zichzelf niet kan horen, kan hij zijn stemvolume niet aanpassen; wanneer zijn luide stem tot ongemakkelijke situaties leidt, vraag hem dan wat zachter te praten
<i>specifieke aandachtspunten bij spraakafzien</i>	
kort, samenhang	<ul style="list-style-type: none"> – houd je verhaal kort; zorg ervoor dat je verhaal een lijn heeft; vertel niet een heel verhaal eromheen
schrijven	<ul style="list-style-type: none"> – schrijf namen, adressen en getallen op: die zijn moeilijk af te lezen; daarnaast kun je woorden opschrijven die het verhaal ondersteunen – schrijf ook de datum en tijd van een nieuwe afspraak op
rust	<ul style="list-style-type: none"> – las af en toe een pauze in: communicatie kost slechthorenden en doven veel energie

Tabel 11.2 Communicatiemiddelen voor slechthorenden en doven

hulpmiddel	voorbeelden en toepassing
gebarentaal	doven en slechthorenden kunnen onderling gebruikmaken van de Nederlandse Gebarentaal; horende familieleden en vrienden van doven of slechthorenden gebruiken terwijl ze met hen praten ook vaak gebaren om hun verhaal te ondersteunen
lettergebaren	er bestaan ook gebaren voor de letters van het alfabet; die zijn handig om namen en vreemde woorden te spellen
telefoon en computer	e-mail, sms, app en chat zijn de snelle en handige middelen om te communiceren met doven en slechthorenden
teksttelefoon	deze telefoon ontvangt en verzendt getypte berichten naar een andere teksttelefoon
telefoontolk	bij communicatie tussen een dove en een horende via een gewone telefoon typt de telefoontolk (snel en letterlijk) wat er wordt gezegd; de tekst is te lezen op het beeldscherm van de teksttelefoon; de dove zelf kan eventueel gewoon terugpraten

gezegd op spreeknelheid. Zo kan de slechthorende toch volgen wat er wordt gezegd. Hij hoeft dan geen gebarentaal te beheersen (vanaf 2016 ► <https://www.tolkcontact.nl/>).

Federatie van verenigingen voor slechthorenden en doven en ouders van slechthorende en dove kinderen ► www.stichtinghoormij.nl

11.8 Informatie

11.8.1 Voor de doelgroep

- Informatie over psychische aandoeningen voor doven en slechthorenden (tekst en gebarentaal) ► <http://www.ggzds.nl/>
- Communicatietips ► <http://www.allestoegankelijk.nl>
- Stichting die belangen behartigt van mensen met een gehoorbeperking of taalontwikkelingsstoornis ► <http://www.stichtinghoormij.nl/>
- Informatie, inclusief films, voor Marokkaanse en Turkse ouders van een slechthorend kind en kinderen met andere beperkingen ► www.zie-zo.nl. Onder andere:
 - *Ik neem je mee*. Ouders van kinderen met een beperking in Marokko zijn beter georganiseerd en geïnformeerd dan Marokkaanse ouders in Nederland.
 - *Sorry, wat zeg je?* Twee gefilmde portretten met vier ondertitelingen.
 - *Doof, nou en!*

Mensen met een visuele beperking

Samenvatting

Visuele beperkingen komen vooral voor bij ouderen en bij mensen met een verstandelijke beperking. Van blindheid is pas sprake bij een gezichtsscherpte <5 %. Veel slechtzienden zien onscherp. Er kan ook sprake zijn van een beperkt gezichtsveld. Slechtziendheid maakt lezen, televisie kijken en het gebruik van een computer moeilijker. Ook mondelinge communicatie kan moeilijker zijn, zeker wanneer meer dan twee mensen aanwezig zijn. Mensen die slecht horen én slecht zien, zijn veel energie kwijt aan de activiteiten van het dagelijks leven. Bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking is de assistent extra alert op slechtziendheid en stemt haar communicatie af op de slechtziende. Zij begroet de patiënt met zijn naam en vertelt wie zij is. Zij zorgt voor een veilige ruimte waarin slechtzienden geen gevaar lopen of onnodig ongemak ervaren. Tijdens een behandeling vertelt de assistent telkens vooraf welke handeling zij gaat uitvoeren. Zij geeft daarbij duidelijk aan op welke plaatsen voorwerpen staan.

12.1 Inleiding – 145

12.2 Wie – 145

12.2.1 Bij wie – 145

12.2.2 Wat zien slechtzienden eigenlijk? – 145

12.2.3 Gezondheidsproblemen en leefstijl – 146

12.3 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie – 146

12.3.1 Communiceren – 146

12.3.2 Combinatie van slechthorendheid en slechtziendheid – 146

12.3.3 Regie – 146

- 12.4 Herkennen – 147**
- 12.5 In de praktijk – 147**
- 12.6 Samenwerking, wet- en regelgeving – 147**
 - 12.6.1 Toegankelijkheid – 147
 - 12.6.2 Expertisecentra – 147
 - 12.6.3 Wmo – 147
- 12.7 Informatie – 149**
 - 12.7.1 Voor de praktijk – 149

12.1 Inleiding

Het aantal mensen met een visuele beperking neemt toe naarmate Nederlanders een hogere leeftijd bereiken. Maar ook bij mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking komen visuele beperkingen vaak voor. Alle assistenten krijgen in de praktijk met slechtzienden te maken.

12.2 Wie

In 2010 zijn er in Nederland ruim 300.000 mensen met een visuele beperking in beide ogen. Ook met een bril is hun gezichtsscherpte minder dan 30 %. Ongeveer een kwart van deze mensen is blind. Blind ben je als je gezichtsscherpte minder dan 5 % is. Sommigen zijn al vanaf hun geboorte blind. Bij anderen is het gezichtsvermogen in de loop van hun leven steeds slechter geworden. Driekwart van de mensen met een visuele beperking is slechtziend (gezichtsscherpte tussen 30 en 5 %; soms is ook hun gezichtsveld beperkt). Het aantal slechtzienden en blinden neemt toe, vooral ten gevolge van diabetes.

12.2.1 Bij wie

Ongeveer 85 % van de visuele beperkingen komt voor bij ouderen; meer bij vrouwen dan bij mannen. Bijna de helft van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen is slechtziend of blind. Ongeveer 20 % van de mensen met een verstandelijke beperking is daarbij ook slechtziend of blind. Een visuele beperking komt ook veel voor bij mensen met een meervoudige beperking. Een bijzondere groep is de groep mensen met een combinatie van slechtziendheid en slechthorendheid. Een op de dertien 85-plussers in een verzorgingshuis heeft deze dubbele beperking. In verpleeghuizen is dat zelfs een op de vijf. De combinatie van slechtziendheid en slechthorendheid veroorzaakt veel beperkingen in het sociale leven.

De belangrijkste oorzaken van visuele beperkingen in Nederland staan in [tab. 12.1](#). Meer dan de helft van slechtziendheid en blindheid in Nederland is te voorkomen of te behandelen.

12.2.2 Wat zien slechtzienden eigenlijk?

Veel slechtzienden zien onscherp. Soms is alles onscherp, soms zijn bepaalde stukken vaag (vlekken). Anderen zien weinig kleur, alles ziet er grijsig uit. Weer anderen hebben last van glinsteringen en flitsen. Nog weer anderen zien slecht in (fel) licht.

Soms zien slechtzienden maar een klein deel van de ruimte voor zich; alsof ze door een koker kijken, zo klein. Na een beroerte zien mensen soms de hele linkerhelft of rechterhelft van de ruimte niet (beperking van het gezichtsveld). Kortom, je kunt niet iets algemeen zeggen over wat slechtzienden zien. Met de Bartiméus zien-app kun je een indruk krijgen van wat slechtzienden zien ([▶ https://www.accessibility.nl/projecten-en-publicaties/mobiele-apps/zienapp](https://www.accessibility.nl/projecten-en-publicaties/mobiele-apps/zienapp)).

■ Tabel 12.1 Oorzaken van slechtziendheid

oorzaken van slechtziendheid	aantal mensen
staar (cataract)	80.000
verziendheid en bijziendheid	70.000
leeftijdsgebonden maculadegeneratie	70.000
netvliesafwijkingen door diabetes (diabetische retinopathie)	20.000
hoge oogboldruk (glaucoom)	13.000

12.2.3 Gezondheidsproblemen en leefstijl

De oorzaak van de slechtziendheid kan soms andere gezondheidsproblemen veroorzaken. Denk aan diabetes. Daarnaast kan slechtziendheid de gezondheid beïnvloeden, bijvoorbeeld omdat het door de visuele beperking moeilijk is om te sporten of voldoende te bewegen. Er kan dan overgewicht ontstaan. Ook ongevallen (vallen, ergens tegenaan lopen) kunnen het gevolg zijn.

12.3 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie

12.3.1 Communiceren

Slechtziendheid maakt lezen, televisie kijken en een computer gebruiken moeilijker. Daar zijn wel hulpmiddelen voor, maar vaak duurt het een tijd voordat mensen een hulpmiddel zoeken, advies vragen en een passend hulpmiddel kunnen gebruiken. Ook de mondelinge communicatie kan soms moeilijker verlopen. Zeker wanneer er meer dan twee mensen aanwezig zijn. Iemand die slecht ziet, kan niet zien tegen wie je praat. Bovendien ziet hij niet wat jij doet of gaat doen.

12.3.2 Combinatie van slechthorendheid en slechtziendheid

Mensen die slecht horen én slecht zien, moeten veel energie steken in hun dagelijkse activiteiten. Dat geldt op het werk maar ook thuis bij het huishouden, het boodschappen doen, bij bezoek, bij sporten. Ze zijn daardoor vaak moe. Doof-blindheid vereist speciale communicatietechnieken en begeleiding (► <http://www.doofblind.nl/>).

12.3.3 Regie

Heel veel slechtzienden en blinden voeren zelf de regie over hun leven. Wanneer mensen slechtziend worden en de slechtziendheid toeneemt, vraagt dat heel veel aanpassing en ‘wennen’ aan de toenemende beperkingen. Lang niet alle beperkingen zijn met hulpmiddelen (zie kader) op te lossen.

Medische hulpmiddelen voor slechtzienden/blinden

- Speciale insulinepennen voor slechtzienden
- (Nederlands sprekende) bloedsuikermeter (elektronische bloedglucosemeter met spraakfunctie)
- (Engels sprekende) koortsthermometer
- Medicatiedozen met alarmfunctie
- Medicatiedozen met braille-inscriptie

12.4 Herkennen

Bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking is het goed om extra alert te zijn op slechtziendheid. Dat is vaak niet meteen duidelijk als ze het zelf niet aangeven.

12.5 In de praktijk

▣ Tabel 12.2 toont aandachtspunten in het contact met slechtzienden. Veel tips zijn ook bruikbaar in de zorg voor slechtzienden met een verstandelijke beperking.

12.6 Samenwerking, wet- en regelgeving

12.6.1 Toegankelijkheid

Ga na of de praktijk of apotheek toegankelijk is voor mensen met een visuele beperking (gebouw en site). Er zijn checklists daarvoor (zie bijlage). Ga ook na of de site van de praktijk of apotheek toegankelijk is voor slechtzienden (grote letter, spreekfunctie). Bespreek in je team welke verbeteringen mogelijk zijn.

12.6.2 Expertisecentra

- Bartiméus ► <https://www.bartimeus.nl/>
- Bartiméus voor doofblinden ► <https://www.bartimeus.nl/expertise/expertisegebieden/doofblindheid/expertisecentrum-doofblindheid>
- Koninklijke Visio ► www.visio.org

12.6.3 Wmo

Wanneer ondersteuning vanuit de Wmo nodig is, is het belangrijk om bij de gemeentelijke medewerkers het probleem en de hulpvraag goed duidelijk te maken. Medewerkers van de Oogvereniging kunnen helpen de vraag aan de gemeente voor te bereiden (► <https://www.oogvereniging.nl/vereniging/stel-uw-vraag-aan-de-ooglijn/>)

■ Tabel 12.2 Aandachtspunten in het contact met slechtzienden

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen en ontvangst</i>	
contact maken	<ul style="list-style-type: none"> – noem je naam als je een slechtziende patiënt begroet – vraag of en hoe je kunt helpen; dring niet aan als je hulp niet nodig is – reageer met woorden en vertel wat je doet: een slechtziende ziet jouw gebaar of glimlach niet; raak de slechtziende patiënt niet zomaar aan – wanneer je begint te praten tegen een slechtziende, noem dan eerst zijn naam, zodat hij weet dat je het tegen hem hebt
ruimte	<ul style="list-style-type: none"> – realiseer je dat slechtzienden een streep voor de balie niet kunnen zien; zij kunnen dus niet zien waar ze moeten wachten totdat ze aan de beurt zijn – geef informatie over de ruimte: vertel de slechtziende waar hij kan gaan zitten (in de wachtruimte) of waar de behandelstoel staat; vertel welke mensen in de behandelkamer aanwezig zijn
veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> – zorg ervoor dat er geen meubels of voorwerpen zijn waar slechtzienden tegenaan kunnen botsen of over kunnen struikelen, zoals een tas, een niet aangeschoven stoel, speelgoed e.d.; laat geen deuren openstaan – als een slechtziende een trap op of af moet, kondig dan aan dat er een trap komt die omhoog of omlaag gaat; vertel waar de leuning zit of vraag of je zijn hand op de leuning kunt leggen; kondig ook aan wanneer de trap eindigt – vraag of het prettig is dat je meeloopt naar de behandelkamer of spreekkamer; zo ja, vraag dan of hij je schouder of elleboog wil vasthouden om je te volgen; loop daarbij iets vóór de slechtziende

Tabel 12.2 Vervolg.

in de spreekkamer, de behandelkamer of aan de balie

wie	– vertel wie er in de spreekkamer/behandelkamer aanwezig zijn
wat	– laat de slechtziende weten wat er gaat gebeuren, zodat hij niet schrikt; bij mondzorg raak je de plaats aan waar je gaat behandelen; je raakt bijvoorbeeld de rechterwang aan de bovenkant aan om te laten weten dat je het rechterbovenkwadrant gaat controleren, poetsen of behandelen – ben je bewust van de beperkingen die slechtziendheid voor de eigen regie kunnen betekenen; overleg met de patiënt wat haalbaar is en bespreek mogelijke oplossingen
taal	– vermijd woorden als ‘hier’ en ‘daar’; geef aanwijzingen als: ‘het bekertje water om uw mond te spoelen staat schuin links voor u (of: staat op tien uur)’; als je daarbij even tegen het glas tikt, kan de slechtziende horen waar het glas staat – woorden als ‘zien’ en ‘kijken’ kun je gerust gebruiken; dat is gewone spreektaal
als je weggaat	– laat weten dat je weggaat, zodat de slechtziende niet ‘in het niets’ praat

12.7 Informatie

12.7.1 Voor de praktijk

Checklist voor toegankelijkheid van de praktijk of apotheek (zie bijlage).

Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen

Samenvatting

Er bestaan allerlei psychische stoornissen, elk met verschillende symptomen en gevolgen voor het functioneren. Psychische problemen komen vaker voor bij patiënten met een migrantenachtergrond. Angst- en stemmingsstoornissen zoals een depressie komen veel voor. Ernstige psychiatrische aandoeningen kunnen het leven van de patiënt ernstig ontwrichten. Zij hebben vaak ook andere gezondheidsproblemen, hebben beperkte gezondheidsvaardigheden en leven korter. Mensen met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben een negatief of instabiel zelfbeeld. Ze hebben weinig controle over hun emoties en ervaren daardoor veel crisissituaties. Ze zoeken vaak hulp van zorgverleners om hun crisis op te lossen en kunnen dan claimend gedrag vertonen. Bij middelengebruik gaat het om tabak, alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines), cannabis, cocaïne, heroïne, crack, speed, GHB en xtc. Problematisch gebruik heeft invloed op het sociaal functioneren en op de gezondheid. Verslaving gaat vaak samen met andere psychiatrische ziektebeelden. De aandoening en de ernst ervan bepalen in welke mate patiënten eigen regie kunnen voeren. De GGZ kent drie niveaus: huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelt gedwongen opname. Deze wet zal worden vervangen door de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang.

13.1 Inleiding – 153

13.2 Diversiteit in stoornissen – 153

13.2.1 Geestelijke gezondheidsproblemen bij mensen met een migrantenachtergrond – 154

- 13.3 Geestelijke gezondheidsproblemen – 154**
 - 13.3.1 Angststoornissen en stemmingsstoornissen – 154
 - 13.3.2 Verwardheid – 154
 - 13.3.3 Chronische, ernstige psychiatrische aandoening – 155
 - 13.3.4 Borderlinepersoonlijkeitsstoornis – 156
 - 13.3.5 Stoornis in het gebruik van middelen – 157
- 13.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie – 158**
- 13.5 In de praktijk – 158**
 - 13.5.1 Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg – 159
 - 13.5.2 Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) – 159
 - 13.5.3 Borderlinepersoonlijkeitsstoornis – 159
 - 13.5.4 Verslaafde patiënten in de praktijk – 160
 - 13.5.5 Verslaafde patiënten in de huisartsenpraktijk – 161
 - 13.5.6 Verslaafde patiënten in de apotheek – 162
 - 13.5.7 Verslaafde patiënten in de tandartspraktijk – 163
 - 13.5.8 Migranten met geestelijke gezondheidsproblemen – 165
- 13.6 Samenwerking, wet- en regelgeving – 165**
 - 13.6.1 Wetgeving – 166
 - 13.6.2 Samenwerking huisarts, arts verslavingszorg, apotheker – 166
- 13.7 Informatie – 167**
 - 13.7.1 Voor de doelgroep – 167
 - 13.7.2 Voor de praktijk – 167

13.1 Inleiding

Als assistent in een huisartsenpraktijk, openbare apotheek of tandartspraktijk krijg je te maken met mensen met geestelijke gezondheidsproblemen (psychische stoornissen of psychiatrische aandoeningen). In dit boek gebruiken we deze begrippen door elkaar. Bijna de helft van de mensen maakt in hun leven een of meer periodes door met een geestelijk gezondheidsprobleem: een angststoornis, depressieve of psychotische stoornis of verslaving. Een deel van die mensen heeft last van een chronische aandoening. Daartoe behoren ook ontwikkelingsstoornissen zoals autismespectrumstoornissen, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Lang niet altijd zal de aandoening een specifieke benadering of aanpak van de assistent vragen. Sommige aandoeningen of situaties vragen dat wel. Daarom is kennis van enkele psychiatrische ziektebeelden van belang.

Casus

Het is wel fijn als je weet wat iemand heeft, dan kun je zijn gedrag soms beter begrijpen. Dat wil niet zeggen dat je alles hoeft te accepteren, maar als je het gedrag kunt plaatsen, kun je er soms net wat beter mee omgaan.

Een borderliner kan mij of onze stagiair bijvoorbeeld triggeren door kleinerend te doen of juist andersom ('Ik kan dit niet'). Je hoeft niet te accepteren dat je wordt gekleineerd of dat een stagiair wordt gekleineerd. Met stagiairs luisteren we altijd mee, via een meeluisterzet. Het is de kunst om én geduld te hebben én op een vriendelijke manier te zeggen dat je dat gedrag niet acceptabel vindt, dat het zo niet kan.

Het komt regelmatig voor dat een patiënt dreigt zichzelf iets aan te doen. Dat gebeurt meer op de huisartsenpost dan in de praktijk. Niet alleen bij borderliners.

Het is belangrijk om een gesprek aan te gaan en uiteindelijk een afspraak te maken (om zich niets aan te doen). Daarvoor moet je in gesprek komen en blijven, zorgen dat ze aan de lijn blijven totdat je een afspraak hebt kunnen maken en vervolgstappen hebt geregeld.

Vaak vraag je intussen: 'Hoe komt dat nou? Is er iets gebeurd waardoor u pillen wilt gaan slikken?'

Afspraken en vervolgstappen: 'U spreekt met mij af dat u die pillen laat staan. Ik overleg met de huisarts of hij...'

Hier in de huisartsenpraktijk gaat het meestal anders. Meestal kennen we de patiënt en dan kun je soms doorverbinden met de huisarts. Of er zijn afspraken gemaakt hoe te handelen. Soms weet je van een patiënt dat het niet goed gaat, dat het kan escaleren. Dat wordt besproken in ons wekelijks teamoverleg. Daar kan dan worden afgesproken welke werkwijze we gaan volgen. Dat wordt vervolgens in het computersysteem gezet. Als je het dossier van die patiënt opent, verschijnt er een pop-up: 'Als de heer Jansen belt, kun je meteen doorverbinden met de huisarts.'

Anja van Brummelen, praktijkassistent, Utrecht

13.2 Diversiteit in stoornissen

Er is een groot aantal psychische stoornissen met heel verschillende symptomen en gevolgen voor het functioneren.

Bij een deel van de patiënten blijft het met medicatie en/of psychotherapie bij een eenmalige periode in hun leven. Anderen lijden aan een chronische aandoening die herhaaldelijk of continu tot klachten leidt. Een chronische psychiatrische aandoening kan het leven van de patiënt, en vaak van zijn omgeving, ernstig ontwrichten. Een deel van de patiënten kan met behandeling en soms kortdurende opnames functioneren, al dan niet met ambulante begeleiding of in een beschermende woonomgeving. Een ander deel van de mensen met chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen leidt een moeizaam bestaan met veel problemen: werkloosheid, schulden, verslaving, geweld, dakloosheid of een langdurig verblijf in een GGZ-instelling.

We beperken ons hier tot enkele veelvoorkomende ziektebeelden en situaties die een specifieke benadering of aanpak van de assistent verlangen: angststoornis, stemmingsstoornissen, verwardheid, chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), borderline- en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Autismespectrumstoornissen zijn besproken in ►H. 7.

13.2.1 Geestelijke gezondheidsproblemen bij mensen met een migrantenachtergrond

Psychische problemen komen in het algemeen vaker voor bij patiënten met een migrantenachtergrond. Dat geldt onder meer voor psychotische stoornissen, schizofrenie, depressie en angststoornissen. De diagnose wordt echter vaak pas laat gesteld.

Veel culturen maken niet hetzelfde scherpe onderscheid tussen lichaam en geest dat de westerse cultuur maakt. Soms worden psychische klachten geïnterpreteerd als bezetenheid door geesten. Bovendien zijn psychische klachten vaak met schaamte omgeven. Migranten zien de klachten liever niet als psychisch, maar als lichamelijk.

13.3 Geestelijke gezondheidsproblemen

13.3.1 Angststoornissen en stemmingsstoornissen

Angststoornissen en stemmingsstoornissen komen veel voor. Een op de tien ouderen heeft een angststoornis. Tot de angststoornissen horen fobieën en de paniekstoornis. Ouderen met een angststoornis hebben daarnaast vaak andere geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen die hun kwaliteit van leven sterk verminderen.

Tot de stemmingsstoornissen behoren de depressie en de bipolaire stoornis. Mensen met een lichte tot matige depressie worden vaak door de huisarts en de eerstelijns-GGZ behandeld met gesprekken, gedragstherapie en ondersteunende medicatie zoals serotonineheropnameremmers (SSRI's). Bij een bipolaire stoornis heeft de patiënt afwisselend depressieve en manische periodes. Medicatie zoals lithiumcarbonaat moet vaak ook buiten de ziekteperiodes worden gebruikt. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt en zijn directe omgeving vroege signalen van een depressieve of manische periode herkent. Vaak wordt daarvoor een signaleringsplan opgesteld.

13.3.2 Verwardheid

Verwardheid is geen psychische stoornis, maar een ernstig verschijnsel dat kan voorkomen bij verschillende aandoeningen (delier, psychose, dementie, intoxicaties, hersentrauma,

ontregeling van diabetes) en als bijwerking van medicatie. Verwardheid kan leiden tot onrust, gedragsstoornissen en agressie. Verwardheid heeft een sterk negatieve invloed op zelfstandig functioneren en deelname aan de maatschappij. De laatste jaren is er meer aandacht voor mensen met chronische verwardheid die overlast veroorzaken en/of op straat leven. Een deel van hen vraagt niet zelf om zorg, maar ontloopt juist de zorgverlening (zorgmijder).

13.3.3 Chronische, ernstige psychiatrische aandoening

Psychiatrische aandoeningen kunnen het leven van de patiënt ernstig ontwrichten. Dan wordt gesproken van chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Kenmerken van EPA zijn:

- chronische ziekte (>2 jaar)
- ondanks behandeling blijven er symptomen
- moeite met sociaal-maatschappelijk functioneren (een deel van de patiënten is dak- of thuisloos)
- zorg van verschillende zorgverleners nodig
- ziektebeelden bij EPA: schizofrenie, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornis (waaronder borderlinestoornis), ernstige verslavingsproblematiek.

Slechte gezondheid

Mensen met EPA leven wel 10 tot 15 jaar korter dan andere mensen. Ze hebben naast de EPA vaak andere ernstige ziekten. Zo is het risico op hart- en vaatziekten drie keer zo groot. Daarnaast komen COPD (chronische bronchitis en longemfyseem), metabool syndroom (overgewicht in combinatie met hoog cholesterol en insulineresistentie) en diabetes mellitus, schildklierziekten en vitaminetekort veel voor. Deze ziekten hangen vaak samen met risicofactoren in de leefstijl, zoals roken, ongezonde voeding, overgewicht, gebrek aan beweging en middelengebruik (verslaving), maar ook medicatie speelt een rol. De helft van de EPA-patiënten heeft maagklachten, vaak veroorzaakt door reflux, en 70 % heeft huidklachten. Sommige aandoeningen hangen samen met medicatiegebruik (zie kader).

Medicijnen, insulineresistentie en diabetes

De volgende psychofarmaca kunnen overgewicht en insulineresistentie veroorzaken. Dat kan leiden tot diabetes.

Antidepressiva

- tricyclische antidepressiva zoals amitriptyline, clomipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, maprotiline, nortriptyline (veroorzaken toename van eetlust)
- mirtazapine, trazodon (in mindere mate dan de tricyclische antidepressiva).

Antipsychotica

- atypische antipsychotica, zoals olanzapine, clozapine, quetiapine, risperidon, aripiprazol
- klassieke antipsychotica zoals haloperidol, zuclopentixol (in mindere mate dan de atypische antipsychotica).

Gezondheidsvaardigheden

De gezondheidsvaardigheden van veel mensen met EPA zijn beperkt. Ze kunnen signalen vaak niet goed herkennen, interpreteren en verwoorden. Dat speelt een grote rol bij hun slechtere gezondheid. Consequent en correct gebruik van medicijnen is vaak moeilijk. Dat leidt tot een lage therapietrouw. De therapietrouw daalt nog verder wanneer (het merk en het uiterlijk van) medicatie zonder overleg tussen arts en patiënt wordt gewijzigd, bijvoorbeeld vanwege preferentiebeleid. De medicatie wordt dan niet herkend en dus niet ingenomen. Het wantrouwen tegen medicatie en medicatieadviezen neemt verder toe.

Zorg voor mensen met EPA

De zorg voor mensen met EPA is complex en schiet nogal eens tekort. Dat kan bijdragen aan een minder goede lichamelijke gezondheid van mensen met EPA. (Ambulante) begeleiders in de GGZ hebben vaak te weinig kennis van lichamelijke gezondheidsproblemen en daardoor minder aandacht hiervoor. Ze bieden de patiënt onvoldoende steun en sturing om naar de huisarts te gaan of de klachten met de GGZ-behandelaar te bespreken.

Mondzorg

Mensen met EPA hebben vaak (ernstige) cariës, ontstoken tandvlees en problemen met een gebitsprothese. Voor een deel komt dat door medicatie die te veel of juist te weinig speekselvorming veroorzaakt. Speekseltekort en een droge mond komen heel vaak voor bij gebruik van antidepressiva, antipsychotica en antihistaminica (zie kader). Daarnaast zijn mensen met EPA vaak (sigaretten)rokers. Mede door angst komen ze met hun klachten vaak pas laat bij de tandarts.

Mondgezondheidsproblemen door medicijnen

Droge mond

- antidepressiva, zowel tricyclische antidepressiva als SSRI's
- antipsychotica, bijvoorbeeld clozapine
- antiparkinsonmiddelen, bijvoorbeeld biperideen (Akineton®).

Tandvleeszwelling

- anti-epileptica, bijvoorbeeld fenytoïne
- calciumantagonisten, bijvoorbeeld nifedipine, verapamil.

13.3.4 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis beschrijven we wat uitgebreider. Het is voor een assistent belangrijk dat hij het gedrag dat met deze stoornis te maken heeft, kan herkennen en begrijpen. De borderlinepersoonlijkheidsstoornis is bij vrouwen meer bekend, maar komt ook bij mannen voor. Tussen de 1 en 2 % van de mensen heeft deze stoornis.

Kenmerken

Mensen met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn bang om in de steek gelaten of afgevoerd te worden. Ze kunnen dan heftig reageren. Ze kunnen wantrouwend zijn en mensen op afstand houden. Ze hebben daardoor moeite met relaties: veel ruzie en weer goedmaken of steeds nieuwe relaties.

Mensen met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben een negatief of instabiel zelfbeeld en weinig controle over hun emoties. Hun stemming kan snel wisselen. Vaak voelen ze zich leeg. Ze kunnen impulsief reageren en beschadigend gedrag vertonen (alcohol- en drugsgebruik, roekeloos autorijden, grote financiële risico's nemen, zelfbeschadiging). De pijn door zelfbeschadiging is voor hen vaak beter te verdragen dan de leegte en het gevoel in de steek te zijn gelaten.

Leven met deze stoornis kost veel energie. Mensen met deze stoornis hebben vaak stressklachten, angststoornissen, depressieve klachten of een eetstoornis. Dreigen met suïcide en suïcidepogingen komen veel voor. Bijvoorbeeld door het innemen van een overdosis medicatie.

Contact met zorgverleners

Mensen met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben weinig controle over hun leven en hun emoties. Ze hebben snel het gevoel dat ze in een crisissituatie zijn beland. Ze doen dan een dwingend beroep op zorgverleners om die crisis op te lossen. Maar de oplossingen die de hulpverlener aandraagt, vinden ze dan weer niet acceptabel. Oplossingen aandragen is daarom geen effectieve strategie. Behandeling bestaat uit intensieve psychotherapie, soms tijdelijk ondersteund met medicatie. De bedoeling van een behandeling is dat de patiënt leert omgaan met zijn emoties en impulsiviteit. Hij moet zichzelf en anderen beter leren begrijpen.

13.3.5 Stoornis in het gebruik van middelen

Stoornis in het gebruik van middelen omvat zowel het begrip misbruik als het begrip verslaving. Van misbruik van geneesmiddelen is sprake wanneer medicijnen worden gebruikt zonder een medische indicatie. Bij misbruik bestaat er nog geen gewenning en er treden nog geen onthoudingsverschijnselen op als de patiënt stopt met het geneesmiddel. Dit in tegenstelling tot verslavingsverschijnselen. Andere kenmerken van de stoornis in het gebruik van middelen zijn afhankelijkheid van het middel en de toenemende gevolgen voor het functioneren in relaties en de maatschappij.

Soms komt de patiënt bij de hulpverlening vanwege het middelengebruik, soms komt hij voor een andere klacht, maar heeft zijn middelengebruik wel de nodige invloed op zijn gezondheid en gedrag.

Middelen

Het gaat vooral om tabak, alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines), cannabis, cocaïne, crack, heroïne, speed, GHB en xtc. Voor alcoholgebruik hanteert het Nederlands Huisartsen Genootschap het begrip *problematisch alcoholgebruik*: een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen, dan wel verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt.

De meeste verslaafden gebruiken meerdere middelen. Dat heet polydruggebruik. Alleen oudere alcoholisten gebruiken bijna geen andere middelen. De combinatie van middelen leidt tot ingewikkelde intoxicatie- en onthoudingsbeelden.

Gevolgen van misbruik en verslaving

Tabaksgebruik kan leiden tot COPD, hart- en vaatziekten en kanker. Misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kan leiden tot afname van alertheid en rustspanning van de spieren, waardoor het risico op vallen toeneemt. Daarnaast ontstaat er afvlakking van emoties.

Naast de gevolgen voor het sociale functioneren kan alcoholverslaving lichamelijke problemen veroorzaken, als: overgewicht, ondergewicht, vallen en andere ongevallen, maag-darmklachten, kanker van spijsverteringsorganen, lever- en alveoleklierontsteking en hart- en vaatziekten. Ook kunnen er door de alcohol geheugenproblemen ontstaan, het syndroom van Korsakov en een delier. En natuurlijk kan een acute intoxicatie optreden. De laatste jaren zijn vooral hoogopgeleide ouderen meer gaan drinken. Zij drinken nu gemiddeld meer dan laagopgeleiden.

Verslaving aan heroïne, cocaïne of amfetamine heeft grote invloed op het dagelijkse leven. Mede door een verandering van het leefpatroon kan verslaving aan deze middelen leiden tot infectieziekten (hepatitis B en C, hiv, tbc, andere infecties en abscessen), zoals, tekort aan vitamine B, schade aan lever, hart, luchtwegen en de hersenen.

Suïcidaliteit

Suïcidaliteit komt relatief vaak voor bij mensen met een verslaving aan alcohol, opiaten en cocaïne. Dat risico wordt nog groter als ze veel roken (meer dan 25 sigaretten per dag). Als daar nog een stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis bijkomt, is het risico nog weer groter. Slaapstoornissen vormen een groot probleem tijdens de behandeling. Wanneer die onvoldoende worden behandeld, is de kans op terugval erg groot.

Dubbele diagnose

Verslaving gaat vaak samen met andere psychiatrische ziektebeelden en andersom. Er is dus vaak sprake van een dubbele diagnose. We geven enkele voorbeelden:

- 60 % van de patiënten die verslaafd zijn aan heroïne heeft een stemmings-, angst- of psychotische stoornis en/of ADHD. 40 % heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- 50 % van de patiënten met schizofrenie is verslaafd. Verslaving aan nicotine is daarbij niet meegerekend.
- 25 % van de patiënten met ADHD of stemmings- en angststoornissen is verslaafd.

13.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie

Er bestaat een grote diversiteit in geestelijke gezondheidsproblemen. En er zijn eveneens grote verschillen in de eigen regie die mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kunnen voeren.

Bij mensen met EPA is de eigen regie vaak beperkt. Andere patiënten kunnen wel eigen regie voeren. De mogelijkheden daartoe kunnen variëren, afhankelijk van de situatie en het wisselende verloop van het ziektebeeld. Er kan veel begeleiding nodig zijn om de eigen regie geleidelijk te vergroten.

Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis willen aan de ene kant dat de zorgverlener hun probleem oplost. Aan de andere kant willen ze zelf bepalen wat er gebeurt. Het is bij deze patiëntengroep belangrijk dat ze zichzelf de verantwoordelijk voelen voor hun gedrag en keuzes.

13.5 In de praktijk

Veel mensen ervaren wel problemen (stress, schulden, conflicten, piekeren, slaapproblemen), maar zoeken lang niet altijd hulp bij de GGZ. Soms heeft dat met onbekendheid of schaamte

te maken. Geestelijke gezondheidsklachten zijn maatschappelijk nog altijd minder geaccepteerd dan lichamelijke klachten. En nog minder bij migranten als in hun land van herkomst geestelijke gezondheidsklachten en GGZ onbekend zijn.

Ook patiënten met ernstige stoornissen vinden lang niet altijd dat ze een probleem hebben of dat ze ziek zijn. De hulpvraag komt dan soms van familie of andere betrokkenen.

13.5.1 Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

De GGZ is iets anders georganiseerd dan de somatische zorg (zie kader). Overigens wil lang niet iedereen verwezen worden naar een psycholoog of een gespecialiseerde GGZ-instelling.

GGZ

In de GGZ zijn drie niveaus:

1. *Huisartsenzorg, deels uitgevoerd door de POH*

De huisarts behandelt mensen met eenvoudige GGZ-problematiek. Hij kan daarbij een psychiater of psycholoog consulteren of gebruikmaken van e-health.

2. *Basis-generalistische GGZ of basis-GGZ*

Andere zorgverleners in de eerste lijn, zoals GZ-psychologen, behandelen mensen met complexere problematiek. Hiervoor is verwijzing door de huisarts nodig.

3. *Gespecialiseerde GGZ, poliklinisch en klinisch*

Zorgverleners in de gespecialiseerde GGZ behandelen mensen met ernstige problematiek. Ook hiervoor is verwijzing door de huisarts nodig.

13.5.2 Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)

Vaak ben je op de hoogte van de ernstige psychiatrische problematiek van je patiënt met EPA. In [tab. 13.1](#) staan aandachtspunten voor de zorg aan patiënten met EPA.

Mensen met EPA in de apotheek

In de apotheek ben je alert op EPA (symptomen, voorgeschreven medicatie, gedrag) en signalen ervan in medicatiegebruik, zoals het niet of te laat ophalen van medicatie ([tab. 13.2](#)).

13.5.3 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben vaak het gevoel dat ze geen hebben op hun leven. Dat maakt dat ze vaak een dringend of dwingend beroep doen op zorgverleners. Het is belangrijk om dit gedrag te herkennen:

- De patiënt doet vaak een beroep op spoedzorg (acute, dwingende vraag; vaak contact met huisartsenpost).
- De patiënt uit zijn probleem met veel woorden en emotie (theatraal gedrag).
- De patiënt legt het probleem bij de zorgverlener, die moet het volgens de patiënt oplossen.
- De patiënt dreigt zichzelf iets aan te doen als hij zijn zin niet krijgt.

Tabel 13.1 Algemene aandachtspunten bij patiënten met EPA

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
gezondheidsvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> – houd rekening met beperkte gezondheidsvaardigheden (in herkennen, begrijpen, verwoorden, gezond gedrag)
belasting	<ul style="list-style-type: none"> – realiseer je dat bezoek aan de praktijk/apotheek en verblijf in de wachtruimte al veel stress kan oproepen; vaak vraagt dat al zoveel van de patiënt, dat ze er die dag niks bij kunnen hebben – voorkom dat de patiënt lang moeten wachten
lichamelijke problemen	<ul style="list-style-type: none"> – blijf alert op lichamelijke problemen, die komen veel voor bij deze patiëntengroep (zie ► par. 13.3.3)
netwerk en regie	<ul style="list-style-type: none"> – ken het netwerk van zorgverleners rond deze patiënt en weet welke zorgverlener de regie heeft over de zorg voor de lichamelijke gezondheid – noteer gegevens over netwerk en regievoerder in het patiëntendossier

In **tab. 13.3** staan aandachtspunten voor de communicatie met borderlinepatiënten in de huisartsenpraktijk.

13.5.4 Verslaafde patiënten in de praktijk

Heel veel verslaafde patiënten beantwoorden niet aan het beeld dat van verslaafden bestaat: junks, vermagerde, slecht verzorgde mensen die op straat leven. Veel verslaafden kunnen zich nog min of meer staande houden in hun sociale omgeving. Ze zien zichzelf lang niet altijd als verslaafd, maar bijvoorbeeld als 'sociale drinker' of 'weekendgebruiker'. Het is goed om je ervan bewust te zijn dat verslaving veel voorkomt, ook bij mensen bij wie je dat niet vermoedt.

Agressie en geweld

Patiënten die onder invloed zijn, kunnen angstig, geïrriteerd, opgewonden of ongeremd zijn. Ontwenning kan dezelfde verschijnselen veroorzaken. Gebruikers hebben vaak minder controle op hun gedrag. Wanneer ze dan ook nog de situatie verkeerd inschatten, kan dat leiden tot agressie en geweld.

Agressie en geweld komen voor bij mensen die onder invloed zijn van alcohol, cocaïne en amfetamine, en bij ontwenning van vooral alcohol, opiaten, benzodiazepines en ook wel cannabis. Agressie en geweld kunnen ook voorkomen als de gebruiker een nieuwe dosis van het middel nodig heeft.

■ **Tabel 13.2** Specifieke aandachtspunten in de apotheek bij mensen met EPA

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>in de spreekkamer/behandelkamer/aan de balie</i>	
uitnodiging	– nodig de patiënt uit om het medicatiegebruik te bespreken, nu of een volgende keer
begrijpen	<ul style="list-style-type: none"> – ga na of de patiënt het belang van consequent gebruik van de medicatie begrijpt – vraag naar bijwerkingen – vraag of de patiënt wel eens uit zichzelf is gestopt of zou willen stoppen met de medicatie; zo ja, vraag naar zijn overwegingen
steun	– vraag of de patiënt steun heeft of zou willen hebben bij zijn medicatiegebruik; zo ja, vraag wie hem daarbij zou kunnen helpen (familie, woonbegeleider, ambulante begeleider) en wat de apotheek daarin zou kunnen betekenen
medicatieoverzicht	<ul style="list-style-type: none"> – besteed extra aandacht aan het medicatieoverzicht – bij de overdracht tussen de tweede en eerste lijn ontbreekt vaak een goed medicatiedossier; de patiënt kan vaak niet aangeven wat zijn huidige medicatie is
verandering?	<ul style="list-style-type: none"> – vraag de patiënt bij verandering van medicatie door het preferentiebeleid (substitutie) of de arts dat met hem heeft besproken en wat de verandering voor hem betekent – wanneer de patiënt twijfelt of bang is dat de medicatie anders zal uitpakken, overleg dan met de apotheker; de apotheker kan contact opnemen met de voorschrijvend arts en de nadrukkelijke instemming van de arts krijgen; de angst van de patiënt voor verandering kan daardoor verminderen

13.5.5 Verslaafde patiënten in de huisartsenpraktijk

Soms behandelt de huisarts lichte verslavingsproblematiek. Bij ernstigere problematiek verwijst de huisarts en wordt de patiënt door de GGZ/verslavingszorg behandeld. Verslaafde patiënten hebben vaak somatische problemen. De huisarts biedt hun somatische zorg, al zal ook de arts verslavingszorg soms somatische klachten behandelen. Het is van belang de problematiek goed te analyseren en lichamelijke klachten niet te snel toe te schrijven aan de verslaving.

Meestal is de arts verslavingszorg verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling van de verslaving. Wanneer benzodiazepines, bijvoorbeeld voor slaapproblemen, worden voorgeschreven, moeten de huisarts en de arts verslavingszorg daarover goede afspraken maken om dubbele recepten en onderhandelen te voorkomen. Ook daarom is afstemming en samenwerking met de verslavingszorg nodig.

Tabel 13.3 Aandachtspunten in de huisartsenpraktijk bij patiënten met een borderlinepersoonlijke stoornis

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>aan de telefoon/aan de balie</i>	
empathie	<ul style="list-style-type: none"> – toon empathie en respect voor de patiënt, ook al ben je het niet eens met zijn gedrag – toon begrip voor de moeilijke situatie die de patiënt ervaart
grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – stel grenzen aan het gedrag; laat het weten als je bepaald gedrag niet accepteert; stel ook grenzen aan de tijd die beschikbaar is voor de patiënt – stel je grenzen in de ik-vorm ('ik vind het niet prettig dat u ...') – geef aan dat je de patiënt wilt helpen en welk gedrag je dan van hem verwacht: 'als u op een rustige manier praat, dan ...' – tips voor het omgaan met claimend en agressief gedrag, vind je in ► H. 17
betrouwbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> – wees duidelijk en kom afspraken na; doe geen beloftes die je niet kunt nakomen; zorg ervoor dat je betrouwbaar en geloofwaardig bent – bied excuus aan als er iets niet goed is gegaan, bijvoorbeeld als de patiënt (te) laat is teruggebeld; daarmee toon je begrip dat dat voor de patiënt vervelend of moeilijk kan zijn geweest
aandacht	<ul style="list-style-type: none"> – ga niet mee in lange verhalen, maar vraag naar het hier en nu: 'hoe is het nú met u? wat is de aanleiding om nú te bellen? wat is er nú aan de hand?'
risicogedrag	<ul style="list-style-type: none"> – vraag expliciet naar risicogedrag ('hebt u medicijnen ingenomen?'); vraag door en overleg met de arts; regel, volgens de afspraken in je praktijk, een snel (telefonisch) consult bij de arts
aanbod	<ul style="list-style-type: none"> – wees duidelijk in wat je wel en niet kunt bieden: 'er is met u afgesproken dat de arts geen extra medicatie voorschrijft. U kunt na het weekend bij de huisarts terecht'
verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> – laat de patiënt verantwoordelijk blijven voor zijn eigen gedrag

Praktijkassistenten en huisartsen kunnen ook te maken hebben met familie die hulp voor hun verslaafde familielid willen. Zij willen dat het middelgebruik stopt, maar dat doel is vaak niet haalbaar zolang de patiënt dat zelf niet wil. In andere situaties vraagt de familie hulp omdat de situatie voor hen onhoudbaar is. Gedwongen opname is volgens de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) alleen mogelijk bij direct gevaar. Familie voelt zich daardoor vaak in de kou staan.

Omgaan met boosheid en agressie wordt besproken in ► H. 17.

13.5.6 Verslaafde patiënten in de apotheek

Als apothekersassistent zie je recepten voor middelen die worden gebruikt door patiënten met een verslaving. Bovendien vraag je naar de reden van gebruik. Dat is niet altijd makkelijk. Een patiënt kan zich daar ongemakkelijk bij voelen of boos worden. Leg dan uit dat je dat

Tabel 13.4 Aandachtspunten voor de communicatie met verslaafde patiënten in de apotheek

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>aan de balie</i>	
respect	<ul style="list-style-type: none"> – toon empathie en respect voor de patiënt – toon begrip voor eventueel onrustig gedrag, maar stel wel grenzen als het gedrag jou hindert in je werk of erg storend is voor andere patiënten
gezondheidsvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> – houd rekening met beperkte gezondheidsvaardigheden (in herkennen, begrijpen, verwoorden, gezond gedrag): therapietrouw is moeilijk als het leven heel onrustig is en de patiënt andere prioriteiten heeft
manipulerend, claimend en agressief gedrag	<ul style="list-style-type: none"> – blijf vriendelijk en respectvol, maar ook duidelijk over wat wel en niet kan, over wat je wel en niet kunt bieden – overleg met de apotheker als het gesprek dreigt te escaleren; daarmee geef je aan dat je de vraag van de patiënt serieus neemt; de patiënt accepteert soms een besluit van de apotheker gemakkelijker dan van de assistent; soms kan de apotheker de patiënt zelf te woord staan – omgaan met boosheid en agressie wordt besproken in ► H. 17 – wanneer de apotheker bij verslaafde patiënten minder aflevert (nasale fentanyl, benzodiazepines), kun je de patiënt zeggen dat je van de apotheker niet meer mag meegeven

vraagt omdat sommige middelen voor heel verschillende klachten kunnen worden gebruikt en dat het belangrijk is te weten voor welke klacht de patiënt het middel gebruikt.

Daarnaast zijn er natuurlijk ook mensen met een verslaving die niet worden behandeld, of die nu komen vanwege heel andere gezondheidsproblemen. Soms is hun verslavingsprobleem bekend of kun je dat vermoeden op grond van de medicatie, hun gezondheidssituatie, uiterlijke verzorging en gedrag. In [tab. 13.4](#) staan aandachtspunten voor de communicatie.

13.5.7 Verslaafde patiënten in de tandartspraktijk

De slechte mondgezondheid van verslaafden is vaak een gevolg van een combinatie van factoren, zoals slechte voeding, onvoldoende mondhygiëne, minder speekselvorming ten gevolge van medicatiegebruik. Sommige problemen hangen samen met het gebruikte middel (zie kader).

Mondzorgproblemen bij (ernstig) verslaafden

- Veel plaque en cariës, vaak door een combinatie van slechte mondhygiëne, gebruik van veel suiker en minder speekselvorming. De suikerbehoefte is groot bij gebruik van opioïden (heroïne).
- Veel tandvleesproblemen.
- Vaak verwaarloosd gebit, ontbreken van elementen.
- Ernstige gebitsslijtage door bruxisme (tandenknarsen) en kaakklem, vooral bij gebruik van alcohol, cocaïne en amfetamine.
- Problemen van het kaakgewricht door verlies van elementen en bruxisme.
- Schaamte over het gebit.
- Erosie van de gebitselementen door alcohol, reflux en braken.
- Slijmvliesafwijkingen, ontstekingen van de mondhoek, *Candida*-infectie.
- Gebroken tanden, door cariës en trauma (bij epileptische insulten, vechtpartijen).

Andere gezondheidsproblemen

Verslaafden hebben vaak ook allerlei andere gezondheidsproblemen, zoals affectieve stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen (waaronder borderlinepersoonlijkheidsstoornis), schizofrenie en PTSS. Niet altijd is dat bij de tandarts bekend. Je merkt bijvoorbeeld dat de patiënt wantrouwig reageert, angstig is, zichzelf overschreeuwt, afwezig is of vindt dat er niets aan de hand is.

Vaak zijn (ex)verslaafde patiënten heel bang voor de tandarts. Mensen die aan heroïne of andere opioïden verslaafd zijn, hebben vaak een verhoogde pijngewaarwording. Dat maakt dat een normale dosering voor lokale anesthesie vaak onvoldoende effectief is. Ze zijn bovendien erg gevoelig voor stresssituaties en vaak bang voor de verdoving. De tandarts zal net zolang bijverdoven totdat voldoende pijnstilling is bereikt en de patiënt zich prettig (comfortabel) voelt. Anders zullen de spanning en angst, en daardoor de pijn, alleen maar toenemen. Bij ernstige problematiek is behandeling in een Centrum Bijzondere Tandheelkunde nodig.

Behandelman

Pijnbestrijding en ontstekingsvrij maken van de mond staan voorop in de behandeling, naast het beperken van de schade aan het gebit. Bovendien is het uiteindelijke doel belangrijk: dat de patiënten weer kunnen functioneren in de maatschappij en ook weer naar een 'gewone' tandarts kunnen gaan. Het behandelplan is daarop gericht. Zo zal de tandarts proberen gebitselementen te behouden als ze te restaureren zijn en geen extractie uitvoeren. Zeker die elementen die bij lachen en praten in het oog springen. Om het uiteindelijke doel te bereiken werkt de tandarts eerst aan de zijdelingse delen van het gebit. Het front komt pas als laatste aan de beurt. Als de tandarts eerst het front verbetert, is de patiënt vaak al tevreden en komt hij niet meer terug voor de rest. Om dezelfde reden zal de tandarts meestal pas dure vervolghandelingen uitvoeren (kronen, bruggen) als de patiënt verder is in de behandeling van zijn verslaving en zijn leven op orde heeft.

Vanaf het begin van de behandeling besteed je veel aandacht aan begeleiding van de patiënt bij het verbeteren van zijn mondhygiëne.

Aandachtspunten voor het omgaan met verslaafde patiënten staan in [tab. 13.5](#).

Tabel 13.5 Aandachtspunten voor het omgaan met verslaafde patiënten

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen</i>	
op de hoogte zijn van het gebruik	<ul style="list-style-type: none"> – wees alert op signalen van verslaving; als je die herkent, kun jij (of de tandarts) vragen of de patiënt middelen gebruikt en relevante gegevens verzamelen om de behandeling af te stemmen op de patiënt – vraag naar angst voor de behandeling, voor pijn, voor de verdoving
behandelrelatie	<ul style="list-style-type: none"> – verslaafde patiënten komen niet altijd (op tijd) voor hun afspraak; maak afspraken over de consequenties; zoek een balans – verslaafden kunnen zich soms ongeduldig, eisend of agressief gedragen; benoem het gedrag en wat dat bij jou oproept; geef je grenzen aan; zeg welk gedrag je verwacht om verder te kunnen gaan – omgaan met boosheid en agressie wordt besproken in ►H. 17
<i>tijdens de behandeling</i>	
motiveren	<ul style="list-style-type: none"> – pas motiverende technieken toe; benadruk dat de patiënt met een gezonde mond geen pijn meer heeft en weer kan lachen, zonder zijn gebit te hoeven verbergen – besteed extra aandacht aan (begeleiding bij) mondhygiëne
aanpassing van de lokale anesthesie	<ul style="list-style-type: none"> – leg de patiënt uit dat extra verdoving misschien nodig is; laat de patiënt aangeven als hij nog pijn heeft, zodat de tandarts dan meer verdoving kan geven – zet je communicatievaardigheden in om angst te verminderen (zie ►H. 17)

13.5.8 Migranten met geestelijke gezondheidsproblemen

Maak bij het contact met migranten met geestelijke gezondheidsproblemen gebruik van de aandachtspunten in ►H. 5. Specifieke aandachtspunten bij GGZ-problemen staan in ►tab. 13.6.

13.6 Samenwerking, wet- en regelgeving

Het overheidsbeleid is erop gericht dat meer mensen, ondanks hun soms ernstige (geestelijke) gezondheidsproblemen, thuis wonen. Soms met ambulante begeleiding en kortdurende opnames.

Huisartspraktijken, openbare apotheken en tandartspraktijken hebben daardoor steeds meer patiënten met ernstige geestelijke gezondheidsproblematiek.

Tabel 13.6 Aandachtspunten bij omgaan met migranten met GGZ-problemen

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
interesse	<ul style="list-style-type: none"> – toon interesse in de patiënt, zijn levensloop en veranderingen in zijn leven of het leven van zijn familie door migratie – let erop dat je niet te snel de klachten of het gedrag verklaart vanuit de cultuur: de patiënt is een individu en wil ook zo worden gezien
psychisch en lichamelijk	<ul style="list-style-type: none"> – ga geen strijd aan over de vraag of klachten psychisch of lichamelijk zijn – gebruik de woorden die de patiënt gebruikt
gezondheidsvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> – houd rekening met beperkte gezondheidsvaardigheden (in herkennen, begrijpen, verwoorden, gezond gedrag) – verwijs eventueel naar sites met specifieke informatie en ondersteuningsgroepen (▶ www.pharos.nl; ▶ http://ziekofbezeten.marokko.nl/)

Wanneer in een huisartsenpraktijk een praktijkondersteuner GGZ werkt, bestaan er werkafspraken over de taakverdeling tussen de huisartsen en de praktijkondersteuner. Maar ook met andere GGZ-behandelaars en apotheken is afstemming over taken nodig. Bijvoorbeeld over de vraag wie in de gaten houdt of de patiënt met klachten naar de huisarts moet. Kan de patiënt dat zelf? Of houdt de GGZ-behandelaar of ambulante begeleider dat in de gaten? En welke rol speelt het sociaal wijkteam, de wijkverpleegkundige of de GGD daarin? Noteer de afspraken en gegevens van contactpersonen.

Over chronisch medicatiegebruik moeten ook afspraken worden gemaakt. Over het voorschrijven en monitoren van het gebruik, maar ook over overleg bij verandering van medicatie. Informeer elkaar en spreek af wie ervoor zorgt dat de patiënt goede uitleg krijgt bij de verandering van medicatie. Zo kun je voorkomen dat de patiënt onnodig ongerust is of in de war raakt door de verandering.

13.6.1 Wetgeving

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelt gedwongen opname wanneer de psychische aandoening gevaar voor de patiënt of zijn omgeving oplevert. Deze wet zal worden vervangen door twee nieuwe wetten:

- Wet verplichte GGZ (voor mensen met psychische problemen en/of verslaving)
- Wet zorg en dwang (voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met geheugenproblemen/dementerenden) ▶ <https://www.dwanginzorg.nl/procedures>

13.6.2 Samenwerking huisarts, arts verslavingszorg, apotheker

Samenwerking tussen de huisarts, arts verslavingszorg en apotheker is nodig om een goed medicatiebeleid te voeren. Ook moeten er afspraken worden gemaakt over behandeling van somatische klachten (▶ par. 13.5.4).

13.7 Informatie

13.7.1 Voor de doelgroep

- Patiënteninformatie ► www.thuisarts.nl
- *Somberheid*. Digitaal zelfhulpprogramma ► www.mentaalvitaal.nl
- Onlinetest over somberheid ► [www.zelfhulpwijzer](http://www.zelfhulpwijzer.nl)
- Informatie met filmpjes over psychiatrie, djinns en verslaving voor mensen van Marokkaanse afkomst ► <http://ziekofbezeten.marokko.nl/>
- Netwerk organisaties van oudere migranten ► www.netwerknroom.nl
- Informatie over gebruik van alcohol en drugs: ► www.alcoholinfo.nl, ► www.drugsinfo.nl en ► www.rokeninfo.nl

13.7.2 Voor de praktijk

- E-healthprogramma's voor de huisartsenpraktijk: *kleur je leven, psyfit, drinktest en minder drinken*.
- Infographic: *E-mental health door POH-GGZ en huisarts*. Wat is er nodig voor opschaling? ► <https://assets.trimbos.nl/docs/5e708e43-5c3c-44be-85cf-76b735ae51e2.png>
- Infographic *E-mental health in de huisartsenpraktijk*. Onderzoek naar gebruik en ervaringen. ► <https://assets.trimbos.nl/docs/70b1ba86-a46e-4abe-9b92-16b8cb4c1edb.pdf>
- *Kwaliteitscriteria mondzorg voor mensen met psychiatrische aandoeningen*. Geformuleerd vanuit cliënten- en familieperspectief. Project PG werkt samen. ► <http://www.annekehuson.nl/files/Kwaliteitscriteria-Mondzorg-voor-mensen-met-psychiatrische-aandoeningen.pdf>
- Poster mondzorg GGZ ► <http://www.pgwerksamen.nl/images/GGZ-poster-mondzorg.pdf>

Dak- en thuislozen

Samenvatting

Thuislozen zijn mensen die een adres hebben waar ze een deel van de tijd verblijven of een postadres. Mensen die zo'n adres niet hebben, zijn daklozen. Ze slapen in openbare ruimten of in maatschappelijke opvanglocaties. Velen zijn door huurachterstand of andere schulden dakloos geraakt, of na detentie of vanwege overlast. De meeste daklozen zijn alleenstaande mannen. Een relatief groot deel heeft een verstandelijke beperking of een psychiatrische stoornis, of een combinatie daarvan. Daarnaast hebben ze vaak ook andere gezondheidsproblemen, zoals verslaving, infectieziekten, COPD, maag- en darmklachten, huidklachten, voetproblemen en veel tandvlees- en gebitsproblemen. Het is voor hen moeilijk om consequent medicijnen te gebruiken. Het leven als dakloze veroorzaakt veel stress, mede door negatieve reacties uit de omgeving. De helft van de daklozen heeft geen zorgverzekering. Een deel is nog wel ingeschreven bij een huisarts. Veel daklozen kunnen moeilijk huisartsenzorg krijgen en mondzorg is nog moeilijker. In enkele steden zijn straatdokterprojecten opgezet die huisartsenzorg bieden aan daklozen. Soms doen tandartsen mee. Houd bij daklozen rekening met hun leefsituatie, die het moeilijk maakt om op tijd te komen, het gebit goed te verzorgen, gezond te eten en medicijnen in te nemen.

14.1 Inleiding – 171

14.2 Wie – 171

14.3 Gezondheid en leefstijl – 171

14.3.1 Sociaal netwerk – 172

14.3.2 Sociaal-emotioneel – 172

14.3.3 Mondproblemen – 172

14.4 Zorg – 172

14.4.1 Maatschappelijke zorg – 172

14.4.2 Gezondheidszorg – 173

- 14.5** **Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw – 174**
- 14.6** **In de praktijk – 174**
- 14.7** **Samenwerking, wet- en regelgeving – 175**
- 14.8** **Informatie – 175**
- 14.8.1 Voor de doelgroep – 175
- 14.8.2 Voor de praktijk – 175

14.1 Inleiding

Vooraf in (grote) steden krijg je in een eerstelijnspraktijk te maken met dak- en thuislozen. Soms ken je deze patiënten al van voor de tijd dat ze dakloos werden.

Casus

Onze praktijk levert huisartsenzorg aan dak- en thuislozen. We houden een keer per week spreekuur in de daklozenopvang in de binnenstad. De GGD regelt dit spreekuur, evenals een spreekuur van de verpleegkundige en de maatschappelijk werker. In principe belt niet de patiënt voor een afspraak op het huisartsenspreekuur. Dat doet meestal de verpleegkundige of een begeleider van het opvangcentrum. Het is prettig om daar spreekuur te houden: de lijn naar de GGD-verpleegkundige is kort. Wanneer er een acute vraag is, belt meestal de begeleider of coördinator.

Annet van Genderen, huisarts, Utrecht

14.2 Wie

Thuislozen zijn mensen die een adres hebben van een huis, boot, caravan of een instelling (maatschappelijke opvang zoals het Leger des Heils of hostels), waar ze twintig dagen per maand kunnen verblijven. Een postadres bij familie of vrienden kan ook. Mensen die zo'n adres niet hebben, heten daklozen. Zij hebben geen vaste verblijfplaats en slapen in de opvang, op straat of in openbare ruimten (winkelcentra, stations, portieken).

Veel dak- en thuislozen zijn vanwege schulden, huurachterstand en/of overlast uit hun huis gezet. Sommigen zijn dakloos geraakt nadat ze uit detentie zijn vrijgekomen. Schulden kunnen zijn ontstaan na een scheiding, door werkloosheid of door slecht met geld kunnen omgaan. Overlast, al dan niet door verwardheid, komt voor bij mensen met een psychiatrische stoornis, verslaving, een verstandelijke beperking of een combinatie daarvan. Sommigen zitten in de prostitutie.

In Nederland zijn naar schatting 25.000 daklozen. Mannen zijn veruit in de meerderheid (80 %), net als alleenstaanden. De meeste daklozen zijn tussen de dertig en vijftig jaar oud. Bijna de helft van de daklozen verblijft in de vier grote steden. Ongeveer de helft heeft een migrantenachtergrond; meestal een niet-westerse achtergrond.

Een deel van de dak- en thuislozen met een migrantenachtergrond heeft geen geldige verblijfsvergunning. We spreken dan van ongedocumenteerden (het woord 'illegalen' gebruiken we liever niet). Deze groep wordt in ►H. 15 besproken.

14.3 Gezondheid en leefstijl

Vooraf de mensen die veel op straat verblijven, hebben grote gezondheidsproblemen: 94 % heeft een psychiatrische stoornis, een verstandelijke beperking of een combinatie daarvan (zie kader). Andere veelvoorkomende problemen zijn: verslaving, hepatitis (B en C), hiv-infectie, tuberculose, hypertensie, over- en ondergewicht, soa's, COPD en luchtweginfecties. De volgende klachten komen veel voor: hoesten, moeheid, duizeligheid, slaapproblemen, trillen en spierstijfheid, maag- en darmklachten, voetproblemen, gebitsklachten.

Psychiatrische stoornissen en verstandelijke beperking bij dak- en thuislozen

- 67 % alcoholverslaving
- 30 % cognitieve stoornis
- 20 % stemmingsstoornis
- 20 % ADHD/autismespectrumstoornis
- 17 % psychotische stoornis
- 38 % verstandelijke beperking
- 60 % moeilijkheden met denken en beslissingen nemen.

Wat leefstijl betreft, valt het hoge percentage rokers op (>90 %). Meer dan de helft eet ongezond en beweegt te weinig. Een groot aantal is polydruggebruiker. Meest gebruikte middelen zijn: alcohol, cannabis, speed cocaïne/crack en opiaten.

Vaak is het voor dak- en thuislozen moeilijk om medicatie goed te gebruiken. Medicatie wordt vaak niet op tijd aangevuld, blijft ergens liggen of wordt gestolen. Een deel van de dak- en thuislozen vermijdt hulpverleners.

14.3.1 Sociaal netwerk

Verreweg de meeste daklozen zijn alleenstaand. De helft heeft conflicten met familie. Het sociaal netwerk is klein of afwezig. Twee derde van de daklozen kent maar een of twee mensen die hulp kunnen bieden; een derde kent helemaal niemand op wie ze kunnen terugvallen.

Onder dak- en thuislozen komt veel verbaal en fysiek geweld voor.

14.3.2 Sociaal-emotioneel

Leven in de maatschappelijke opvang of op straat veroorzaakt veel stress. Daarnaast ervaren dak- en thuislozen negatieve reacties van anderen op hun zwervend bestaan, hun uiterlijk en gedrag. Er treedt maatschappelijke uitsluiting op. Depressie komt veel voor.

14.3.3 Mondproblemen

Bij daklozen komt vaak tanderosie voor door gebruik van breezers en bier, cariës door niet of onvoldoende poetsen, met als gevolg tandvleesontstekingen en abscessen. Daklozen hebben daardoor vaak tandpijn, pijn in de mond en problemen met kauwen. Door het verdwijnen of trekken van tanden en kiezen ontstaat atrofie van de kaak. Veel daklozen zijn bang voor de tandarts.

14.4 Zorg

14.4.1 Maatschappelijke zorg

Thuislozen (in de maatschappelijke opvang) krijgen naast 'bed, brood en bad' hulp bij het regelen van hun financiën, schuldsanering, werk of dagbesteding en zorg. Daklozen blijven

vaak 'onder de radar'. Bemoeizorgteams proberen contact te leggen met daklozen, hun vertrouwen te winnen en hen alsnog in een hulptraject te krijgen.

14.4.2 Gezondheidszorg

In de grote steden zijn meer voorzieningen voor dak- en thuislozen en mensen zonder geldige verblijfsvergunning dan daarbuiten. Maar dat er voorzieningen zijn, wil niet per se zeggen dat de mensen voor wie die zorg bedoeld is, die ook echt krijgen. Veel mensen komen niet uit zichzelf bij voorzieningen die er wel zijn. De GGD en andere hulporganisaties werken daarom *outranchend*. Dat wil zeggen dat ze de mensen die ze hulp te bieden hebben, opzoeken op plaatsen waar deze komen. Bijvoorbeeld een straatdokterproject voor dak- en thuislozen, met spreekuren in de sociale opvanghuizen. Bemoeizorg is nog zo'n voorbeeld. Het is zorg voor verwarde mensen, of ze nou nog een huis hebben of dakloos zijn. Bemoeizorg vergroot de kwaliteit van leven van deze kwetsbare groepen.

Onverzekerd

De helft van de daklozen heeft geen zorgverzekering. Een klein deel daarvan staat nog wel ingeschreven bij een huisarts. Een deel van de dak- en thuislozen zou wel verzekerd kunnen worden, als ze een *woonadres* kunnen opgeven (geen postbus). Om dat voor elkaar te krijgen is vaak hulp nodig van een begeleider. Er zijn nogal wat administratieve hobbels. De zorgverzekeringslijn kan daarbij adviseren (► www.zorgverzekeringslijn.nl). *Doctors for homeless* probeert de formele barrières weg te nemen bij het regelen van een zorgverzekering en zorg voor dak- en thuislozen (mededeling Straatdokerssymposium 2016).

Zorg

Daklozen die niet ingeschreven staan bij een huisarts kunnen moeilijk huisartsenzorg krijgen. Daarom stellen ze een bezoek aan de dokter vaak uit. Tegen de tijd dat ze wél naar een huisarts gaan, of naar een ziekenhuis, is er vaak al een ernstig probleem.

Het is nog moeilijker voor daklozen om tandheelkundige zorg te krijgen, ook als ze wél een zorgverzekering hebben. Mondzorg voor volwassenen zit namelijk niet in het basispakket. En bijna niemand van deze groep heeft een aanvullende verzekering. Tandartskosten moeten ze dus zelf betalen. Vanwege hun meestal slechte gebitstoestand, angst voor de tandarts en angst voor de hoge kosten gaan ze zelden naar de tandarts en stellen ze hun bezoek zo lang mogelijk uit.

Een beter gebit

Wanneer het gebit en tandvles in betere conditie zijn, heeft dat niet alleen effect op de mondgezondheid. Een belangrijke ingang voor infecties wordt daarmee afgesloten.

Wanneer de pijn weg is en het kauwen beter gaat, gaat ook het eten beter. Bovendien kan de patiënt gemakkelijker praten en durft weer te lachen. Dat maakt sociale contacten gemakkelijker. Het maakt het mogelijk om te participeren en te solliciteren.

De oplossing die wordt geboden moet natuurlijk wel aansluiten bij de behoeften en leefstijl van de cliënt. Die weet immers wat haalbaar is in zijn situatie.

■ **Tabel 14.1** Aandachtspunten voor je communicatie met dak- en thuislozen

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen en ontvangst</i>	
afspraken	<ul style="list-style-type: none"> – stel je eisen en verwachtingen niet te hoog: daklozen komen niet altijd op de afgesproken tijd opdagen: op tijd komen is een grote opgave in hun onregelmatige en onvoorspelbare leven – stel regels en maak duidelijke afspraken, maar voorkom dat je het contact verliest doordat je overvraagt
niet verzekerd	<ul style="list-style-type: none"> – leg een onverzekerde dak- of thuisloze uit dat hij de kosten van de zorg zelf moet betalen; ook als hij dat niet kan, moet je hem toch een rekening en vervolgens aanmaningen sturen; de patiënt moet duidelijk laten weten dat hij de rekening niet kan betalen; deze gang van zaken is nodig omdat de zorgverlener moet aantonen dat hij zijn best heeft gedaan om het bedrag te innen
<i>in de spreekkamer, de behandelkamer of aan de balie</i>	
bewaak de haalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> – houd rekening met de beperkingen (psychisch, sociaal, praktisch) – spreek waardering uit voor wat goed gaat – overleg met de patiënt wat haalbaar is
contactpersoon	<ul style="list-style-type: none"> – stel zo mogelijk een familielid, de begeleider uit de opvang of het bemoeizorgteam op de hoogte van afspraken; stuur hen een reminder, om de patiënt aan zijn afspraak te herinneren

14.5 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw

Bij de beschrijving van de doelgroep en hun gezondheid is al duidelijk geworden dat voor dak- en thuislozen eigen regie moeilijk is. Dat is moeilijk vanwege hun psychische toestand en de omstandigheden waarin ze leven. Vaak is het al moeilijk genoeg om het hoofd elke dag boven water te houden, een slaapplek, eten, een doucheplek en schone kleren te hebben. Zelf werken aan hun gezondheid is geen vanzelfsprekendheid. Dat vraagt van jou als assistent extra aandacht, kleine stappen, goede begeleiding en niet-opgeven.

14.6 In de praktijk

Veel zorgverleners vinden het niet prettig wanneer daklozen met een slechte lichaamsverzorging lang in de wachtruimte zitten. Vroeg op de ochtend plannen is vaak voor de dakloze niet

Tabel 14.2 Sociale kaart

stad	site	toelichting
Amsterdam	► www.socialekaart.amsterdam.nl	doelgroepen o.a. daklozen, migranten, mensen met dementie, mensen met een beperking.
Rotterdam	via ► www.humanitas.nl	sociale kaart en verwijshulp
Den Haag	► www.socialekaart.net	

haalbaar. Soms plannen de assistenten de afspraak daarom aan het eind van het spreekuur of vragen ze de (tand)arts deze patiënt zo snel mogelijk na binnenkomst te helpen.

Voor aandachtspunten zie [tab. 14.1](#).

14.7 Samenwerking, wet- en regelgeving

Als hulpverlener in een grote stad ben je een van de schakels in een groot netwerk. Samenwerking is daarin belangrijk, met alle druk, misverstanden en ergernis die daarbij horen. Het helpt wel als je een beetje kunt relativeren en er plezier in hebt als je iemand een klein stapje vooruit hebt kunnen helpen.

In grote steden werken vaak een ‘straatdokter’ en een ‘tandarts voor daklozen’. In andere gemeenten kan de GGD adviseren. Bij patiënten die in een maatschappelijke opvang wonen, werk je samen met de cliëntbegeleider van deze opvang.

Veel steden hebben een sociale kaart voor de zorg. Soms geeft de gemeente die uit, soms de GGD of een organisatie voor maatschappelijke opvang ([tab. 14.2](#)). Het is dus even zoeken op internet.

14.8 Informatie

14.8.1 Voor de doelgroep

Informatieblad regeling onverzekerden, Zorginstituut Nederland ► <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/verzekering/onverzekerden/aangeschreven-als-onverzekerde/aangeschreven-als-onverzekerde/aangeschreven-als-onverzekerde/zinl%3Adocuments/1509-regeling-onverzekerden-informatieblad/Regeling+onverzekerden+%28Informatieblad%29.pdf>

14.8.2 Voor de praktijk

Zorgverzekeringslijn (► www.zorgverzekeringslijn.nl). Expertisecentrum om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken en ervoor te zorgen dat onverzekerden zich zo snel mogelijk (opnieuw) verzekeren.

Mensen zonder geldige verblijfsdocumenten

Samenvatting

Vooraf in grote steden wonen mensen zonder geldige verblijfsdocumenten (ongedocumenteerden). Het zijn arbeidsmigranten zonder verblijfsvergunning en asielzoekers die wachten op de uitslag van een nieuwe aanvraag. Zij mogen geen zorgverzekering afsluiten, ook al werken ze en zouden ze dat kunnen betalen. Zij zijn onverzekerd en ook onverzekerbaar. Hun leefsituatie veroorzaakt veel stress en daardoor vaak gezondheidsproblemen. Omdat ze de rekeningen zelf moeten betalen, stellen ze het bezoek aan een huisarts of tandarts vaak uit. Zorgverleners in Nederland zijn verplicht om (basis)zorg te verlenen. Huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en acute zorg in ziekenhuizen is direct toegankelijk. Zorgverleners kunnen een vergoeding krijgen voor verleende zorg die niet is betaald. Inschrijving in het huisartsen- en tandartsen-informatiesysteem is mogelijk zonder verzekeringsnummer. Alle zorgverleners hebben een geheimhoudingsplicht. Als de patiënt dat weet, zal hij eerder zijn naam, adres of telefoonnummer geven. Een ongedocumenteerde patiënt moet weten dat hij recht heeft op basiszorg, maar dat hij de kosten zelf moet betalen. De assistent vertelt hem welke stappen worden doorlopen als hij niet betaalt of dat niet kan. Sommige praktijken bieden een betalingsregeling aan. Bij adviezen houdt de assistent rekening met de onzekere en stressvolle leefsituatie van de patiënt.

- 15.1 Inleiding – 179**
- 15.2 Wie – 179**
- 15.3 Gezondheid en leefstijl – 180**
- 15.4 Zorg – 180**

15.5 **Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw – 181**

15.6 **In de praktijk – 181**

15.7 **Samenwerking, wet- en regelgeving – 183**

15.7.1 Een huisarts of tandarts vinden – 183

15.7.2 Geneesmiddelen – 183

15.7.3 Sociale kaart – 183

15.7.4 Landelijke organisaties – 184

15.8 **Informatie – 185**

15.8.1 Voor de doelgroep – 185

15.8.2 Voor de praktijk – 185

15.1 Inleiding

Ook in de praktijk of apotheek waar jij werkt, kan zich een patiënt melden zonder zorgverzekering en zonder geldige verblijfsvergunning. Om goed met deze patiënt om te gaan heb je extra kennis nodig van zijn leefsituatie en de regelingen rondom ongedocumenteerden.

Casus

Ik kan in het computersysteem zien wanneer een patiënt geen burgerservicenummer heeft. Ik vraag dan naar een legitimatiebewijs of zorgpas. Soms hebben ze wel een zorgpas. Van een Europese zorgpas maak ik een kopie voor het dossier. Daarmee kunnen de kosten gedeclareerd worden. Wanneer een patiënt geen zorgpas heeft, moet hij de kosten van het consult zelf betalen. Soms kan de patiënt dat, maar vaak niet.

Er ontstaat vaak discussie: 'Ik heb geen legitimatie bij me.' Ik zeg dan wel dat ze die altijd bij zich moeten hebben, ook op straat, maar dat weten ze eigenlijk wel. Toch leg ik dat elke keer uit. En ik geef ze een standaardbrief mee, in het Nederland of Engels. Die is van het Zorginstituut Nederland, de overheidsorganisatie die gaat over de zorgverzekeringen. In die brief wordt uitgelegd dat je je moet verzekeren als je in Nederland woont of werkt. Maar dan moet je wel een verblijfsvergunning hebben. Als je die niet hebt, kun je geen zorgverzekering afsluiten en dan moet je de kosten van de zorg dus zelf betalen.

Op de huisartsenpost helpen we de patiënten uiteraard. Als ze hun zorgpas zijn vergeten, vraag ik ze om die toch te komen laten zien. Want anders moeten ze de rekening zelf betalen.

Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht

15.2 Wie

Mensen zonder geldige verblijfsvergunning heten ook wel ongedocumenteerden. Het woord 'illegalen' gebruiken we in de zorg liever niet. Ongedocumenteerden wonen vooral in de grote steden. Het kan gaan om arbeidsmigranten die geen werk- en verblijfsvergunning hebben. Of om uitgeprocedeerde asielzoekers van wie de eerste aanvraag is afgewezen en die een nieuwe aanvraag hebben ingediend. De laatste groep mag wel (legaal) in Nederland blijven om de bezwaarprocedure af te wachten, maar heeft gedurende de procedure geen recht op opvang of voorzieningen. Zij mogen en kunnen dus geen zorgverzekering afsluiten, ook al verdienen ze geld. Ze zijn onverzekerbaar, zoals dat officieel heet. Daarnaast zijn er ook uitgeprocedeerde asielzoekers die na de definitieve beslissing niet uit Nederland zijn vertrokken. Ook zij horen tot de groep onverzekerden. Omdat gemeenten een zorgplicht hebben voor hun inwoners en niet willen dat die op straat belanden, zorgen sommige gemeenten ervoor dat 'kansrijke' asielzoekers bij een tweede aanvraag toch onderdak krijgen.

Precieze aantallen zijn niet bekend. Naar schatting zijn er tussen de 60.000 en 120.000 mensen zonder verblijfsvergunning in Nederland.

15.3 Gezondheid en leefstijl

Het leven zonder verblijfsvergunning veroorzaakt veel onzekerheid en stress. Ongedocumenteerden hebben vaak te maken met uitbuiting. Velen willen geen adres noemen of geregistreerd worden uit angst dat de gegevens bij politie of justitie terechtkomen. Een deel van hen is dakloos. Ongedocumenteerden hebben bijna allemaal continu financiële zorgen. Hun woonomstandigheden zijn vaak slecht. Ze voelen zich vaak opgejaagd. Depressie komt veel voor.

De meest voorkomende aandoeningen zijn huidaandoeningen, klachten van de spijsvertering en urinewegen, psychische problemen, tuberculose en soa's.

Omdat ongedocumenteerden geen zorgverzekering hebben, moeten ze de rekeningen zelf betalen. Bij lage rekeningen lukt dat soms nog wel, maar bij dure zorg lukt dat niet. Daardoor stellen ze het vaak uit om naar de dokter of tandarts te gaan. Herhaalde bezoeken aan een ziekenhuis leveren, zeker bij een grote reisafstand en hoge reiskosten, vaak praktische en financiële problemen op.

15.4 Zorg

Zorgverleners zijn verplicht om (basis)zorg te verlenen, ook al zijn mensen niet verzekerd. Nederland heeft een verdrag ondertekend waarin staat dat ongedocumenteerden zorg kunnen krijgen. Zorgverleners kunnen een vergoeding aanvragen wanneer ze zorg hebben verleend aan een patiënt zonder verblijfsvergunning die de zorg niet kan betalen (zie kader).

Er bestaat een onderscheid tussen direct toegankelijke zorg en niet-direct toegankelijke zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning. Direct toegankelijke zorg is de zorg door huisartsen, verloskundigen, kraamverzorgenden, tandartsen, paramedici en acute zorg in ziekenhuizen. Deze zorgverleners zijn verplicht aan elke patiënt de medisch noodzakelijke zorg te verlenen, ongeacht of die patiënt verzekerd is of niet. Daaronder valt behalve acute zorg ook alle zorg uit het basispakket die aan verzekerden ook wordt gegeven. Een arts moet vaststellen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Elke patiënt moet in principe door een arts worden beoordeeld, niet door de assistent, receptionist of baliemedewerker. In de praktijk blijkt steeds weer dat artsen medisch noodzakelijk zorg vaak opvatten als acute zorg.

Voor niet-direct toegankelijke zorg (zorg door apotheken, ziekenhuizen en GGZ-instellingen en ambulancevervoer) zijn instellingen aangewezen. Alleen daar kunnen mensen zonder verblijfsvergunning (met recept of verwijzing) terecht.

Voor mondzorg is er een groot knelpunt. Het basispakket omvat namelijk alleen zorg voor kinderen tot 18 jaar, volledig uitneembare prothesen en bijzondere tandheelkunde. Voor mondzorg voor ongedocumenteerde volwassenen is voor basistandartsenzorg geen regeling getroffen.

Op de site ► <http://www.basisrechten.nl/> staat hoe in een aantal steden de zorg is geregeld.

Juridische knelpunten

Aan de ene kant staat er in wetten en beroepscode's dat een zorgverlener niet mag weigeren om medisch noodzakelijke zorg te verlenen als hem daarom wordt gevraagd. Dat is een plicht van elke zorgverlener. Een arts moet dus eerst vaststellen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. En daarbij mogen een verblijfsstatus en financiële draagkracht geen rol spelen. Dat een patiënt geen identiteitsbewijs wil laten zien, of geen naam of adres wil noemen, mag geen rol spelen bij de beoordeling of de zorg medisch noodzakelijk is.

Aan de andere kant vat de overheid medisch noodzakelijke zorg op als alle zorg in het basispakket. Daar zit een groot deel van de mondzorg niet in. Noodzakelijke mondzorg moet de patiënt dus zelf betalen.

Financiële knelpunten


Een patiënt heeft de plicht (WGBO) de kosten van de zorg te betalen. Als hij is verzekerd, regelt de zorgverzekeraar dat. Ongedocumenteerden mogen geen zorgverzekering afsluiten, ook niet als ze dat zouden kunnen betalen. Ongedocumenteerden moeten de zorgkosten dus zelf betalen. Dat is in de praktijk vaak moeilijk, maar mag geen reden zijn om zorg te weigeren. Er is een regeling dat de zorgverlener de kosten van medisch noodzakelijke zorg kan declareren. De zorgverlener krijgt 80 % van de kosten vergoed. De andere 20 % zijn voor rekening van de zorgverlener. Alleen de kosten voor de zorg bij zwangerschap en bevalling worden voor 100 % vergoed. De zorgverlener moet wel aantonen dat hij zijn uiterste best heeft gedaan om het bedrag van de ongedocumenteerde patiënt te krijgen (herinnering, tweede herinnering, afbetalingsregeling). Dat vinden zorgverleners vaak veel werk.

15.5 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie, therapietrouw

Mensen zonder geldige verblijfsvergunning leiden een stressvol bestaan. De meesten hebben een zelfstandige woning. Een deel werkt en verdient daarmee geld om in het levensonderhoud te voorzien. Anderen zijn aangewezen op woningen of kamers die ze met veel anderen moeten delen. Een klein deel is dakloos. Inkomen en woonomstandigheden zijn van grote invloed op hun eigen regie over de gezondheid.

Sommigen zijn uitstekend in staat de eigen regie te voeren. Anderen hebben zoveel onrust en onzekerheid in hun leven, dat eigen regie en therapietrouw moeilijk zijn.

15.6 In de praktijk

Aandachtspunten in zorg voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning zijn te vinden in  tab. 15.1.

■ **Tabel 15.1** Aandachtspunten in de zorg voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen en ontvangst</i>	
contact	<ul style="list-style-type: none"> – stuur een patiënt niet weg, ook al heeft hij geen geldige verblijfsvergunning en geen zorgverzekering; toon begrip voor zijn situatie – ga na in welke taal je het beste kunt communiceren; vraag de patiënt eventueel of er iemand is die kan helpen bij de communicatie (zie ► H. 5)
inschrijven	<ul style="list-style-type: none"> – een patiënt kan worden ingeschreven in het huisartsen- en tandartseninformatiesysteem zonder verzekeringsnummer
<i>in de spreekkamer, de behandelkamer of aan de balie</i>	
geheimhouding	<ul style="list-style-type: none"> – vertel duidelijk dat de zorgverlener geheimhoudingsplicht heeft en dus geen gegevens doorgeeft aan de politie of IND: alles wat besproken wordt, blijft geheim
recht op basiszorg	<ul style="list-style-type: none"> – leg uit dat iedere patiënt recht heeft op basiszorg, als het nodig is van een specialist; vertel erbij dat ze niet in alle ziekenhuizen, GGZ-instellingen en apotheken terecht kunnen, maar dat ze dan naar instellingen moeten die de overheid heeft aangewezen
financiën	<ul style="list-style-type: none"> – leg de financiële regeling uit – de patiënt moet zelf betalen, eventueel met een betalingsregeling; soms rekent de zorgverlener een lager tarief, soms is er een lokaal fonds (gemeente, particulier, hulpverleningsorganisatie) dat kan bijspringen – als de patiënt de kosten echt niet kan betalen, kan de overheid de kosten betalen; daar gelden wel regels voor (zie kader ► par. 15.7) – voor geneesmiddelen geldt een bijdrage van 5 euro per geneesmiddel
ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> – vraag of de patiënt contact heeft met lokale of landelijke ondersteuningsorganisaties; attendeer hem anders daarop
let op haalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> – pas je advies aan aan de behoefte en mogelijkheden, bijvoorbeeld: wanneer de patiënt een zwerfend bestaan leidt terwijl voor de behandeling continuïteit nodig is

15.7 Samenwerking, wet- en regelgeving

15.7.1 Een huisarts of tandarts vinden

Het is voor een ongedocumenteerde vaak moeilijk een huisarts te vinden die bereid is hem als patiënt te accepteren en te behandelen. Dat leidde tot situaties waarin ongedocumenteerden te laat, te weinig of geen zorg kregen, waardoor hun ziekte verergerde. Soms traden complicaties op waarvoor de patiënt in een ziekenhuis moest worden opgenomen. Zo'n opname had voorkomen kunnen worden door tijdige zorg. In een aantal grote steden hebben artsen op eigen initiatief huisartsenzorg voor ongedocumenteerden opgezet. In Amsterdam bijvoorbeeld de Kruispost.

Een financiële regeling (zie volgend kader) zorgt ervoor dat huisartsen, tandartsen en apothekers een vergoeding krijgen voor hulp aan ongedocumenteerden.

15.7.2 Geneesmiddelen

Een ongedocumenteerde kan geneesmiddelen op recept niet bij elke apotheek ophalen, maar alleen bij een apotheek die daarvoor is gecontracteerd. Medicijnen uit het basispakket worden hier vergoed door het Zorginstituut. Ongedocumenteerde patiënten moeten per geneesmiddel een eigen bijdrage van vijf euro betalen. De voorschrijver noteert op het recept dat de patiënt onder de regeling van Zorginstituut Nederland valt.

Soms is er een noodfonds, zoals in Amsterdam, dat de kosten aan de apotheker vergoedt wanneer de patiënt ook de vijf euro niet kan betalen.

Vergoeding voor zorg aan ongedocumenteerden

Wanneer een patiënt zonder verblijfsvergunning de kosten van de zorg niet kan betalen, kunnen huisartsen, verloskundigen en tandartsen de kosten (van basiszorg) declareren bij het Zorginstituut Nederland. De zorgverlener moet wel aantonen dat hij alles eraan heeft gedaan om het bedrag te innen. Pas dan is er sprake van oninvorderbare kosten. Alleen dergelijke kosten kan de zorgverlener declareren bij het Zorginstituut Nederland. De kosten van de huisartsenzorg en tandartsenzorg wordt voor 80 % vergoed. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg worden voor 100 % vergoed.

Voor EU-burgers geldt deze regeling niet. EU-burgers kunnen namelijk wel een zorgverzekering afsluiten.

15.7.3 Sociale kaart

De voorzieningen voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning verschillen sterk per gemeente. In grotere steden verblijven over het algemeen meer ongedocumenteerden en zijn er vaak meer voorzieningen. Er zijn ook groepen ongedocumenteerden die zich hebben georganiseerd.

De sociale kaart verschilt sterk per gemeente. Maatschappelijke opvang en kerken werken vaak samen met de GGD.

■ **Tabel 15.2** Landelijke organisaties voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning

organisatie	toelichting	site
Lampion	informatie- en adviespunt voor de zorg aan illegalen	► http://www.lampion.info/home
Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS)	organisatie die belangen behartigt van ongedocumenteerden	► http://www.stichtinglos.nl/
Dokters van de wereld	organisatie voor verbetering van toegang tot zorg voor ongedocumenteerden; houdt spreekuren	► http://www.doktersvandewereld.org

15.7.4 Landelijke organisaties

Er zijn verschillende landelijke organisaties, ieder met eigen doelstellingen en aandachtsgebieden (► tab. 15.2).

Initiatieven voor betaalbare tandartsenzorg

Voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning is tandartsenzorg vaak moeilijk te krijgen. Organisaties voor medische zorg aan ongedocumenteerden kunnen soms bemiddelen bij het zoeken van een tandarts.

Organisaties die mondzorg aan ongedocumenteerden bieden of daarvoor bemiddelen

stad	organisatie	site
Amsterdam	Kruispost	► http://www.oudezijs100.nl/kruispost
Eindhoven	Vluchtelingen in de knel	► http://www.vluchtelingenindeknel.nl
Rotterdam	Pauluskerk	► http://www.pauluskerkrotterdam.nl
Utrecht	STIL	► http://www.stil-utrecht.nl/
Nijmegen	VluchtelingenWerk Oost Nederland	via ► https://www.vluchtelingenwerk.nl/oostnederland

In Amsterdam en Den Haag bestaan Friendly Networks van tandartsen die ongedocumenteerden gratis behandelen bij pijnklachten. Patiënten worden verwezen via Dokters van de wereld (► <http://www.doktersvandewereld.org>).

15.8 Informatie

15.8.1 Voor de doelgroep

- Gezondheidsboek *Wie helpt mij als ik ziek ben? Wat kan ik zelf doen?* (Schoevers 2009)
▶ <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/129/gezondheidsboek>
- Folder *Medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning*, over toegang tot zorg en de regels daarvoor. ▶ <http://www.stichtinglos.nl/content/gezondheidszorg>
- Folder *Iedereen heeft recht op gezondheidszorg. Jij ook!* Voor kinderen van ouders zonder verblijfsvergunning (Nederlands en Engels) ▶ http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/booqi_illegale_kinderen.pdf
- Zelfzorgfolders (beschikbaar in 12 talen) ▶ <https://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten/15-zelfzorgfolders/6-zelfzorgfolders>
- Informatie over gezondheidszorg inclusief tandartsenzorg voor illegale kinderen ▶ <http://www.ilegaalkind.nl/>

15.8.2 Voor de praktijk

De bronnen die bij ▶ par. 15.8.1 zijn genoemd, zijn ook informatief voor assistenten.

- Helpdesk Zorg onverzekerbare vreemdelingen van Zorginstituut Nederland (020-7978947) ▶ <http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerbare+vreemdelingen>
- Informatie voor tandartsen ▶ <http://www.doktersvandewereld.org/informatie-voor-tandartsen/>

Palliatieve en terminale zorg

Samenvatting

Palliatieve zorg gaat over kwaliteit van leven voor mensen met een levensbedreigende aandoening die geen perspectief hebben op herstel. Een deel van hen is in de terminale fase. Bij mensen met een chronische ziekte is er niet altijd een scherpe grens tussen de curatieve en palliatieve fase. In de palliatieve fase en de terminale fase kan soms een deel van de medicatie worden gestopt, bijvoorbeeld cholesterolverlagers. Door anticiperend beleid kunnen veel hinderlijke en ernstige klachten worden voorkomen of snel en adequaat behandeld, ook als ze optreden in ANW-uren. Veelgebruikte middelen zijn pijnstillers, waaronder opioïden, laxeremiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen. Goede voorlichting over opioïden is belangrijk. Palliatieve zorg aan migranten, dementerenden, mensen met een psychiatrische stoornis en mensen met een verstandelijke beperking vraagt extra aandacht. Palliatieve sedatie wordt toegepast om ernstige symptomen te bestrijden die niet op een andere manier behandelbaar zijn (refractaire symptomen). Doel is het verlichten van lijden. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen, waarvoor een KNMG-richtlijn bestaat. Euthanasie is het op verzoek levensbeëindigend handelen. Wanneer de arts niet handelt volgens de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet kan hij strafrechtelijk worden vervolgd.

16.1 Inleiding – 189

16.2 Palliatieve zorg – 189

16.3 Gezondheidsproblemen – 190

16.3.1 Antidiabetica – 191

16.3.2 Veelvoorkomende klachten – 191

16.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie en kracht mantelzorg – 191

- 16.5 In de praktijk – 192**
 - 16.5.1 Voorlichting over opioïden – 193
 - 16.5.2 Zorg op maat – 193

- 16.6 Samenwerking, wet- en regelgeving – 194**
 - 16.6.1 Plaats en vergoeding van de zorg – 195
 - 16.6.2 Zorgen voor afstemming – 195

- 16.7 Palliatieve zorg bij specifieke groepen – 196**
 - 16.7.1 Migranten – 196
 - 16.7.2 Dementerenden – 197
 - 16.7.3 Mensen met een verstandelijke beperking – 198
 - 16.7.4 Mensen met een psychiatrische stoornis of verslavingsproblematiek – 200

- 16.8 Palliatieve sedatie, euthanasie en hulp bij zelfdoding – 200**
 - 16.8.1 Palliatieve sedatie – 200
 - 16.8.2 Euthanasie – 202
 - 16.8.3 Hulp bij zelfdoding – 205

- 16.9 Informatie – 207**
 - 16.9.1 Voor de doelgroep – 207
 - 16.9.2 Voor de praktijk – 207

16.1 Inleiding

Palliatieve zorg is zorg die niet gericht is op herstel, maar op kwaliteit van leven in de tijd die iemand nog heeft. Meestal gaat het om dagen, weken of maanden, maar soms om jaren. In de praktijk wordt een grens aangehouden van ongeveer een jaar voor de palliatieve fase. Wanneer het sterven dichtbij komt en de patiënt naar verwachting nog enkele dagen tot enkele weken te leven heeft, spreekt men van de palliatief-terminale fase.

Terugbellen of visite?

Voor praktijkassistenten is het soms moeilijk een beslissing te nemen: is terugbellen door de huisarts voldoende of moet er een visite worden gepland? Natuurlijk kan de huisarts ná het terugbellen alsnog besluiten dat een visite nodig is. De praktijkassistent zorgt er in elk geval voor dat de vraag van de patiënt vandaag nog wordt beantwoord. De vorm waarin kan verschillen. Die kan altijd nog worden aangepast. Bij alarmsymptomen, zoals continu braken, bloedbraken, een insult of coma, overlegt de assistent direct met de huisarts.

Annet van Genderen, huisarts, Utrecht

Pop-ups

We werken in de computer met pop-ups. Die kunnen we ook in de zorg voor palliatieve terminale patiënten invoeren. Immers, niet alle partners of kinderen hebben dezelfde achternaam. Dan is het soms handig om bij mevrouw Pietersen een pop-up te maken, zoals: is de dochter van mevrouw Broers die palliatieve zorg heeft. Dat helpt om een telefoontje in te schatten.

Anja van Brummelen, praktijkassistent, Utrecht

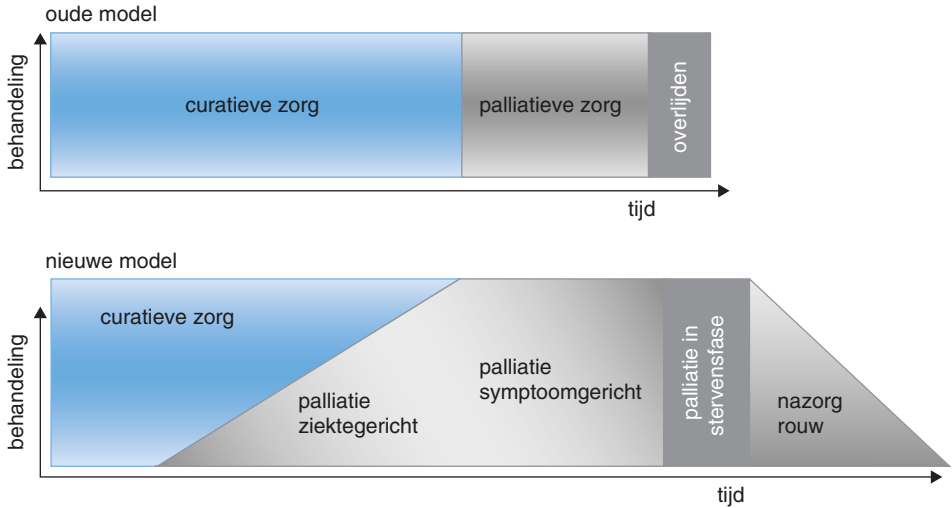
16.2 Palliatieve zorg

De definitie van palliatieve zorg van de WHO uit 2002 luidt:

- » Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

De belangrijke elementen in deze definitie zijn: patiënten en naasten, verlichten van lijden, vroegtijdige signalering en pijn en problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Palliatieve zorg is bedoeld voor mensen voor wie er geen perspectief op herstel is. Het begrip palliatieve zorg werd aanvankelijk vooral gebruikt bij mensen met kanker. Bij kanker is er vaak een scherpe lijn tussen de behandelfase met curatieve zorg en de palliatieve fase met palliatieve zorg (palliatie is verlichting). Maar palliatieve zorg bestaat ook voor mensen in de eindfase van bijvoorbeeld hartfalen, COPD, MS en ALS. Daarbij is er meestal niet zo'n scherpe grens tussen de twee fasen. Ook bij kanker wordt de grens tussen curatieve fase en palliatieve fase onduidelijker. Bij steeds meer mensen met kanker wordt de ziekte namelijk chronisch. Het accent in de zorg verschuift geleidelijk van curatief naar palliatief (■ fig. 16.1) en kan tussentijds bovendien wisselen, wanneer de ziekte soms rustig is en dan weer verergert.



■ **Figuur 16.1** Palliatieve zorg in de tijd

In de palliatieve zorg gaat het vooral om verlichting van lijden en om wat iemand belangrijk vindt. In de palliatieve fase kan behandeling plaatsvinden, ook van kanker, maar het doel is: verlichting van klachten, verlengen van de periode met beperkte klachten, voorkomen van ernstige problemen.

De patiënt maakt een keuze of hij palliatieve chemotherapie of palliatieve bestraling wil hebben. Of nog naar het ziekenhuis wil voor behandeling. Hij weegt af hoeveel hij daarmee wint en wat hij daarvoor over moet hebben (bij chemotherapie: misselijkheid en braken, meer vermoeidheid, vatbaarheid voor infecties). Niemand wil ernstige pijn hebben. Maar sommigen vinden het erg om suf en niet helder te zijn, want dat gaat ten koste van een goed contact met hun naasten. Zij hebben soms liever enige, dragelijke pijn, dan versuffing. Doordat de behandelmogelijkheden toenemen, wordt de scheidslijn tussen curatieve en palliatieve fase minder scherp en zal de palliatieve fase langer worden (zie filmpje Palliatie 2.0: apotheker aan zet ► <https://www.youtube.com/watch?v=ffDv4quhWj4>).

Palliatieve zorg vraagt ook kennis van de specifieke doelgroep die die zorg ontvangt. Denk aan mensen met een migrantenachtergrond, kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een psychiatrische ziekte. De palliatieve zorg aan patiënten uit enkele van die groepen wordt besproken in ► par. 15.6.

16.3 Gezondheidsproblemen

Allerlei verschijnselen kunnen zich voordoen in de palliatieve fase van een ziekte. Ze worden behandeld voor zover dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Vaak vindt opnieuw medicatiebeoordeling plaats, zeker wanneer de patiënt binnen afzienbare tijd zal overlijden. Heeft het nog zin om cholesterolverlagers of bloeddrukverlagers te gebruiken? Veel medicatie wordt gestopt.

16.3.1 Antidiabetica

Antidiabetica zullen meestal worden gehandhaafd. De streefwaarden voor de bloedsuiker zullen worden versoepeld, maar niet helemaal losgelaten. Erg hoge of erg lage suikerspiegels kunnen hinderlijke verschijnselen en acute complicaties veroorzaken. Een hyperglykemie met veel plassen, dorst en een verlaagd bewustzijn. Een hypoglykemie met zich niet lekker voelen en een verlaagd bewustzijn. Een hypo is moeilijk te behandelen bij mensen die al lange tijd weinig eten, vermagerd zijn en weinig eetlust hebben. Spuiten van glucagon is dan namelijk niet erg effectief. Daarom wordt geprobeerd hypoglykemieën te voorkomen.

Voorbeelden van afspraken over diabetesregulatie in de palliatief-terminale fase zijn:

- minder strakke grenzen stellen aan de bloedsuikerspiegel, bijvoorbeeld tussen 10 en 20 mmol/l
- minder bloedsuikercontroles doen, bijvoorbeeld 2× per week bij insulinegebruik, 1× per week bij gebruik van orale antidiabetica
- voedingsadviezen soepel hanteren
- opletten op schimmel (candidiasis) in de mond
- medicatie verminderen.

16.3.2 Veelvoorkomende klachten

Veelvoorkomende klachten en ziektebeelden in de palliatieve en (palliatief-)terminale fase die je kunt voorkomen, uitstellen of verlichten:

- vermoeidheid
- misselijkheid en braken
- pijn
- benauwdheid
- slaapproblemen
- obstipatie
- jeuk
- hik
- ileus (de darmen werken niet meer door een afsluiting of doordat er geen peristaltiek is)
- decubitus (drukplekken, doorligwonden)
- verwardheid, onrust, delier
- depressie
- reutelende ademhaling.

16.4 Mogelijkheden en beperkingen eigen regie en kracht mantelzorg

Als een patiënt in de palliatieve fase van zijn ziekte terechtkomt, verandert zijn levensperspectief. Vaak heeft hij een tijd curatieve behandeling gehad (kanker, COPD, hartfalen), maar soms breekt tegelijk met de diagnose (kanker met uitzaaiingen) de palliatieve fase aan. In elk geval staat hij voor de taak te leven met een ander perspectief: genezing is niet mogelijk, het einde nadert. Na de schok herpakken veel patiënten zich. Ze proberen de tijd die ze nog hebben te benutten voor dingen die ze belangrijk vinden. Veel mensen vinden het belangrijk de eigen regie te houden over grote en kleine dagelijkse beslissingen. Ze willen bijvoorbeeld zelf beslissen over palliatieve chemotherapie en over de activiteiten die ze nog (kunnen)

■ **Tabel 16.1** Veelgebruikte medicatie in de palliatief-terminale fase

	veelgebruikte middelen	voorbeelden
1.	pijnstillers	morfine, fentanyl (pleisters), oxycodon, methadon, buprenorfine
2.	laxeermiddelen	macrogol/elektrolyten
3.	middelen tegen misselijkheid en braken	metoclopramide, domperidon, ondansetron
4.	slaapmiddelen	midazolam, oxazepam, temazepam, diazepam
5.	bij dyspneu	dexamethason ^a
6.	middelen tegen versuffend effect van opioïden en tegen depressie	methylfenidaat
7.	middelen tegen reutelen	atropine (s.l.), scopolaminebutyl (i.v.)
8.	middelen tegen onrust, bij delier, bij hik	haloperidol; eventueel verlagen van dosering opioïd of opioïdrotatie
9.	bij hoofdpijn en braken t.g.v. verhoogde hersendruk	dexamethason ^a

^a Dexamethason en andere corticosteroiden verhogen de bloedsuikerspiegel. Dat kan een ernstige ontregeling van diabetes veroorzaken met veel hinder. Om ervoor te zorgen dat de patiënt zich comfortabel blijft voelen, kan aanpassing van de antidiabetica nodig zijn.

ondernemen. Toch komt er een moment waarop mantelzorgers taken van de patiënt overnemen, zoals medicatie ophalen. In een later stadium nemen mantelzorgers vaak ook het contact met de huisarts over van de patiënt.

Familie en mantelzorgers maken een proces door dat vergelijkbaar is met dat van de patiënt. Ook zij zijn geschokt en worden overvallen door een gevoel van verlies. Mantelzorgers kunnen de patiënt praktische, sociale en emotionele steun bieden. Wanneer de mantelzorg op een of twee mensen neerkomt en de zorg steeds zwaarder wordt, kunnen ze overbelast raken. Dat kan zich uiten in slaapproblemen, stressklachten en lichamelijke klachten.

16.5 In de praktijk

Het is belangrijk dat de patiënt zijn wensen ten aanzien van de palliatieve en palliatief-terminale fase bespreekt met zijn (huis)arts. Het is niet te voorspellen hoe de palliatieve fase zal verlopen en hoe lang die zal duren. Soms blijft de ziekte een tijdje stabiel, soms verandert de situatie elke dag of elk uur. Praktijkassistent en apothekersassistent zullen in de loop van het ziekteproces steeds meer te maken hebben met de mantelzorgers en andere familie van de patiënt.

In de loop van het ziekteproces worden verschillende geneesmiddelen gebruikt. ■ **Tabel 16.1** laat veelgebruikte medicatie zien. De medicatie kan snel wisselen. Ook wanneer de arts volgens de richtlijnen handelt, is het vaak zoeken naar het juiste middel en de juiste dosering. Vaak

wordt de uiteindelijke dosering via een stappenplan bereikt. Wanneer het middel niet tot het gewenste effect leidt of veel bijwerkingen veroorzaakt, wordt een ander middel gezocht, mogelijk ook offlabelmiddelen. (Dat zijn geneesmiddelen die voor een ander doel worden gebruikt dan het doel dat de fabrikant aangeeft.) Intussen verergert ook de ziekte zelf, waardoor de medicatie steeds moet worden aangepast. Tijdens dit zoekproces wordt medicatie vaak in kleine hoeveelheden afgeleverd. Dat merk je als praktijkassistent en apothekersassistent.

16.5.1 Voorlichting over opioïden

Veel mensen met pijn aarzelen om aan de morfine te gaan, bijvoorbeeld uit angst dat de morfine straks niet meer werkt als het echt nodig is. Deze en andere mythes staan in het volgende kader. Door goede voorlichting te geven kun je onnodige angst voor gebruik van opioïden verminderen.

Mythes over morfine

1. *Als ik morfine krijg, ga ik snel dood*

Patiënten en hun familie hebben vaak het idee dat morfine het begin van het einde betekent, het idee dat morfine de dood dichterbij brengt. Opioïden die ingezet worden om pijn te bestrijden of benauwdheid te verminderen, verkorten het leven niet. Het is de ziekte die voortschrijdt, ernstiger wordt en dan zijn sterkere middelen nodig om de symptomen draaglijk te maken.

2. *Morfine is verslavend*

Patiënten weten vaak dat morfine verslavend is. Meestal bedoelen ze dat er een steeds hogere dosering nodig is om het gewenste effect te bereiken (gewenning). Patiënten zijn daar bezorgd over. Toch kan de dosering in de palliatieve zorg zonder gevaar worden verhoogd. Er zijn richtlijnen om dat verantwoord te doen, met de minste kans op bijwerkingen. Wanneer de ziekte ernstiger wordt en de pijn toeneemt, kan de dosering van opioïden veilig worden aangepast.

Verslaving houdt in dat er onttrekkingsverschijnselen optreden wanneer de toediening plotseling wordt gestaakt. In de palliatieve zorg ligt het niet voor de hand dat opioïden zullen worden gestopt. En als dat zou gebeuren, vraagt dat om zorgvuldig afbouwen.

3. *Als ik nu al aan morfine begin, werkt het straks niet meer*

Bij gebruik van opioïden treedt gewenning op. De dosering kan volgens een stappenschema worden aangepast. Soms wordt overgestapt op een ander opioïd (opioïdrotatie). Door zorgvuldige opbouw kan (toename van) bijwerkingen binnen de perken worden gehouden. Bij geleidelijke opbouw is er geen maximum (plafond) voor opioïden. Patiënten hoeven niet bang te zijn dat de morfine straks niet meer werkt.

16.5.2 Zorg op maat

Zeker in de palliatief-terminale fase stem je de zorg zoveel mogelijk af op de individuele situatie van de patiënt en mantelzorger (▣ tab. 16.2).

■ **Tabel 16.2** Aandachtspunten in de zorg voor patiënten in de palliatief-terminale fase

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
levensperspectief	<ul style="list-style-type: none"> – houd rekening met het levensperspectief (tijds-perspectief) van de patiënt; het kan in de laatste weken van het leven veel uitmaken of er vandaag of morgen hulp geboden wordt
hulpvraag	<ul style="list-style-type: none"> – ga uit van de hulpvraag; die kan medisch zijn (een gezondheidsprobleem), sociaal (een mantelzorg die overbelast is en niet meer kan), of psychisch (ongerustheid, angst)
teamwerk	<ul style="list-style-type: none"> – laat de patiënt weten dat je als lid van het praktijkteam op de hoogte bent van zijn situatie en samenwerkt om zorg op maat te bieden
<i>zorg in de apotheek</i>	
levering en bezorging van geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> – besteed extra aandacht aan de praktische zaken rond levering en bezorging; als een mantelzorg lang moet wachten in de apotheek, kan dat extra belastend voor hem zijn – bied eventueel aan om de geneesmiddelen te bezorgen; vraag wat de mantelzorg wil; soms wil die er juist graag even tussenuit en wil hij de geneesmiddelen liever niet thuisbezorgd krijgen
recepten aanvragen en bestellen	<ul style="list-style-type: none"> – let erop dat recepten op tijd worden aangevraagd, zodat de geneesmiddelen op tijd besteld kunnen worden en de patiënt niet zonder komt te zitten
eigen bijdrage	<ul style="list-style-type: none"> – houd in de gaten dat benzodiazepines in de terminale fase en euthanasiemiddelen worden vergoed; de patiënt hoeft ze dus niet te betalen

16.6 Samenwerking, wet- en regelgeving

Bij palliatieve zorg, zeker in de palliatief-terminale fase, is goede samenwerking nodig tussen alle betrokken zorgverleners, de patiënt en de mantelzorgers. De zorg moet soepel verlopen (zie volgend kader), ook bij een snel veranderende zorgbehoefte.

Er is méér nodig dan alleen reageren op veranderingen. De huisarts voert een proactief (anticiperend) beleid. Hij bereidt zich voor op (veelvoorkomende) veranderingen in de situatie. Hij stelt een plan op. Daarin beschrijft hij wat er in principe in welke situatie moet gebeuren.

Voor de continuïteit van de palliatieve zorg is het noodzakelijk dat collega's en dienstdoende huisartsen in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) op de hoogte zijn dat het om palliatieve zorg gaat. Binnen de praktijk spreekt de huisarts met de praktijkassistenten

af of de patiënt meteen doorverbonden mag worden wanneer hij contact opneemt met de praktijk.

In de terminale fase, de laatste dagen tot weken, biedt de huisarts in principe zelf of met directe collega's de terminale zorg. Hij is daarvoor continu bereikbaar. Soms kan de patiënt of mantelzorgster de huisarts rechtstreeks bellen, soms (tijdens praktijkuren) via de praktijkassistent. Hij informeert collega-huisartsen en praktijkassistenten hierover in een teamoverleg. Ook noteert hij in het digitale dossier dat het om palliatief-terminale zorg gaat.

Wanneer het contact tijdens de ANW-uren via de huisartsenpost verloopt, zorgt de huisarts ervoor dat ook daar wordt genoteerd dat het om palliatief-terminale zorg gaat. Wanneer de patiënt of mantelzorgster contact zoekt, zal de triagearts of regiearts een beslissing nemen. Daarbij geldt de regel: altijd een visite, tenzij ...

Zorg soepel laten verlopen

Bij patiënten die palliatieve zorg krijgen, kun je soms van strikte regels afwijken. Normaal gesproken hanteren we de regel: vandaag besteld, morgen bezorgd. Bij palliatieve patiënten kijk je of je het vandaag kunt bezorgen. En als het recept nog niet binnen is, regelen we dat snel, zodat de patiënt of mantelzorgster er niet achteraan hoeft en de medicatie meteen kan meenemen. Ook kijken we of we van de zorgverzekeraar incontinentiemateriaal mogen leveren, of dat de patiënt daarvoor moet (bij)betalen. Sommige verzekeraars vergoeden het materiaal namelijk wel bij terminale patiënten. Datzelfde geldt voor bijvoorbeeld slaapmiddelen in de terminale fase. Het is fijn als we de patiënt of mantelzorgster daarover meteen juist kunnen informeren. Dan hoeft die daar zelf niet achteraan te gaan of een rekening te betalen.

Marcel Kooij, apotheker, Amsterdam

16.6.1 Plaats en vergoeding van de zorg

Palliatieve zorg kan op verschillende plaatsen worden geboden, niet alleen thuis. Ook in een unit voor palliatieve zorg in een verpleeghuis of een ziekenhuis, in een hospice (high care: zorg door professionals en vrijwilligers) of in een bijna-thuishuis (vrijwilligers). Voor een overzicht per regio zie ► www.netwerkpalliatievezorg.nl.

Vergoeding vindt plaats via verschillende regelingen. De huisarts, wijkverpleegkundige zorg, medicatie en sommige hulpmiddelen via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Sommige zorg wordt vergoed via de Wet langdurige zorg (Wlz). Voor een aantal onderdelen gelden eigen bijdragen.

16.6.2 Zorgen voor afstemming

Om regionale samenwerking en afstemming te bevorderen zijn er samenwerkingsverbanden palliatieve thuiszorg: PaTZ-groepen, bestaande uit huisartsen en wijkverpleegkundigen en regionale netwerken palliatieve zorg. In sommige regio's is een farmabuddyproject (zie kader).

Farmabuddy palliatieve zorg

Dit is een project van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en apothekersorganisatie KNMP.

Een patiënt in de palliatief-terminale fase en zijn mantelzorger(s) krijgen twee apothekersassistenten als vast aanspreekpunt voor geneesmiddelen.

16.7 Palliatieve zorg bij specifieke groepen

Er bestaat geen recept voor omgaan met specifieke groepen. We bespreken aandachtspunten bij specifieke groepen. Wees er alert op dat ze van belang *kunnen* zijn. Maar ook binnen een specifieke groep zijn er grote verschillen. Toon tijdens je contacten belangstelling voor de patiënt en zijn familie en probeer te peilen wat zij belangrijk vinden.

16.7.1 Migranten

Voor algemene aandachtspunten in de benadering van patiënten met een migrantenachtergrond zie ►H. 4 en 5. We bespreken hier alleen specifieke aspecten of onderwerpen die extra aandacht verdienen of gevoelig kunnen liggen (Mistiaen 2011).

Praten over de diagnose en prognose; de rol van familie

Peil hoe de patiënt en zijn familie omgaan met de diagnose en prognose, of zij daarover met elkaar praten. Tast af met wie je in gesprek gaat over belangrijke dingen. Vraag eventueel aan de huisarts wat hij heeft verteld, aan wie en wie het aanspreekpunt is. Vaak is de oudste zoon of dochter de contactpersoon.

Het naderende levenseinde

Het verwachte sterven, de woorden ‘terminaal’ en ‘palliatief’ kunnen beladen onderwerpen zijn. Onderwerpen waarover mensen met een migrantenachtergrond soms niet of alleen in bedekte bewoordingen praten. Vaak streven ze naar een zo lang mogelijk leven. Het leven bekorten of ophouden met behandelen is dan geen optie, al was het maar om de patiënt geen hoop te ontnemen. In veel culturen is het niet gewoon om na te denken over het doodgaan en de mogelijkheden voor een goede dood. De dood komt zoals God of Allah het wil en wanneer God of Allah dat wil. Ook kan men het vanuit geloofs- of levensovertuiging belangrijk vinden om helder van geest te zijn in de eindfase. Sedatie kan dan minder acceptabel zijn.

Probeer met een open houding in gesprek te gaan en te vragen hoe de patiënt of de mantelzorger tegen het sterven aankijkt.

Familiezorg

In veel culturen speelt de familie een belangrijke rol bij allerlei beslissingen. Soms zijn de opvattingen van de familie belangrijker dan de individuele voorkeur van de patiënt. In veel culturen hecht men er grote waarde aan om zelf voor een ziek familielid te zorgen en de zieke vaak te bezoeken. Professionele zorg toelaten kan een grote en moeilijke stap zijn.

Voorkomen moet worden dat zo'n stap door anderen kan worden uitgelegd als: zij zorgen niet goed voor hun familielid. Spreek waardering uit voor de zorg die de familie biedt. Benadruk dat de familiezorg belangrijk blijft naast de professionele (thuis)zorg.

Pijn en medicatiegebruik

Mensen met een migrantenachtergrond uiten hun pijn soms anders dan wij gewend zijn. Werken met een pijnmeetinstrument is vaak moeilijk. Pijn is soms een uiting van ander ongemak. Ga daarover in gesprek. Leg uit dat mensen meer pijn voelen als ze zich zorgen maken of andere ongemakken ervaren.

Mensen met een migrantenachtergrond kunnen zich niet serieus genomen voelen als je ze adviseert paracetamol te gebruiken. Neem de tijd om uit te leggen dat paracetamol een goede pijnstillert is, ook al is het goedkoop en ook al is het bij de drogist te koop. Leg uit dat er weinig bijwerkingen zijn en dat het daarom een veilig middel is. En dat, als het nodig is, de arts daarna altijd kan overgaan op sterkere middelen.

Zetpillen zijn niet altijd acceptabel. Houd daar rekening mee en overleg eventueel over een andere toedieningsvorm.

Nogal eens worden kruiden en huismiddeltjes gebruikt, oliën en smeersels. Daarmee wil de familie huiselijke, vertrouwde zorg bieden. Vraag ernaar. Ga eventueel na of er bijwerkingen of interacties kunnen optreden.

Delier en depressie

Psychische klachten kunnen moeilijk te bespreken zijn. Ze zijn vaak beladen. Depressieve klachten kunnen erger worden wanneer de patiënt beseft dat hij zijn land van herkomst en familie die daar woont niet meer zal zien. Ook verwardheid, zoals bij een delier, kan beladen zijn. Verwardheid kan worden geassocieerd met gekte of geesten. De patiënt en de familie schamen zich er soms voor. Vaak is niet bekend dat de klachten het gevolg kunnen zijn van een lichamelijke ziekte. Nogal eens worden ze toegeschreven aan de gebruikte medicatie.

Wees alert op bijwerkingen van antipsychotica en antidepressiva bij mensen met een migrantenachtergrond. Sommige geneesmiddelen worden sneller afgebroken, andere middelen juist langzamer (zie ► par. 5.5).

Aandachtspunten palliatieve zorg voor mensen met een migrantenachtergrond

De aandachtspunten in ► tab. 16.3 zijn geen 'wetten', maar geven aan dat er verschillen zijn in opvattingen en normen. Ga niet uit van wat je denkt dat patiënten met een migrantenachtergrond willen op grond van hun cultuur en geloof. Tast af of, als dat mogelijk is, ga erover in gesprek.

16.7.2 Dementerenden

Naarmate de dementie voortschrijdt, komt het accent in de zorg steeds nadrukkelijker te liggen op kwaliteit van leven. Daarbij is het belangrijk om het lijden (onwelbevinden, discomfort) te kunnen inschatten. Daar zijn speciale beoordelingslijsten voor.

Er is weinig specifieke informatie bekend over sedatie van mensen met dementie. In verschillende regio's wordt samenwerking gezocht tussen het dementienetwerk en het netwerk palliatieve zorg (► <http://www.vilans.nl>). Ook is er een voorbeeldrichtlijn voor hospices voor de zorg voor dementerenden (► <http://www.vilans.nl>).

Tabel 16.3 Aandachtspunten bij patiënten met een migrantenachtergrond

communicatie	– niet iedereen stelt een zeer directe en open communicatie op prijs; ga na wat de wensen van de patiënt en zijn familie zijn over de manier van communiceren
rol van familie	– in veel culturen speelt de familie een grote rol bij beslissingen over gezondheid, zorg en sterven; beslissingen over leven en dood worden niet gezien als individuele keuzes en verantwoordelijkheden, maar als een familiezaak – niet alleen medische overwegingen spelen een rol bij die beslissingen, maar ook sociale belangen
visie op de dood	– de dood is het einde van het leven, maar kan ook worden gezien als het begin van een ander, een beter leven
je taak volbrengen	– als gelovige heb je als taak gekregen te leven als goed mens; die taak moet je volbrengen, tot het einde; het is niet aan de mens om in te grijpen in het moment van sterven – vanuit dit religieuze perspectief kan het zijn dat palliatieve sedatie geen gewenste optie is
sterven	– het is niet aan de mens om in te grijpen in het stervensproces en daarmee is het niet vanzelfsprekend dat je nadenkt over hoe je dat proces zo draaglijk mogelijk maakt – palliatieve zorg is vaak onbekend en wordt vaak geassocieerd en verward met euthanasie
goede zorg in de terminale fase	– goede zorg is: goed blijven zorgen voor het lichaam (zorgen voor voeding en vocht) en de ziekte behandelen

16.7.3 Mensen met een verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking bereiken een steeds hogere leeftijd. Palliatieve zorg wordt steeds vaker geboden aan deze groep. Veel lijden is te voorkomen of te verminderen door vroegtijdige signalering van pijn en andere lichamelijke klachten (zie ► par. 16.9 voor hulpmiddelen en checklists voor herkennen van signalen).

Praten over de dood

Familie van een verstandelijk beperkte patiënt vindt het soms (te) belastend voor de patiënt om met hem over de dood te praten. Mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn echter over het algemeen goed in staat om te praten over het naderende levenseinde en vinden dat ook belangrijk. Ze willen graag dat hun wensen worden gehoord (Bekkema 2015).

Mensen met een lichte en matige verstandelijk beperking hebben besef van de dood.

► Tabel 16.4 laat zien in hoeverre er besef is van de dood bij mensen met een lichte en matige verstandelijke beperking).

Aandachtspunten

- Observeer en stel vragen aan de patiënt en aan familie en begeleiders om veranderingen te kunnen signaleren en interpreteren. Zo probeer je zo goed mogelijk de behoeften vast te stellen.
- Zorg er ook in de palliatieve fase voor dat de leefwereld veilig en overzichtelijk blijft. Geef de patiënt met een verstandelijke beperking uitleg op zijn niveau. Sluit aan bij zijn vragen en zijn leefwereld.

■ **Tabel 16.4** Besef van de dood bij mensen met een verstandelijke beperking (bron: NVAVG-richtlijn palliatieve sedatie bij mensen met een verstandelijke beperking 2009)

matige verstandelijke beperking (IQ 35/40 - 50/55) ontwikkelingsleeftijd 4 tot 7 à 8 jaar	lichte verstandelijke beperking (IQ 50/55 - 70) ontwikkelingsleeftijd 7 à 8 tot 12 jaar
<ul style="list-style-type: none"> - er is sprake van een beperkt doodsbesef - er is een begin van het zich kunnen verplaatsen in een ander - er ontstaat enig inzicht in structuren zoals tijd, familie - begrip en uitdrukkingsvermogen van emoties in taal groeit - realiteitsbesef groeit; er is sprake van zoeken naar verklaringen voor de dood - het besef groeit dat de dood onomkeerbaar is - in eerste instantie overheerst een nuchtere reactie op het sterven - schuldgevoel en angst kunnen ontstaan als reactie op verdriet van anderen; de eigen rouwreacties komen vaak later 	<ul style="list-style-type: none"> - er is sprake van een bewust doodsbesef - inlevingsvermogen is aanwezig, maar wel vanuit eigen beleving - er is een toenemend inzicht in structuren en wereldbeeld - het logisch denken is gekoppeld aan concrete gebeurtenissen - er is een reëel beeld van wat de dood betekent - er is een bewust besef dat de dood onomkeerbaar is - de patiënt denkt na en praat over het mysterie van leven en dood - het rouwproces is vergelijkbaar met dat van anderen

- Neem vragen serieus. Geef logische verklaringen en leg verbanden.
- Wees duidelijk in je communicatie.
- Vraag na of er gebruik wordt gemaakt van een wensenboek, bijvoorbeeld *Wat wil ik? Als ik niet meer beter word ...?* (► <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-wat-als-ik-niet-meer-beter-word.pdf>). Als zo'n wensenboek is ingevuld met en voor de patiënt, kan dat een handvat bieden voor de communicatie over het levenseinde.
- Wees alert op medicatiegebruik, aangepaste dosering en interacties.
- Zorg voor continuïteit in de zorg. Dat biedt rust en veiligheid.

Beslissingen over het levenseinde

Bij besluiten over diagnostiek en behandeling en beslissingen rondom het levenseinde zijn meestal ook familie (of wettelijke vertegenwoordigers) en begeleiders betrokken. Veel mensen met een verstandelijke beperking zijn niet of beperkt wilsbekwaam. Zij laten natuurlijk wel in woorden of gedrag merken wat ze willen, maar het vraagt deskundigheid en ervaring met deze ene persoon om zijn gedrag juist te interpreteren. Zorgverleners kunnen daarbij gebruikmaken van de observaties, kennis en ervaring van familie, begeleiders, gedragsdeskundigen en AVG (arts verstandelijk gehandicapten). Stimuleer begeleiders om gebruik te maken van observatielijsten om hun niet-pluisgevoel te onderbouwen. Bij wilsbekwaamheid zijn alleen de behandelend arts en de wettelijke vertegenwoordigers beslissingsbevoegd. En levensbeëindigend handelen is alleen toegestaan bij wilsbekwame personen.

Wanneer patiënten vanwege andere aandoeningen lange tijd medicatie gebruiken, kan het zijn dat gebruikelijke doseringen voor sedatie moeten worden aangepast.

16.7.4 Mensen met een psychiatrische stoornis of verslavingsproblematiek

Palliatieve zorg voor een patiënt met een (ernstige) psychiatrische stoornis is vaak gecompliceerd door de psychiatrische problemen of de gevolgen daarvan:

- De patiënt kan allerlei beperkingen hebben: waarneming, ziekte-inzicht, zelfzorg, sociale vaardigheden en vermogen om zijn leven te organiseren.
- Er is vaak geen of een klein sociaal netwerk.
- De patiënt gebruikt meestal veel medicatie: voor zijn psychiatrische stoornis of verslaving, maar ook voor andere gezondheidsproblemen (overgewicht, hart- en vaatziekten, longziekten, diabetes). Deze gezondheidsproblemen hangen soms met de stoornis samen (parkinsonisme door gebruik van antipsychotica) of met de vaak ongezonde leefstijl (roken, weinig bewegen, alcohol- en drugsgebruik).
- Het jarenlang gebruik van medicatie (benzodiazepines en andere psychofarmaca, opioïden) kan problemen opleveren bij het bepalen van de dosering van pijnmedicatie en palliatieve sedatie.
- Sommige hospices sluiten patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis uit voor opname in het hospice.

Aandachtspunten

- Tast af of het naderend einde genoemd kan worden.
- Wees duidelijk in je communicatie.
- Wees alert op medicatiegebruik, aangepaste dosering en interacties.
- Zorg voor continuïteit in de zorg. Dat biedt rust en veiligheid.

16.8 Palliatieve sedatie, euthanasie en hulp bij zelfdoding

Palliatieve zorg is het geheel aan zorg in de palliatieve fase. Palliatieve sedatie kan daar een onderdeel van zijn. Palliatieve sedatie verlicht het lijden, maar verkort het leven niet. Palliatieve sedatie komt in Nederland bij een op de acht stervenden voor, zo'n 17.000 keer per jaar. Hulp bij zelfdoding en euthanasie zijn interventies die op verzoek van de patiënt uitgevoerd kunnen worden om het leven te beëindigen. Euthanasie en hulp bij zelfdoding komen zo'n 4.000 keer per jaar voor. Stoppen met eten en drinken is in sommige situaties een alternatief waarbij de patiënt de regie in eigen handen houdt.

16.8.1 Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie houdt in: verlagen van het bewustzijn om ernstige symptomen te bestrijden die niet op een andere manier te bestrijden zijn (refractaire symptomen). Doel van de sedatie is dus: comfort bieden dat op geen enkele andere manier kan worden bereikt. Voor palliatieve sedatie is geen verzoek van de patiënt nodig; ook geen consultatie van een tweede, onafhankelijke arts, zoals bij euthanasie. Deze sedatie behoort tot normaal medisch handelen. Voorwaarden zijn de beperkte levensverwachting (een tot twee weken) en de onbehandelbare, ernstige symptomen. De artsenorganisatie KNMG heeft een richtlijn voor palliatieve sedatie opgesteld. Tegelijkertijd wordt het toedienen van vocht (infuus) en (sonde)voeding

gestaakt, omdat dat alleen maar het leven zou verlengen. Uiteraard gaat pijnmedicatie door om de patiënt comfortabel te houden.

Palliatieve sedatie verkort het leven niet. De patiënt sterft ook niet door de sedatie, maar door de terminale ziekte. Hoe lang het duurt voordat de patiënt overlijdt, is van te voren niet te zeggen. Ook niet of de patiënt tussendoor (bijna) wakker of onrustig kan worden of andere lichamelijke verschijnselen kan ontwikkelen (decubitus, insult). De arts bezoekt de patiënt in principe minimaal een keer per dag.

Er zijn veel misverstanden over palliatieve sedatie (zie kader). De arts en de patiënt doen er goed aan eventuele sedatie tijdig met elkaar te bespreken.

Mythes en dilemma's palliatieve sedatie

1. *Je kunt kiezen voor sedatie*

Je kunt als patiënt niet zelf kiezen voor sedatie. Je kunt ook niet het moment bepalen. De arts bepaalt of sedatie wordt ingezet. Er gelden namelijk strikte medische criteria. Als het kan, overlegt de arts uiteraard met de patiënt en zijn familie. Als de patiënt ernstig lijdt, maar het is niet de verwachting dat hij binnen 1 à 2 weken zal overlijden, is palliatieve sedatie geen optie. Wel kan het voor patiënten en familie een geruststelling zijn om te weten dat sedatie in de eindfase mogelijk is, als de patiënt op geen enkele andere manier comfortabel kan worden gehouden.

2. *Bij palliatieve sedatie moet de patiënt diep in slaap zijn*

Sedatie wordt gegeven om ervoor te zorgen dat de patiënt comfortabel is. Soms is daarvoor oppervlakkige sedatie voldoende. Dan ligt de patiënt te soezen.

3. *Voor palliatieve sedatie wordt morfine ingezet*

Morfine wordt niet gebruikt om bij palliatieve sedatie het bewustzijn te verlagen. Als morfine wordt gebruikt, is dat voor pijnbestrijding of, in lage dosis, voor het verminderen van benauwdheid.

Het is belangrijk dat mantelzorgers en familie goede informatie krijgen over het verloop, de onzekere duur en de eventuele verschijnselen van palliatieve sedatie (zie kader).

Aandachtspunten bij uitvoering van palliatieve sedatie

- Medicatie saneren: medicatie die niet noodzakelijk is om de patiënt comfort te bieden wordt gestaakt. Cholesterolverlagers zijn niet zinvol; diabetesmedicatie wordt gericht op comfort, niet op strakke glucosestreefwaarden.
- Niet-noodzakelijke medische en verpleegkundige handelingen staken: verzorging is vooral gericht op comfort.
- Onttrekkingsverschijnselen (nicotine) voorkomen.
- Inbrengen van een katheter overwegen, wanneer dat bijdraagt aan comfort voor de patiënt.
- Letten op obstipatie
- Afspraken maken over wondbehandeling, stomazorg, mondverzorging.
- Aandacht voor reutelen. Voor naasten is het erg belastend om dat uren- of dagenlang te zien en te horen.
- Zorgen voor de naasten.
- Zorgen voor de zorgenden.

Middelen

Voor de sedatie wordt meestal midazolam gebruikt, meestal per subcutane pomp, soms via een subcutaan vleugelnaaldje. Bij patiënten in verpleeghuizen wordt soms diazepam gebruikt via rectale toediening. Bij patiënten die langdurig benzodiazepines of alcohol hebben gebruikt, is vaak een tweede middel nodig: levomepromazine.

Vormen van sedatie

Er zijn verschillende vormen van sedatie: continue, kortdurende, intermitterende en acute sedatie. Continue sedatie kan oppervlakkig of diep zijn. Bij oppervlakkige sedatie ligt de patiënt te soezen. Hij is suf, maar krijgt nog wel mee wat er om hem heen gebeurt. Hij kan soms wakker genoeg zijn om zijn ogen te openen en een slokje water te drinken. Bij diepe sedatie is geen contact mogelijk. Kortdurende sedatie wordt onder meer toegepast om het effect af te wachten van medicatie (haloperidol) tegen een delier. Intermitterende of tijdelijke sedatie dient om de patiënt voldoende rust te geven en om daarna te kunnen bespreken of de klachten onhoudbaar en onbehandelbaar zijn. Acute sedatie wordt toegepast in acute levensbedreigende situaties zoals een longbloeding met ernstige benauwdheid en angst.

Meest toegepast is de continue diepe sedatie. Omdat de patiënt tijdens de sedatie geen contact meer kan maken, is het belangrijk dat hij en zijn familie voor het begin van de sedatie afscheid nemen. Naarmate de sedatie langer duurt, wordt het voor de familie zwaarder om hun naaste zo te zien liggen. Er kunnen medische problemen optreden tijdens de sedatie, zoals een wisselende sedatiediepte, onrust, insulpen, longontsteking. De meeste mensen die in de terminale fase diep worden gesedeerd, overlijden binnen 48 uur.

16.8.2 Euthanasie

Euthanasie heeft een heel ander doel dan palliatieve sedatie, namelijk levensbeëindiging. Dat is in Nederland onder zeer strenge voorwaarden toegestaan (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002, kortweg euthanasiewet). Die voorwaarden zijn:

- Er is sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden; het lijden hoeft niet door lichamelijke ziekten te worden veroorzaakt.
- De patiënt heeft vrijwillig en weloverwogen herhaaldelijk om euthanasie gevraagd; de patiënt hoeft deze wens niet per se op schrift te zetten.
- Een tweede, onafhankelijke arts heeft de patiënt en zijn vraag beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat de vraag aan de wettelijke criteria voldoet. In Nederland wordt daarvoor meestal een SCEN-arts gevraagd (Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland).
- Er vindt zorgvuldige verslaglegging plaats van de beoordeling van het verzoek en de uitvoering van de euthanasie.

Om een euthanasieverzoek te doen hoeft de patiënt niet per se in een terminale fase te zijn. Na goedkeuring van het verzoek, maakt de patiënt een afspraak met de uitvoerende arts voor een datum en tijdstip.

Over euthanasie bestaan veel misverstanden. Enkele van die misverstanden zie je in volgende het kader.

Misverstanden en dilemma's over euthanasie

1. *'Geef me maar een spuitje'*

Euthanasie is een einde maken aan iemands leven. Ook al is dat op eigen verzoek, er moet veel gebeuren voordat aan alle voorwaarden is voldaan. Meestal gaat aan euthanasie een periode van gesprekken tussen arts en patiënt vooraf. Een euthanasieverklaring is niet voldoende. Het is belangrijk dat een patiënt bijtijds met zijn arts in gesprek gaat over zijn wens. De verwachting dat je vertelt dat je euthanasie wilt en dat een spuitje dan snel geregeld wordt, klopt niet.

2. *Recht op euthanasie*

Veel mensen denken dat ze recht hebben op euthanasie. Dat is niet zo. Euthanasie is toegestaan in Nederland, als er aan de voorwaarden is voldaan. Maar dat betekent niet dat de arts verplicht is om euthanasie toe te passen. De arts is verantwoordelijk voor de beoordeling van het verzoek en de uitvoering ervan. Hij moet er volledig van overtuigd zijn dat aan alle eisen is voldaan. Dat betekent ook dat hij inschat dat het een weloverwogen wens van de patiënt is en dat die wens uit vrije wil tot stand is gekomen. De patiënt moet dus wilsbekwaam zijn en zijn euthanasiewens kan niet (mede) ingegeven zijn onder druk van zijn familie, of omdat hij anderen niet tot last wil zijn. Daarbij moet de arts er ook van overtuigd zijn dat de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Hij kan dat anders inschatten dan de patiënt. Soms ziet hij mogelijkheden om angst of depressieve klachten nog te behandelen.

Als de arts ervan overtuigd is dat het verzoek aan alle eisen voldoet, betekent dat nog niet dat hij verplicht is de euthanasie uit te voeren. Zowel de arts als de apotheker kunnen op morele gronden bezwaar hebben tegen euthanasie. Het is wel gebruikelijk dat ze de patiënt vroegtijdig op de hoogte stellen van hun overtuiging en hem naar een collega verwijzen. De patiënt heeft dan nog voldoende tijd om naar een andere arts te gaan.

3. *Toch niet*

Soms stelt het een patiënt gerust als hij weet dat de arts bereid is om te praten over euthanasie. De arts kan het euthanasieverzoek meteen bespreken, of toezeggen dat verderop in het ziekteproces alsnog te doen. Alleen dat feit al kan zoveel rust geven, dat het niet tot euthanasie komt. Soms is een patiënt ertoe in staat steeds nieuwe dingen belangrijk genoeg te vinden om voor te leven. Daarom stelt hij zijn keuze voor het einde uit. De omstandigheden die hij aanvankelijk noemde: 'Ik wil dood als ...', blijken soms toch te verdragen. Soms ziet de patiënt in de loop van de tijd of vlak voor het geplande moment toch af van euthanasie. Of de patiënt overlijdt voordat de euthanasie wordt gepland.

4. *Klaar met leven*

Er is een discussie gaande over 'klaar zijn met leven' (voltooid leven, lijden aan het leven). Het gaat bij 'voltooid leven' meestal over ouderen met verschillende kwalen en beperkingen, van wie veel familieleden, vrienden en kennissen zijn overleden. Zij ervaren hun leven daardoor niet meer als zinvol. Ze zien geen perspectief en kunnen het niet meer opbrengen om weer een dag, een week, een maand door te leven.

De discussie gaat erover of in deze situatie sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Een enkele keer is in Nederland euthanasie toegepast in een dergelijke situatie.

5. Euthanasie bij specifieke groepen

Er is discussie gaande of euthanasie bij dementerenden mag worden toegepast. De wet sluit deze groep niet uit. De kernvraag is of dementerenden in staat zijn hun wil kenbaar te maken op het moment dat besloten wordt tot euthanasie over te gaan. In een vroeg stadium van dementie zijn ze uiteraard wilsbekwaam. Ze kunnen dan ernstig lijden onder het idee dat de dementie erger wordt en ze straks hun partner of kinderen niet meer herkennen. De vraag is of zij in dat stadium van de dementie zullen lijden. Zij kunnen dat dan niet meer kenbaar maken en kunnen hun euthanasieverzoek niet meer bevestigen. Artsen zijn daarom zelden bereid euthanasie toe te passen bij mensen met gevorderde dementie. Een enkele keer is in Nederland euthanasie toegepast bij mensen met dementie. Ook is er discussie over de vraag of euthanasie bij kinderen toegestaan is. Jongeren van zestien jaar en ouder mogen dat zelf beslissen (WGBO). Bij jongeren van twaalf tot en met vijftien jaar is toestemming van zowel de jongere als de ouders nodig. Onder de twaalf jaar is euthanasie in principe niet toegestaan, ook al zouden ouders en kind dat wensen. Er wordt naar wegen gezocht om euthanasie voor hen toch mogelijk te maken. De ervaring met kinderen met kanker leert bijvoorbeeld dat kinderen van acht of negen jaar heel goed kunnen aangeven wanneer het leven voor hun niet meer hoeft.

Middelen bij euthanasie en de rol van de apotheker

Voor euthanasie zijn twee soorten middelen nodig, die intraveneus worden toegediend. Eerst een middel waardoor de patiënt buiten bewustzijn raakt: natriumthiopental. Omdat injecteren daarvan pijnlijk kan zijn, wordt tevoren 2 ml lidocaïne 1 % gespoten. Soms wordt propofol gebruikt in plaats van natriumthiopental. Vervolgens een middel dat de ademhaling stopt, een spierslapper zoals rocuronium (Esmerol®). De eerste stap kan ook inhouden dat de patiënt zelf een drankje inneemt met bijvoorbeeld een barbituraat.

Voor uitvoering van euthanasie werkt de arts nauw samen met de apotheker. Voor de apotheker is de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) van toepassing. De apothekersorganisatie KNMP heeft in samenwerking met de artsorganisatie KNMG richtlijnen opgesteld voor het afleveren van euthanatica (KNMG/KNMP 2012).

De arts neemt in principe tevoren contact op met de apotheker. Hij brengt de apotheker op de hoogte van de achtergrond van de situatie en de gevolgde procedure. De apotheker beoordeelt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. En hij weet dat hij binnenkort een aanvraag ontvangt voor het leveren van euthanasiemiddelen.

Er is overleg mogelijk tussen arts en apotheker over de methode, de keuze van de middelen en toedieningsweg. Ook maken zij een afspraak over telefonische bereikbaarheid rond de tijd dat de euthanasie uitgevoerd gaat worden.

Recept

Ook al geeft de apotheker de middelen mee aan de arts, ze moeten wel op naam staan van de patiënt (WGBO), eventueel alleen met initialen aangegeven.

Op het recept moet bovendien staan dat de middelen voor euthanasie zijn bedoeld: pro euthanasie.

Levering

Op het etiket moet onder meer staan dat de arts restanten persoonlijk moet terugbrengen en overhandigen aan de apotheker.

De apotheker levert de middelen persoonlijk af aan de arts. Die houdt de middelen in eigen beheer. Samen spreken ze af wanneer de arts de restanten weer bij de apotheker inlevert. Hij moet ze persoonlijk aan de apotheker overhandigen. Dat staat ook op het etiket. In de apotheek zijn er meestal afspraken over hoe deze teruggave in het apotheekinformatiesysteem (op naam van de patiënt) wordt verwerkt.

Maar de apotheker doet meer. Hij zet standaardleveringen en leveringen die ‘onderweg’ zijn tijdig stop, zoals baxterrollen en incontinentiemateriaal. De volledige procedure staat in het volgende kader beschreven.

Bereiden, leveren en documenteren

De apotheker moet euthanatica persoonlijk overhandigen aan de arts. Soms maakt de apotheker de middelen voor toediening gereed en nummert de spuiten. Dan moet de apotheker wel het tijdstip van de euthanasie weten, want de middelen zijn na bereiding beperkt houdbaar. Wanneer de arts een reserveset wil hebben, voor het geval er met de ampullen iets misgaat, levert de apotheker die ook.

De apotheker geeft aan de huisarts een document mee waarin staat wat er precies gebruikt is. De arts heeft dat namelijk nodig voor zijn documentatie voor de euthanasie en de gemeentelijke lijkschouwer. Deze kan ook vragen naar de gebruikte ampullen. Wanneer de apotheker de medicatie heeft bereid en in een spuit aan de arts heeft meegegeven, kan hij ook de ampullen aan de arts meegeven.

Wanneer de arts overgebleven medicatie inlevert bij de apotheker, bespreken ze meestal hoe de euthanasie en de samenwerking is verlopen.

Plicht?

Apothekers kunnen weigeren een euthanaticum af te leveren, net als artsen kunnen weigeren een euthanasie uit te voeren. Het is gebruikelijk dat een apotheker die om principiële redenen niet wil meewerken aan euthanasie, zijn opvatting bekend maakt aan de artsen in het verzorgingsgebied van zijn apotheek. De artsen kunnen dan een andere apotheker inschakelen.

Verschillen tussen palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen

■ Tabel 16.5 laat verschillen zien tussen palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen.

16.8.3 Hulp bij zelfdoding

Sommige mensen vragen medewerking van een arts voor hun zelfgekozen dood. Zo kunnen zij hun sterven zoveel mogelijk in eigen hand houden. Zij nemen dan een dodelijk drankje in. Dit drankje bevat een hoge dosis barbituraten (fenobarbital). Dat smaakt bitter en kan braken veroorzaken. Daarom begint de persoon in kwestie twaalf uur tevoren met innemen van een antibraakmiddel (metoclopramide). De arts is aanwezig wanneer de patiënt het drankje inneemt en blijft totdat de patiënt is overleden. Wanneer de patiënt na een bepaalde tijd niet is overleden, zal de arts alsnog euthanatica intraveneus toedienen.

■ **Tabel 16.5** Verschillen tussen palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen

	palliatieve sedatie	euthanasie en hulp bij zelfdoding
doel	comfort bieden en het lijden verminderen; niet: het leven verkorten	beëindigen van het leven
medisch handelen	normaal medisch handelen	bijzonder medisch handelen; strafbaar, tenzij de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan
wanneer mag het?	bij ondraaglijk lijden, in de laatste 1 à 2 weken, als de ondraaglijke klachten op geen enkele andere manier voldoende kunnen worden verlicht	bij uitzichtloos, ondraaglijk lijden, op herhaald, weloverwogen en vrijwillig verzoek van de patiënt; de arts moet overtuigd zijn van het lijden en hij moet een onafhankelijke tweede arts geraadpleegd hebben
consultatie	aanbevolen, niet verplicht	verplicht
toestemming patiënt	overleg is wenselijk; handelen tegen de wil van de patiënt mag natuurlijk niet, maar in noodsituaties kan sedatie worden ingezet zonder expliciete toestemming	vereist; de patiënt moet een verzoek hebben gedaan
keuze	de arts bepaalt of er een indicatie is; dan kan de patiënt sedatie krijgen	de patiënt doet een verzoek
fase	alleen in de stervensfase (nog 1 à 2 weken te leven)	kan ook vóór de stervensfase
het leven verkorten/ oorzaak van overlijden	nee, de patiënt overlijdt aan de gevolgen van de ziekte	ja, de patiënt overlijdt aan de euthanasiemiddelen
middelen	midazolam	barbituraten en spierverslappers
morfine	ja, alleen als middel tegen pijn en benauwdheid	niet voor de euthanasie, alleen als middel tegen pijn en benauwdheid
melding	natuurlijk overlijden	geen natuurlijk overlijden; melding bij gemeentelijke lijkschouwer en toetsingscommissie

16.9 Informatie

16.9.1 Voor de doelgroep

- *Palliatieve zorg en uw huisarts*. Filmpje ► <https://www.ouderenwegwijs.nl>
- *Palliatieve thuiszorg*. Uitleg en filmpje ► <http://www.patz.nu/>
- Palliatieve zorg per regio ► www.palvoor.nl
- *Gewoon dood*. Serie filmpjes over laatste fase en thuis sterven ► www.gewoondood.nl
- *Wat wil ik? Als ik niet meer beter word ...* (Bekkema 2015). Boekje om in te schrijven en om te praten over het levenseinde en palliatieve zorg met mensen met een verstandelijke beperking ► <http://www.nivel.nl>

16.9.2 Voor de praktijk

- Overzicht van instellingen voor palliatieve zorg per regio ► www.palvoor.nl
- Kaarten en overzichten van instellingen voor palliatieve zorg per regio ► www.netwerkpalliatievezorg.nl
- *Handreiking palliatieve zorg aan mensen met niet-westerse achtergrond* (NIVEL 2011).
- *Richtlijn Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (NVAVG 2009) ► <http://www.pallialine.nl>
- *Richtlijn Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking* (NVAVG 2007).
- *Palliatieve zorg bij dementie. Samenwerking tussen palliatieve zorg en dementiezorg. Een logische verbinding* (Vilans 2013) ► <http://www.vilans.nl/docs/producten/palliatievezorg.pdf>
- *Wat is palliatieve zorg v2* ► [filmpje](#)
- *Palliatie 2.0 Apotheeker aan zet* ► [filmpje](#)

Angst, boosheid, agressie en claimend gedrag

Samenvatting

Specifieke angst is angst voor een concrete situatie, een handeling of voorwerp. Angst voor de tandarts komt veel voor. Om de angst te ontlopen gaan mensen de situatie vermijden. Mensen komen daardoor soms jarenlang niet bij de tandarts. Bij een paniekstoornis treden in verschillende situaties paniekaanvallen op, waarbij angst gepaard gaat met lichamelijke verschijnselen. De assistent bespreekt de angst en zorgt ervoor dat de patiënt tijdens de behandeling veiligheid en controle ervaart. Boosheid is een emotie, agressie is gedrag. Boosheid vraagt om erkenning en de intentie het probleem op te lossen. Boosheid is soms te voorkomen door de praktijk efficiënt te organiseren, attent te zijn en duidelijk te communiceren. We onderscheiden frustratie-agressie, instrumentele agressie en explosieve (pathologische) agressie. Agressie door frustratie komt het meeste voor. Die kondigt zich vaak aan. Contact maken, ruimte bieden voor het verhaal van de patiënt en begrip tonen voor zijn situatie zijn vaak de beste remedies. Claimend gedrag komt voor bij mensen die behoefte hebben aan zekerheid en als onderdeel van hun persoonlijkheid, zoals bij een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De assistent erkent de vraag van de patiënt, verheldert die en vertelt daarna of zijn vraag gehonoreerd wordt. Zij toont begrip als zijn vraag niet gehonoreerd wordt. De assistent toont haar betrokkenheid door mee te denken over wat wel mogelijk is.

17.1 Inleiding – 211

17.2 Angst – 211

17.2.1 Soorten en oorzaken, bij wie, wanneer – 211

17.2.2 Herkennen – 212

17.2.3 Omgaan met mensen met angst – 213

17.3 Boosheid en agressie – 215

17.3.1 Omgaan met boosheid – 216

17.3.2 Vormen van agressie en aandachtspunten – 218

17.3.3 Boosheid en agressie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) – 218

17.4 Claimend gedrag – 221

17.4.1 Soorten en oorzaken, bij wie, wanneer – 221

17.4.2 Omgaan met claimend gedrag – 221

17.5 Opvang voor de assistent – 222

17.6 Informatie – 222

17.6.1 Voor de praktijk – 222

17.1 Inleiding

Als assistent kom je situaties tegen waarin emoties (angst en boosheid) of gedrag (agressie, claimend gedrag) de communicatie en zorgverlening in de weg staan. Het is van belang dat je herkent wat er gebeurt tussen de patiënt en jou, dat je de situatie goed inschat en kiest hoe je ermee omgaat. Wanneer de emoties of het gedrag een goede zorgverlening belemmeren, heeft het geen zin om inhoudelijk door te praten met de patiënt. Het is dan beter om eerst in te gaan op zijn emoties of gedrag. Die bespreek je. Pas als de patiënt zijn emoties en zijn gedrag onder controle heeft, ga je weer terug naar het gesprek of je zorgverlening.

17.2 Angst

Casus

Meneer Hendriks moet na aankomst meteen naar de behandelkamer kunnen. Anders neemt door de spanning zijn angst toe. We plannen zijn bezoek daarom meteen na de lunchpauze. En anders zorgt de assistent dat ze hem opvangt en gaat ze even bij hem zitten.

Het komt niet vaak voor dat iemand zoveel angst heeft dat hij wegloopt, maar als dat gebeurt, loop ik hem niet achterna. Dat zeg ik ook tegen de patiënt: 'Als je weg wilt, is dat prima: ik kom je niet achterna'. Zo weet iemand dat er geen dreiging meer is als hij buiten is. Iemand achterna gaan, brengt meer angst en paniek met zich mee.

Wendy Spijkers, tandarts en Yolanda Kok, tandartsassistent, Bilthoven.

Angst is een emotie die je waarschuwt voor gevaar. Angst helpt je te overleven. Angst is dus nuttig als er echt gevaar dreigt. In deze paragraaf bespreken we de veelvoorkomende angst bij de tandarts. Deze angst kan specifiek zijn (angst voor één situatie, handeling of voorwerp), maar het kan ook een paniekstoornis zijn. De aanpak die we hier beschrijven, kun je in grote lijnen ook toepassen in de huisartsenpraktijk en de apotheek.

17.2.1 Soorten en oorzaken, bij wie, wanneer

Veel mensen zijn bang voor de tandarts. De getallen verschillen nogal in verschillende onderzoeken. De cijfers lopen uiteen van 25 tot 65 %. Sommige mensen zijn zo bang, dat ze pas naar de tandarts gaan als het echt niet anders kan.

De mensen die een beetje of tamelijk bang zijn, zijn goed te behandelen in de gewone tandartspraktijk. De eerste stap in goede zorg is herkennen van specifieke angst voor de tandarts en die bespreken. De mensen die heel bang zijn, proberen de bedreigende situatie te vermijden en willen zo weinig mogelijk aan de angst herinnerd worden. Dat kan bijvoorbeeld door jarenlang niet naar de tandarts te gaan. Pas als ze ernstige klachten (pijn) hebben of als anderen ze onder druk zetten, krijgen ze het gevoel dat ze wel moeten. Maar dan kan de angst zo groot zijn, dat ze

geen afspraak durven te maken, de afspraak afzeggen, niet komen opdagen of de behandelkamer niet in willen. Voor deze mensen is vaak behandeling in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) nodig. De mensen met matige angst kunnen heel goed in een gewone tandartspraktijk worden behandeld, wanneer daar aandacht voor hun angst is.

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen specifieke angst voor een concrete situatie of ervaring (ingreep, pijn, injectie) of een paniekstoornis. Bij een paniekstoornis treden in verschillende situaties paniekaanvallen op. De patiënt ervaart bij een paniekaanval allerlei vervelende sensaties die de angst versterken: een gevoel van benauwdheid, alsof de keel dichtzit, moeite met slikken, een doof gevoel of tintelingen in de vingers of rond de mond, hartkloppingen, duizeligheid, trillen, transpireren, het warm of koud krijgen. Een paniekaanval duurt meestal enkele minuten tot een half uur. De aanvallen treden niet alleen op bij de tandarts, maar vaak ook in andere situaties (een volle bus, in de rij voor de kassa). Dat is anders dan bij specifieke angst (fobie). De angst bij een paniekstoornis leidt meestal ook niet tot extreem vermijdingsgedrag, zoals bij een fobie.

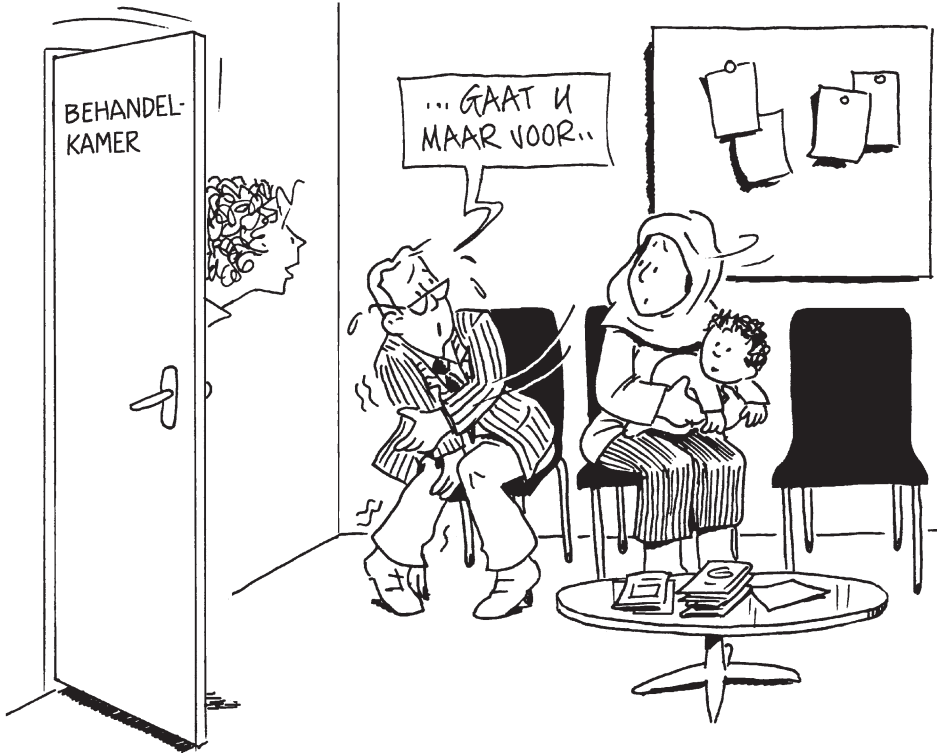
17.2.2 Herkennen

Je kunt vermoeden dat mensen bang zijn voor de tandarts wanneer ze lang niet naar de tandarts zijn geweest en hun gebit er niet goed aan toe is, als ze afspraken steeds afzeggen of niet op hun afspraak verschijnen, of wanneer ze wel zijn gekomen, maar de behandelkamer niet in durven. Soms zie je lichamelijke verschijnselen van angst als patiënten in de behandelstoel liggen: wijde pupillen, spierspanning, trillende handen, snelle ademhaling, de geur van zweet (ondanks wassen, schone kleren en gebruik van deodorant).

Wanneer patiënten niet uit zichzelf vertellen dat ze bang zijn, kun je angst ter sprake brengen: 'Veel mensen vinden zo'n bezoek of behandeling spannend. Dat begrijp ik heel goed. Hoe is dat voor u?'

Toon begrip en respect als de patiënt vertelt dat hij bang is. Vraag waar hij precies bang voor is of waar hij het meest bang voor is. Vraag door, zodat je precies weet waar de patiënt het meest bang is: het idee van de verdovingsspuit, de pijn van de verdovingsspuit, pijn tijdens de behandeling, het geluid van de boor, pijn, het trillen in het hoofd tijdens het boren, stil moeten liggen, alsmat moeten slikken en het idee dat de tandarts dat vervelend vindt, het gevoel geen controle te hebben, al het onbekende tijdens de behandeling. Vraag of hij ook in andere situaties bang is (paniekstoornis).

Bespreek, samen met de tandarts, hoe de tandarts met de angst van deze patiënt om zal gaan.



17.2.3 Omgaan met mensen met angst

Specifieke angst

We bespreken hier het omgaan met volwassenen met specifieke angst voor de tandarts (angst voor pijn, voor de verdoving). [Tabel 17.1](#) laat aandachtpunten zien.

Wanneer de patiënt merkt dat hij de situatie onder controle heeft en dat de situatie niet zo eng is als hij tevoren dacht, neemt de angst vaak in enkele behandelingen af. Wanneer dat niet of onvoldoende lukt, kan de tandarts de patiënt verwijzen naar een CBT.

Paniekstoornis

Soms vertelt de patiënt vooraf dat hij paniekaanvallen heeft. In andere gevallen merk je grote onrust en andere signalen van angst. Het is van belang de behandeling dan (korte tijd) te onderbreken en de angst te bespreken ([tab. 17.2](#))

■ Tabel 17.1 Aandachtspunten bij specifieke angst voor de tandarts

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>algemeen en ontvangst</i>	
samenwerking en vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> – zorg voor samenwerking met de patiënt en werk aan vertrouwen; een patiënt die weet dat je met hem overlegt en dat je hem niet zult overvallen met pijn of ongemak, doet positieve ervaringen op; daardoor kan zijn angst afnemen en zijn vertrouwen groeien
angst voor ...	<ul style="list-style-type: none"> – weet waar de patiënt bang voor is; tijdens de behandeling kan de tandarts ingaan op de angst en vragen waar de patiënt op dit moment bang voor is, wat hij het allerengste vindt en wat er kan misgaan – de tandarts kan (opnieuw) een afspraak maken, bijvoorbeeld over het stopteken of bijverdoven als de patiënt pijn aangeeft
<i>in de spreekkamer, behandelkamer of aan de balie</i>	
afspraken om vertrouwen op te bouwen	<ul style="list-style-type: none"> – maak afspraken en houd je daar ook aan, zodat de patiënt positieve ervaringen opdoet (welke behandeling, hoe lang behandeling per keer, welk signaal als het niet gaat)
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> – leg uit wat er gaat gebeuren via de tell-show-do-methode; maak de situatie voor de patiënt voorspelbaar, dat geeft hem het gevoel van controle
pijn	<ul style="list-style-type: none"> – leg uit dat de tandarts zorgt voor een goede verdoving – zeg het eerlijk als je niet zeker weet dat de behandeling helemaal pijnloos zal zijn
taalgebruik	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik niet-bedreigende woorden en vermijd bedreigende woorden; zeg bijvoorbeeld: 'ik ga je kies schoonmaken' in plaats van 'ik ga boren' – vermijd het woord 'proberen'; het versterkt de onzekerheid – vermijd ontkenningen, zoals: 'dat doet geen pijn'; het woord uit die boodschap dat blijft hangen, is: 'pijn'
tijdens de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> – vraag of de patiënt met een spiegel wil meekijken – vertel hoe ver de behandeling is gevorderd en wat er nog gaat gebeuren – vraag naar pijn; de tandarts zal geen genoegen nemen met: 'het gaat wel', maar bijverdoven om het vertrouwen van de patiënt te houden
controle	<ul style="list-style-type: none"> – zorg ervoor dat de patiënt controle ervaart over zijn situatie; spreek af hoe lang de tandarts nu behandelt (seconden of minuten); in de tussenpauze kan de patiënt even bijkomen, hoeft zijn mond niet open, kan hij makkelijker ademen, slikken en iets zeggen – als assistent bewaak je de tijd; je geeft door aan de tandarts hoeveel minuten of seconden hij nog kan behandelen – spreek een stopteken af met de patiënt, daarmee kan hij aangeven dat het niet meer gaat; let erop of de patiënt het stopteken geeft en meld dat onmiddellijk aan de tandarts, die dan ook meteen moet stoppen
<i>na afloop van de behandeling</i>	
evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> – vraag hoe het is gegaan en hoe het is ervaren: 'hoe kijkt u ernaar, nu het achter de rug is?' 'was het zo spannend als u van tevoren had gedacht?'

Naar: Steverink-Jorna, 2013.

Tabel 17.2 Aandachtspunten bij een paniekstoornis

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
begrip	<ul style="list-style-type: none"> – toon begrip – creëer een veilige situatie door de behandeling te onderbreken en de patiënt te laten vertellen wat hem overkomt: ‘wilt u vertellen wat er met u gebeurt?’ – erken de angst van de patiënt: ‘ik vind het heel vervelend voor u dat u dit meemaakt’ – vraag de patiënt wat je voor hem kunt doen – help de patiënt tot rust te komen – leg uit dat je samen een plan gaat maken om met de situatie om te gaan
informatie vragen	<ul style="list-style-type: none"> – vraag of de patiënt een aanval voelt opkomen (welke verschijnselen) – vraag de patiënt hoe hij in andere situaties weer rustig wordt: is hij daarvoor behandeld? welke technieken kent hij/past hij toe? zijn er specifieke dingen in de praktijk (geuren, handelingen) die de angst oproepen?
afspraak	<ul style="list-style-type: none"> – spreek een stopteken af en hoe je de patiënt zult steunen: attendeer hem op zijn ademhaling en spierspanning; geef ontspanningsinstructie
vervolg	<ul style="list-style-type: none"> – ga door met de behandeling zodra de verschijnselen over zijn; doe je dat niet, dan kan er ongewenste conditionering optreden (als ik verschijnselen krijg, eindigt daarmee de behandeling) – bemoedig de patiënt tijdens de behandeling, benoem dat het goed gaat, dat hij rustig ademt, ontspannen ligt
dossier	<ul style="list-style-type: none"> – maak een aantekening in het dossier en noteer de gemaakte afspraken

17.3 Boosheid en agressie

Casus

Het maakt wel uit of je een patiënt en zijn gedrag kent. Je kunt het gedrag dan soms beter plaatsen en er beter mee omgaan. Als je een patiënt niet kent en er ontstaat een conflict, dan zegt zo'n patiënt eerder: 'Wat is je naam? Ik laat het er niet bij zitten. Ik ga een klacht indienen.' Of, aan de telefoon: 'Ik kom naar de praktijk en dan zullen we wel eens zien.'

Dat laatste gebeurde bij een stagiaire. Ik ken die patiënt al lang, een vijftiger, type ruwe bolster, blanke pit. Hij kwam inderdaad even later de praktijk binnen, maar zag toen ook mij aan de balie zitten. Je zag hem toen aarzelen en uiteindelijk sloeg zijn houding om.

Als de patiënt boos blijft, dan moet je proberen om mee te veren met de boosheid. Ik laat boze patiënten eerst hun verhaal vertellen. Ik benoem het probleem en de emotie: 'Ik zie dat u daar boos over bent.' Zo erken ik emotie en toon begrip daarvoor. Als je zegt dat je begrijpt dat ze boos zijn, werkt dat soms averechts. Sommige patiënten worden dan nog bozer: 'Jij begrijpt er helemaal niks van.'

Dan benoem ik de boosheid opnieuw: 'U bent er echt boos over' en vraag dan: 'Wat maakt dat u er zo boos over bent?' Ook daar reageer ik met begrip op: 'Dat is ook wel heel vervelend voor u' en geef dan aan: 'Ik kan dit nu niet meteen oplossen. Wat ik wel kan doen, is een afspraak... of overleggen met de huisarts. En dan bel ik u straks terug. Mag ik uw 06-nummer?'

Soms kun je vragen: 'Wat kan ik nu wél voor u doen?' Ook al kan een patiënt niet concreet aangeven wat je voor hem kunt doen, je laat wel zien dat je bereid bent je in te zetten. Er is niet één aanpak. Het hangt af van de situatie en de persoon, je relatie met de patiënt en hoe hij reageert op wat je zegt.

Wilma van Bronkhorst, praktijkassistent, Nijmegen.

Als professional in de zorg krijg je te maken met boosheid en agressie van patiënten. Het is belangrijk dat je weet hoe boosheid en agressie kunnen ontstaan.

Boosheid is een emotie, een gevoel. Je wordt boos als mensen onredelijk doen, als dingen tegenzitten en niet lopen zoals je verwacht of redelijk vindt. Daarbij kunnen ook lichamelijke verschijnselen optreden: hoge spierspanning, snelle ademhaling en hartslag. Je kunt op verschillende manieren met dat gevoel omgaan. Je kunt het verbaal uiten of op andere manieren laten merken dat je boos bent (gedrag). Dat is nog geen agressie.

Er zijn veel definities van agressie, maar allemaal gaan ze over (bedreigend) gedrag: agressie is uiterlijk waarneembaar gedrag, intentioneel (met opzet) en niet-intentioneel, dat letsel toebrengt, in strijd is met heersende regels en normen, dat door slachtoffers en/of anderen als bedreigend wordt ervaren.

17.3.1 Omgaan met boosheid

Je kunt de judotechniek (meeveren en doorpakken) toepassen wanneer je te maken hebt met een boze patiënt. Deze techniek bestaat uit de volgende vier stappen: boosheid laten spuien (1), boosheid erkennen (2), samenvatten van wat de patiënt heeft verteld (3), en laten kiezen uit mogelijke oplossingen (4). In de eerste twee stappen veer je mee met de patiënt, in de laatste twee stappen bepaal jij opnieuw de richting van het gesprek.

In de eerste stap laat je de patiënt zijn verhaal vertellen (uitrazen). Zo kan hij stoom afblazen en zo kom jij erachter waar hij zo boos over is. In de tweede stap laat je de patiënt merken dat je zijn boosheid ziet en begrijpt: 'Voor u is ... heel vervelend?' In de derde stap vat je samen wat de patiënt heeft verteld. Je benoemt en erkent zijn emotie: 'U hebt me verteld ... U bent daar heel boos over. Heb ik dat zo goed begrepen?' Zo erken je de boosheid en waar de patiënt boos over is. Bovendien merkt de patiënt op deze manier dat je goed hebt geluisterd. Maak geen verwijten en blijf respectvol. Vermijd discussies over de schuldvraag of over inhoudelijke kwesties. In het volgende kader staan voorbeelden van boosheid in de apotheek.

In de vierde stap laat je zien dat je het probleem graag zo goed mogelijk wilt oplossen. Bied de patiënt als het kan twee oplossingen aan waaruit hij kan kiezen. Bijvoorbeeld: 'Ik zoek het voor u uit. Zal ik u dan terugbellen, of wilt u liever een afspraak met de arts hierover?' Dat geeft de patiënt enige controle over zijn situatie.

Als het probleem niet, niet meteen of niet helemaal is op te lossen, laat merken dat je meedenkt. Geef daarbij concreet aan wat wel en niet kan. Desnoods: 'Dit kan ik nu niet voor u oplossen. Wat ik wél kan doen ...' of: 'Wat u nu het beste kunt doen, is ...' 'Wat zou kunnen, is ...'

Een enkele keer is er in het gesprek ruimte om zakelijke informatie te geven waarmee de patiënt de situatie beter kan begrijpen: 'U ziet een patiënt voorgaan die later is binnengekomen. Het is niet aan de buitenkant te zien, maar er kan een ernstig probleem zijn waardoor de arts hem meteen moet zien.' Meestal staat de patiënt echter niet open voor dergelijke informatie. De patiënt wordt dan vaak nog bozer of er ontstaat een discussie.

Boosheid in de apotheek

Veel boosheid in de apotheek gaat over vergoedingen van geneesmiddelen of het terhandstellingtarief. Het terhandstellingtarief is het bedrag dat mensen moeten betalen als ze een receptgeneesmiddel bij de apotheek halen. Dat is voor de werkzaamheden van de apotheker rondom de medicatieverstrekking. Daar hoort ook de voorlichting bij die mensen in de apotheek over het geneesmiddel krijgen.

Mensen kunnen ook boos worden wanneer de arts een middel heeft voorgeschreven en de assistent twijfelt aan de juistheid van het recept. Zij overlegt dan met de apotheker, maar houdt de reden van het overleg vaag. Ook als ze het voorgeschreven medicijn eventueel niet meegeeft, laat ze in het midden waarom dat is. Ze zal niet zeggen dat de dokter misschien een fout heeft gemaakt. Ze zal zeggen dat ze voor de zekerheid wil overleggen, of dat de apotheker voor de zekerheid wil overleggen. Of de patiënt daar begrip voor wil opbrengen, ook al is dat voor hem vervelend. Hij moet dan immers extra lang wachten of de volgende dag terugkomen.

Patiënten kunnen ook boos zijn als geneesmiddelen niet leverbaar zijn. Ook als de apotheker daar niets aan kan doen, kan de patiënt zijn boosheid richten op de apotheker en de assistenten.

Marcel Kooij, apotheker, Amsterdam

Soms wordt een patiënt onverwacht boos. Je merkt dan dat iets niet goed 'valt'. Dan helpt het om een paar tellen stil te zijn en na te denken. Je moet vaak nadenken wat er precies is gebeurd of gezegd. Niet altijd heb jij iets gedaan, maar heeft een collega gisteren... Je gaat in gedachte na hoe iets is gelopen. Je kunt het niet altijd oplossen, je kunt wel proberen het uit te leggen. Belangrijk is om geen verwijten te maken: 'Dan had u het maar eerder moeten bestellen, niet vlak voor de vakantie (of vlak voor het weekend)'. Soms is het gewoon niet op te lossen. Dan is het gewoon zo. Maar blijf meedenken en zeg dat ook: we proberen een oplossing te vinden.

Lisette Klein Hofmeijer, apothekersassistent, Enschede

Boosheid voorkomen

Vaak ontstaat boosheid door de omstandigheden: wachten, onduidelijkheid over de gang van zaken, niet begrijpen dat andere mensen voorgaan enzovoort. Soms zijn mensen boos omdat ze het gevoel hebben geen zorg te krijgen. Of ze zijn boos omdat ze lang moeten wachten, terwijl ze toch veel geld betalen voor hun zorgverzekering. Boos over een rekening voor een gemist consult: 'want ze hadden toch 's morgens afgebeld'. Boos dat de kosten van het laboratoriumonderzoek naar soa's onder het eigen risico vallen. Boos over de eigen bijdrage voor medicijnen, of dat ze ineens andere medicijnen krijgen (door het preferentiebeleid). Boos dat ze voorlichtingskosten moeten betalen bij eerste uitgifte van een medicijn. Of een patiënt is boos omdat hij bij de ene assistent wel tussendoor mag en nu, bij een andere assistent, niet.

Het helpt om in je team na te gaan of je iets kunt doen aan wachttijden op de huisartsenpost of aan uitlopende spreekuren. Ook kun je samen bedenken wat je kunt doen om het voor je patiënten minder vervelend te maken. Daarnaast is het belangrijk om afspraken te hebben over mensen tussendoor laten komen. Ook kun je soms maatregelen nemen om ergernis en ongemak bij patiënten te voorkomen (zie volgend kader).

Ergernis en ongemak bij patiënten voorkomen

Je kunt vooraf veel doen om ontevredenheid te voorkomen. Bijvoorbeeld door aan te kondigen dat er een wachttijd is of dat de wachttijd oploopt; uit te leggen waarom sommige mensen eerder aan de beurt zijn, ook al zijn ze later gekomen; thee of koffie aan te bieden.

Maar ook bij de ontvangst kun je al veel doen: toon belangstelling, vraag hoe de reis naar de praktijk was. Vraag hoe het gaat, of de pijn te houden is. Bij trauma kun je bijvoorbeeld een cold pack aanbieden en vragen of de patiënt comfortabel kan zitten. Je kunt de patiënt eventueel voorstellen even weg te gaan en over een uur terug te komen. Door zo je betrokkenheid te laten zien, voorkom je veel ongenoegen.

Als mensen boos zijn over de dure zorg terwijl ze hier zo lang zitten te wachten, zeg ik dat ik dat begrijp, dat het echt vervelend voor ze is, maar dat ik ze wat de kosten betreft niet kan helpen. Ik geef daar wel mijn grens aan. Ook dat helpt.

Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht

17.3.2 Vormen van agressie en aandachtspunten

Er zijn grofweg drie vormen van agressie: agressie vanuit frustratie, agressie die bewust als middel (instrument) wordt gebruikt en explosieve (pathologische) agressie. [Tabel 17.3](#) geeft een overzicht van de kenmerken en een specifieke aanpak bij elke vorm van agressie.

17.3.3 Boosheid en agressie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben niet veel controle over hun situatie. Ze kunnen daardoor sneller boos of agressief worden (frustratie-agressie). Dan kan het soms helpen om een andere strategie te kiezen: iets heel anders doen dan de patiënt verwacht. Dat kan de situatie zo veranderen, dat ze van hun stuk raken en daardoor anders reageren. Het vraagt wel ervaring en goede inschatting; bij een verkeerde toon kan de patiënt nog bozer worden.

Probeer de oorzaken van onzekerheid te verminderen. Maak geen verwijten, voer geen inhoudelijke discussie. Blijf respectvol. Geef uitleg op het niveau van de patiënt. Leg eventueel een keuze voor.

Ook grenzen stellen kan werken en, in het uiterste geval, kun je het contact stoppen.

Een goede voorbereiding van het dokters- of tandartsbezoek kan gedragsproblemen en agressie voorkomen. Betrek de begeleider(s) daarbij. Sluit daarbij aan bij de behoeften van de patiënt. Aandachtspunten zijn:

- uitleggen en herhalen
- taalgebruik aanpassen
- tempo, kleine stappen
- bekrachtigen en motiveren.

■ Tabel 17.3 Vormen van agressie en aandachtspunten

	frustratie-agressie	instrumentele agressie	explosieve of pathologische agressie
beschrijving	uit onmacht, door andere verwachtingen, oplopende frustratie; de cliënt is emotioneel, onredelijk, op dit moment niet in staat om te luisteren	manipulatief, berekend, intimiderend; agressie wordt doelbewust ingezet om iets te bereiken: commanderen, kleineren, pesten, dreigen, intimideren, schelden; kan emotionele en fysieke grenzen van de ander overschrijden	onder invloed van drugs, alcohol, psychose, na insult; ook neurologische oorzaken, zoals bij dementie, ziekte van Huntington
doel van agressie	afname van de frustratie	machtspositie	ontladen
zelfcontrole	afname zelfcontrole	veel zelfcontrole	geen zelfcontrole
waarneembaar gedrag	uit zijn boosheid (verbaal, gedrag); lichamelijke signalen (spierspanning, snelle ademhaling en hartslag)	bewust gedrag	razernij, ongecontroleerde handelingen
je eerste reactie en inschatting	je kunt het zien aankomen	schrik; je neiging om een stap achteruit te doen in plaats van een stap vooruit te zetten en te vragen: wat wilt u hiermee zeggen?	schrik; agressie komt als een donderslag bij heldere hemel
doel van interventie	kalmering	begrenzen	veiligheid; de situatie hanteren
type interventie	de-escalerende technieken, zodat de patiënt niet steeds bozer wordt, maar rustiger	begrenzende technieken	begrenzende technieken

■ Tabel 17.3 Vervolg.

	frustratie-agressie	instrumentele agressie	explosieve of pathologische agressie
interventies	<p><i>fase 1: ruimte voor de patiënt</i></p> <p>a. negeer de strijd</p> <p>b. maak contact, vraag naar de reden van de boosheid; laat de patiënt uitrazen; vraag door/reflecteer</p> <p>c. vat samen wat de patiënt heeft gezegd; hij moet zich gehoord voelen, anders begint het weer van voren af aan</p> <p><i>fase 2: ruimte voor de zorgverlener</i></p> <p>a. maak je eigen standpunt/belang duidelijk</p> <p>b. maak afspraken; zeg niets toe wat je niet kunt waarmaken</p>	<p><i>fase 1: begrenzen</i></p> <p>a. confronteer; benoem het gedrag en zeg wat je ervan vindt (vervelend, niet acceptabel); geef aan hoe de patiënt zich dient te gedragen</p> <p>b. geef een keuze: doorgaan op jouw voorwaarden of het gesprek stoppen (bij de tandarts: rustig in de stoel liggen of weggaan); leg de keuze eventueel voor in een of/ of-zin (of je blijft dreigen en dan stop ik dit gesprek, of je gaat rustig liggen en dan kan ik behandelen</p> <p>c. wacht op reactie/akkoord</p> <p>d. las eventueel een time-out in (soms met een smoes: even bellen voor overleg)</p> <p>e. stop het gesprek als het agressieve gedrag doorgaat; roep zo nodig de hulp in van een collega of de bewaking</p> <p><i>fase 2: ruimte voor de patiënt</i></p> <p>a. vat de vraag van de patiënt samen</p> <p>b. neem een beslissing: kom de patiënt tegemoet, binnen de grenzen van redelijkheid, of houd vast aan je standpunt (weigering, kosten, behandelvoorstel); dit laatste komt neer op een slechtnieuwsgesprek</p>	<p>a. geef grenzen aan</p> <p>b. probeer de patiënt geen onprettig gevoel te geven, om zijn boosheid niet te laten toenemen. Wanneer het grensoverschrijdend gedrag te ernstig of bedreigend is, roep hulp van je collega of de bewaking in; gebruik eventueel een (stille) alarmknop, waarmee de politie wordt gealarmeerd</p>

17.4 Claimend gedrag

Casus

Mevrouw Bosman belt naar de huisartsenpraktijk. Ze belt voor haar dochter, die dertig jaar oud is. Haar dochter is zwanger, verliest bloed en heeft kramp in haar buik. Ze zegt met overslaande stem dat de huisarts moet komen.

Ik begon vragen te stellen, zoals ik dat altijd doe. Maar ik merkte dat dat in dit geval niet de goede aanpak was. Mevrouw Bosman werd nog stilliger en eisender: 'Ik wil dat er meteen een huisarts komt'. Ik heb toen een andere aanpak gekozen. Ik heb gezegd: 'Ik hoor aan u dat u erg ongerust bent'. Dat gaf haar de mogelijkheid om te vertellen waarover ze zo ongerust was: 'Mijn dochter heeft zoveel moeite gedaan om zwanger te worden. Ze is helemaal overstuur van het idee dat het misgaat'.

Ik heb gezegd dat ik begreep dat ze zo ongerust was. Dat het een onverwachte situatie is en dat je daar natuurlijk van schrikt, en bang van kunt bang worden. Ik heb haar vervolgens uitgelegd wat er aan de hand kan zijn (miskraam) en dat daar (in deze fase van de miskraam) geen medische behandeling voor is. Maar ik heb de moeder, omdat ze zo bezorgd is, toegezegd dat ik zal overleggen met de superviserende arts. Dat heb ik ook gedaan. Ik kon mevrouw Bosman daarna vertellen dat de arts binnen een uur zou terugbellen. Zij was daar blij mee. Ze heeft haar excuses aangeboden en gezegd dat ze het waardeerde dat ik naar haar heb geluisterd en bereid ben geweest de dokter erbij te halen.
Merel van Rooij, triagist, docent ROC Midden Nederland, Utrecht.

Claimend gedrag is niet scherp gedefinieerd. Gedrag dat de een als claimend ervaart, is dat voor een ander niet. We geven een omschrijving: claimend gedrag is gedrag waarmee een patiënt te veel aandacht en tijd vraagt in verhouding tot de ernst van zijn klachten, zich niet laat overtuigen door zakelijke argumenten en zich moeilijk gerust laat stellen.

17.4.1 Soorten en oorzaken, bij wie, wanneer

Mensen die een grote behoefte aan zekerheid hebben, vertonen vaak claimend gedrag. Zij dringen aan op (weer) een afspraak en wel nú, op meer onderzoek, behandeling of verwijzing. Ook mensen die angstig zijn verwachten of eisen dat de dokter meteen voor hen klaar staat om te helpen en de problemen op te lossen. Want die oplossingen zijn er en de dokter is daarvoor. Claimend gedrag kan ook voortkomen uit de persoonlijkheidsstructuur van mensen, zoals bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, of uit hun levensgeschiedenis.

17.4.2 Omgaan met claimend gedrag

■ Tabel 17.4 laat aandachtspunten zien voor het omgaan met claimend gedrag.

Tabel 17.4 Aandachtpunten voor het omgaan met claimend gedrag

basisregels	<ul style="list-style-type: none"> – maak contact – stem je communicatie af op de persoon en wat er in het gesprek gebeurt
<i>in de spreekkamer, de behandelkamer of aan de balie</i>	
erkennen	– benoem wat de patiënt wil: ‘ik hoor dat u ... wilt’
doorvragen	– vraag door en schat in of de vraag/eis redelijk is
samenvatten en je besluit meedelen	<ul style="list-style-type: none"> – vat samen wat de patiënt je vertelt; je laat daarmee merken dat je goed hebt geluisterd – vertel of je de vraag/eis van de patiënt honoreert; als dat niet kan, voer je een slechtnieuwsgesprek
erkennen en mogelijkheden bespreken	<ul style="list-style-type: none"> – laat merken dat je begrijpt dat het vervelend is voor de patiënt dat je zijn vraag niet kunt honoreren; – bespreek wat er wel en niet mogelijk is: wat kan de patiënt en wat kun jij nu wél doen?
<i>wanneer de patiënt toch eisend gedrag blijft vertonen</i>	
begrenzen	<ul style="list-style-type: none"> – gebruik begrenzende technieken – voer een slechtnieuwsgesprek – volg de aanbevelingen voor instrumentele agressie: confronteren en een keuze voorleggen

17.5 Opvang voor de assistent

Als je een incident met agressie of claimend gedrag meemaakt, maakt dat veel indruk. Ook als het je is gelukt om de situatie professioneel aan te pakken en tot een goed einde te brengen. Daarom is het belangrijk om na zo'n incident je ervaringen te vertellen en steun van je leidinggevende en collega's te krijgen. In veel praktijken is er opvang en nazorg voor de werknemers na dergelijke incidenten.

17.6 Informatie

17.6.1 Voor de praktijk

Opvang en nazorg na incidenten ► <http://www.arbocatalogusggz.nl/onderwerp/opvang-nazorg.29.html>

Bijlagen

Criteria voor toegankelijkheid van de praktijk of apotheek – 224

Literatuur – 226

Register – 227

Criteria voor toegankelijkheid van de praktijk of apotheek

Niet alleen de route *naar* het gebouw en de toegang *tot* het gebouw moeten veilig en prettig zijn. Toegankelijkheid heeft ook alles te maken met de *inrichting* van het gebouw.

Soms zijn de criteria voor toegankelijkheid tegenstrijdig, bijvoorbeeld:

- een lage balie is geschikt voor communicatie met rolstoelgebruikers, maar een hoge balie is veiliger;
- een gladde vloerbedekking is hygiënischer, maar een ruwe vloerbedekking kan uitglijden en vallen voorkomen.

Daarnaast gaat het ook om de toegankelijkheid van de site van de praktijk en van andere informatie, zoals voorlichtingsmateriaal.

In de checklist van [tab. A.1](#) noemen we enkele criteria voor de toegankelijkheid van het gebouw.

Tabel A.1 Checklist toegankelijkheid van de praktijk

route naar de praktijk	duidelijke en veilige route vanaf de openbare weg of parkeerplaats naar de ingang, ook voor mensen met een loophulpmiddel, rolstoel of scootmobiel
toegangsdeur	<ul style="list-style-type: none"> – brede(re) deur – automatische deur – bel- of intercominstallatie, te bedienen vanuit rolstoel of scootmobiel – geen drempel
bereikbaarheid en toegankelijkheid praktijkruimtes	<ul style="list-style-type: none"> – alle ruimtes op de begane grond – lift met voldoende ruimte – toegankelijk voor rollator of rolstoel – voldoende manoeuvreerruimte in de behandelkamer
baliehoogte	geschikt voor rolstoelgebruikers
wachruimte en gangen	<ul style="list-style-type: none"> – plaats voor een rolstoel of scootmobiel – stoelen van verschillende hoogtes en voldoende zitbreedte met leuning – goed afleesbare klok en kalender met juiste datum – verwijfsbordjes naar behandelruimtes goed leesbaar of door kleuren en pictogrammen herkenbaar, niet te hoog hangend
doorgangen	voldoende hoog en breed
loopafstand	zo kort mogelijke loopafstanden met duidelijke looproute
veilige looproute	<ul style="list-style-type: none"> – geleidelijnen voor slechtzienden; leuning langs de muren en trappen – trappen en afstapjes gemarkeerd met contrasterende kleuren – geen obstakels – goed verlichte liften met knoppen die ook voor rolstoelstoelgebruikers zijn te bedienen en met teksten in braille en spraak – goed gemarkeerde glazen deuren – contrasterende kleuren voor vloeren, deuren en wanden
vloerbedekking	<ul style="list-style-type: none"> – (niet te) glad en goed te reinigen – geen losliggende matten
toilet	<ul style="list-style-type: none"> – aangepast toilet (ook voor algemeen gebruik geschikt), of – handgreep, beugels – afvalbak voor incontinentiemateriaal – voldoende manoeuvreerruimte voor mensen met een rollator of rolstoel
geluiden en geuren	zo min mogelijk storende geluiden en geuren
oproepsysteem	goed hoorbaar oproepsysteem in de wachruimte

Literatuur

Om deze lijst met tips voor verder lezen kort te houden vermelden we niet opnieuw de informatiebronnen die aan het einde van de hoofdstukken staan.

Hoofdstuk 2–3 Voorlichting, eigen regie

Burgt, M. van der, Dettingmeijer, M., & Mechelen-Gevers, E. van. (2016). *Preventie en voorlichting*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schotsman, R., & Os, N. van. (2012). *Voorlichting en advies in de tandartspraktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.

Hoofdstuk 4 Mensen die moeite hebben met begrijpen

Engels, J., Weijenberg, E., & Schepers, B. (2015). *Zelfmanagement en beperkte gezondheidsvaardigheden. Handreiking eerstelijns zorgverleners om mensen te ondersteunen die beperkt gezondheidsvaardig zijn*. Utrecht: Vilans.

Hoofdstuk 5 Migranten

NDF, & Jan van Ooijenstichting. (2016). *Diabetes en ramadan*. Amsterdam: MC Slotervaart ► <https://www.mcslotervaart.com/specialismen/interne-geneeskunde/diabetes/diabetes-en-ramadan>.

Pharos. (2014). *Factsheet diabetes en zelfmanagement*. Utrecht: Pharos ► http://www.pharos.nl/documents/doc/Factsheet%20diabetes_en_zelfmanagement.pdf.

Pharos. (2015). *Factsheet goed geneesmiddelengebruik onder laaggeletterden*. Utrecht: Pharos ► <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-goed-geneesmiddelen-gebruik-onder-laaggeletterden.pdf>.

Pharos. (2015). *Factsheet asielzoekers en gezondheidszorg*. Utrecht: Pharos ► <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-gezondheidszorg-asielzoekers.pdf>.

Pharos. (2016). *Factsheet Beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid*. Utrecht: Pharos ► http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf.

Hoofdstuk 7 Kinderen en jongeren

Gambon, D. L. (2016). Het kind bij de tandarts. Als je flink bent, krijg je een beloning! *Tandartspraktijk*, 37(7), 18–23.

Hoofdstuk 8 Mensen met een verstandelijke beperking

Kienhorst, G. (2014). *Naar beter informeren en communiceren rondom het bezoek aan de huisarts*. Nijmegen: Radboud UMC.

► <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/VB/publieksversie-eindrapport-eerstelijnszorg.pdf>.

Hoofdstuk 9 Ouderen

Olde Rikkert, M. G. M. (2015). *Inleiding in de gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoofdstuk 16 Palliatieve en terminale zorg

Bekkema, N., Veer, A. de, Hertogh, C., & Francke, A. (2011). *Zorgen tot de laatste dag. Verhalen en adviezen voor zorgverleners over de palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: NIVEL ► <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/VB/Boekje-deskundigheidsbevordering-palliatieve-zorg.pdf>.

Bekkema, N., Veer, A. de, & Francke, A. (2015). *Wat wil ik als ik niet meer beter word ...* Utrecht: NIVEL ► <http://www.nivel.nl/nl/nieuws/mensen-met-een-verstandelijke-beperking-willen-praten-over-de-zorg-rond-het-levenseinde> en ► <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-wat-als-ik-niet-meer-beter-word.pdf>.

KNMG. (2009). *Palliatieve sedatie*. KNMG: KNMG-richtlijn. Utrecht.

KNMG, & KNMP. (2012). *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Herziene versie 2012*. Utrecht/Den Haag: KNMG/KNMP.

Register

A

- agressie 216
 - bij lichte verstandelijke beperking 218
 - explosieve of pathologische agressie 218
 - frustratie-agressie 218
 - instrumentele agressie 218
 - verslaafde 160
- Alzheimer, ziekte van 124
- angst 211
 - signaal 212
 - taalgebruik 214
 - voor de tandarts 213
- angstig kind 71
- angststoornis 154
- anticiperend beleid 194
- anticonceptie 72
- antipsychoticum
 - dementie 132
- arts verstandelijk gehandicapten (AVG) 92
- asielprocedure 42
- asielzoeker 42
 - asielprocedure 42
 - asielzoekerscentrum 43
 - gezondheidszorg voor asielzoekers 44
 - praktijklijn 44
 - verblijfsvergunning 42
- asielzoekerscentrum 43
- ASS 66
- attitude, A in stap willen 17
- autismespectrumstoornis (ASS) 66
- AVG 92

B

- BEM 33
- bemoezorg 173
- beoordeling eigen beheer van medicatie (BEM) 33
- beperking 100
- big six-aandoening 103
- bijna-thuishuis 195
- boosheid 216
- Bopz 93, 162, 166
- borderlinepersoonlijkheidsstoornis 156
 - praktijk 159
- borstvoeding
 - geneesmiddelen bij 57

C

- casemanager
 - casemanagement 114
 - dementie 133
- CBT 80, 92
- centraal orgaan opvang asielzoekers (COA) 44
- centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) 80, 92
- chronisch zieken 100
 - mondgezondheid 106
- chronische aandoeningen 100
- chronische ziekten 100
- COA 44
- coaching 20
- comorbiditeit 101
- criteria voor dementie 123
- cultuur 38

D

- dak- en thuislozen
 - gezondheidsproblemen 171
 - mondproblemen 171
 - onverzekerd 171
 - psychiatrische stoornissen en verstandelijke beperking 171
 - straatdokter 171
- dakloze 171
- delier 107
- dementerende
 - mondzorg 127
 - palliatieve zorg 197
- dementie 123
 - antipsychoticum 132
 - casemanager 133
 - criteria 123
 - migrant 126
 - soorten 124
 - verstandelijke beperking 127
- diversiteit 4
- doelgroep 2
- doof-blind 146
- doventolk 139
- dubbele diagnose 85, 158

E

- eerstelingsverblijf 118
- eigen effectiviteit, E in stap willen 17
- eigen regie 15
 - ondersteunen 16
 - Z-scan 20
- EPA
 - apotheek 156
 - gezondheidsvaardigheden 156
 - mondzorg 156
 - praktijk 156
- ernstige psychiatrische aandoening (EPA) 155
- ETT 33
- euthanasie
 - criteria 202
 - middelen 204
 - misverstanden en dilemma's 202
 - rol van apotheker 204
- euthanaticum 204
- extra aandacht therapietrouw (ETT) 33

F

- farmabuddy palliatieve zorg 195
- farmacotherapeutisch overleg (FTO) 33
- FAS 55, 84
- foetaal alcoholyndroom (FAS) 55, 84
- frontotemporale dementie 124
- frustratie-agressie 218
- FTO 33

G

- geestelijke gezondheid 153
 - migranten 154, 165
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
 - organisatie 159
 - palliatieve zorg 200
- geleidingslethorendheid 137
- geneesmiddel
 - bij borstvoeding 57
 - etniciteit 41
 - gevoeligheid 41
 - kinderen 73
 - misbruik 157
 - ongedocumenteerden 183
 - schade tijdens zwangerschap 56
 - tijdens zwangerschap 55, 61
 - verslaving 157

geriatrisch syndroom 103
 geriatrie patiënt 102
 gesprek 9
 – agenda 9
 gevoeligheid voor geneesmiddelen 41
 gezondheidsvaardigheid 14, 24
 GFR 105
 glomerular filtration rate (GFR) 105

H

handicap 100
 hospice 195
 hulp bij zelfdoding 205

I

ICPC-code laaggeletterdheid of moeite met taal 33
 illegaal, ongedocumenteerde 179
 immigratie- en naturalisatiedienst (IND) 42
 inclusief beleid 4
 IND 42
 informele tolk 46
 instrumentele agressie 218

J

jongdementerende 124
 jongere 76
 – anticonceptie en condoomgebruik 72
 – ondersteunen eigen regie 77
 – praten over seks en anticonceptie 73
 judotechniek 216

K

kind 65
 – angst 71
 – eigen regie 76
 – mondzorg 68
 kindermishandeling 79
 kleinschalige woonvorm 117
 kwetsbare ouderen 101, 114

L

laaggeletterd 23
 laaggeletterden
 – beperkte gezondheidsvaardigheden 30

– gezondheidsproblemen 30
 – ondersteunen eigen regie 30
 – signalen van laaggeletterdheid 30
 Lareb, bijwerkingencentrum 62
 levenseinde 199
 Lewy body-dementie 124
 lichte verstandelijke beperking (LVB) 87

M

mantelzorg 108, 113
 MDRD-formule 105
 medicatiebeoordeling 115
 medicijngebruik 16
 – moeite met medicijngebruik door laaggeletterdheid 25
 medisch noodzakelijke zorg 180
 meervoudig gehandicapt kind 67
 meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 79
 migrant 37
 – dementie 126
 – eerste en tweede generatie 40
 – geestelijke gezondheidsproblemen 165
 – gezondheidsproblemen 40
 – palliatieve zorg 196
 – rol van cultuur 38
 migratie 38
 morfine
 – mythes 193
 multimorbiditeit 101, 113
 multipathologie 101, 113

N

netwerk dementie 133
 nierfunctie 103
 – MDRD-formule 105

O

ondersteunen van eigen regie 16, 19
 – laaggeletterden 30
 – medicijngebruik 16
 ongedocumenteerde 179
 – direct toegankelijke zorg 180
 – geneesmiddelen 183
 – huisartsenzorg 183
 – knelpunten 181
 – mondzorg 184
 – niet-direct toegankelijke zorg 180
 – onverzekerd 180

– vergoeding bij niet-inbare kosten 183
 – zorgplicht 180
 ontspoorde zorg 108, 113, 125
 ontwikkelingsniveau
 – mensen met een VB 84
 onverzekerd 173, 180
 oudere
 – angst 107
 – mantelzorg 108, 113
 – mondgezondheid 106
 – mondzorg 113
 – polyfarmacie 109, 115
 – psychische gezondheid 107
 – slechthorendheid 137

P

palliatieve fase 190
 – anticiperend, proactief beleid 194
 – gezondheidsproblemen 190
 – klachten 191
 – mantelzorg 192
 palliatieve sedatie
 – begrip 200
 – criteria 200
 – middelen 202
 – mythes en dilemma's 201
 – vormen 202
 palliatieve zorg
 – definitie 189
 – dementerenden 197
 – mensen met een verstandelijke beperking 198
 – migrant 196
 – psychiatrische en verslavingsproblematiek 200
 paniekstoornis 212, 213
 persoon 9
 persoonlijk gezondheidsdossier 17
 pijnvrij behandelen 91
 polydruggebruik 157
 polydruggebruiker 172
 polyfarmacie 103, 109
 – ouderen 115
 posttraumatische stressstoornis (PTSS) 45, 164
 praktijklijn 44
 praten over seks 73
 preconceptieconsult 59
 proactief beleid 194
 probleemoplossende vaardigheid 15, 16
 psychische stoornis 153
 PTSS 45, 164

R

recruitment 138

S

sedatie

- verstandelijke beperking 91

SES 24, 26

shared decision-making 15

slechthorendheid

- geleidings- 137

- oorzaken 137

- ouderen 137

- perceptie- 137

- verstandelijke beperking 137

- waarnemings- 137

slechtziendheid 145

- oorzaken 145

sociaal-economische status (SES) 24, 26

sociale invloed, S in stap willen 17

specialist ouderengeneeskunde 114

spraak verstaan 138

stappen van de voorlichtingspijl 17

stemmingsstoornis 154

straatdokter 173

T

teach back-methode 28, 29

tell-show-feel-do-methode 10, 28

terminale fase 195

- bereikbaarheid ANW-uren 195

therapietrouw 16

- medicatiegebruik bevorderen 18

thuisloze 171

tienezwangerschap 53

tolk

- doventolk 139

- informele 27, 46

- professionele 46

- schrijftolk 139

V

vasculaire dementie 124

VB 83

Veilig Thuis (Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling) 80

verblijfsvergunning 42

verpleeghuis 117

verslaafde 160

- agressie 160

- angst voor de tandarts 164

- gezondheidsproblemen 164

- mondzorgproblemen 163

verslaving 157

verstandelijke beperking (VB) 83

- angst 91

- angstremming en sedatie 91

- dementie 127

- ernst van VB 84

- herkennen 87

- mondproblemen 86

- mondzorgproblemen 86

- palliatieve zorg 198

verwardheid 154

verzorgingshuis 117

visuele beperking 145

- ouderen 145

vluchteling 42

voorlichtingspijl 10, 17, 19, 77

vrijheidsbeperkende maatregel 93

W

waarnemings slechthorendheid 137

Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

- kinderen 78

Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) 204

Wet zorg en dwang 93

wettelijk vertegenwoordiger 92, 132

WGBO 92

wij-cultuur 38

wijkverpleegkundige 118

wilsbekwaam 132, 199

wilsbekwaamheid

- kinderen 78

wilsonbekwaamheid 92

WOG 204

Z

Z-scan 20

zelfmanagement 15

zelfmonitoring 18

ziekte van Alzheimer 124

- fasen 125

zorgmijder 155

zorgplicht 180

zwakbegaafdheid 84

zwanger 53

zwangere

- mondzorg 59

zwangerschap

- geneesmiddelen 55, 56, 61

- roken 55

- schade door geneesmiddelen 56