**Antwoorden Aanvangstoets Stage Chronisch Complexe Problematiek**

1

-wassen

-aankleden

-toiletgang

-verplaatsing / transfers

-continentie

-eten

2

-Wassen en aankleden. (Bovenste en onderste lichaamshelft? Zelfstandig ? Goede volgorde? Hulp nodig? Wordt hulp geaccepteerd? Aanpassingen in badkamer? Patiënt kan het wel maar doet gevaarlijke dingen?)

-Toiletgang. (Kan zelf toilet bereiken? Kan zichzelf redden op toilet? Toiletaanpassingen?

-Verplaatsen. (Kan zelf in / uit bed komen? Kan zelf in / uit stoel komen? Soort stoel? Hulpmiddel aanwezig? Wordt dit ook gebruikt?)

-Continentie. (Is er sprake van incontinentie? Wordt er incontinentiemateriaal gebruikt? Kan de patiënt hiermee zelf omgaan?

-Eten. Kan patiënt zelf eten? Worden er hulpmiddelen gebruikt?

3.

De scorelijst Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL) bepaalt voor de volgende handelingen of de patiënt deze zelfstandig, met hulp of helemaal niet kan verrichten (resp. 2, 1 en 0 punten):

-telefoneren

-naar bestemmingen verder dan loopafstand gaan

-boodschappen doen

-eigen maaltijd bereiden

-huishoudelijk werk verrichten

-eigen medicijnen innemen

-zelf geld beheren

Bij verdere cognitieve achteruitgang treedt hierbij een snellere verslechtering op dan bij de ADL-score.

4.

Systematische beantwoording van de volgende vragen kan veel problemen voorkomen:

-heeft het voorgestelde geneesmiddel een duidelijke indicatie?

-gaat het om een tweede middel voor een eerdere indicatie?

-zijn er interacties te verwachten met bestaande medicatie? (meer algemeen hierbij: heb ik zicht op alle medicatie?)

-bestaat er een contra-indicatie?

-zijn de voorgestelde dosis en toediening adequaat?

-gaat het om de behandeling van een bijwerking?

5.

-geheugenstoornissen (dus niet alleen geheugenklachten!)

-minimaal 1 stoornis op een ander cognitief gebied (bijvoorbeeld: taal, praxis, gnosis, uitvoerende functies)

-stoornissen veroorzaken beperking in sociaal of beroepsmatig functioneren en vormen een achteruitgang ten opzichte van eerder functioneren

-er is (op dit moment) geen sprake van een delier

6.

-Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH, kreatinine

7.

-wisselen van zit- en lighouding

-voorkomen van oneffenheden oppervlak

-voorkomen van schuiven en trekken bij transfers

-gebruik ad-matras en -kussen

-voorkomen van onderuitzakken

-ondersteuning minder beweeglijke lichaamsdelen

-bescherming ellebogen en hielen tegen wrijving (folie)

-verminder druk op hiel (hielelevator, kussen onder been)

-voorkom druk op been (dekenboog, dekens los laten afhangen)

-zo snel mogelijk verschonen bij incontinentie

-streven naar goede voedingstoestand

8.

Fout (lokale niet wegdrukbare roodheid)

9.

Fout (geen zinkzalf op de wond, wel zinkolie FNA op de wondrand)

10.

-infectieziekte (luchtwegen, urinewegen)

-medicatie (bijwerking / interactie / intoxicatie)

-recent trauma, medische ingreep, anesthesie

-urineretentie / ernstige obstipatie

-bestaande aandoening (neurologisch (w.o. dementie) , cardiaal, respiratoir, metabool, endocrien)

-alcohol / nicotineontrekking

-visus/ gehoorbeperking

-slaaptekort

-insufficiënte voeding / vochtinname

11.

-lichaamstemperatuur

-voedingstoestand

-hydratietoestand (orale slijmvliezen)

-bloeddruk

-pols

-hart en longen

-buik (m.n. obstipatie / overvulling blaas)

-neurologische uitvalsverschijnselen

-aanwijzingen letsel / fractuur

12.

0,5 - 1,5 mg haloperidol 2dd oraal

13.

-salbutamol: bij incidenteel gebruik voorschrift veranderen in zonodig. Indien 3dd salbutamol nodig is: inhalatiecorticosteroid toevoegen

-bisoprolol: astma contraïndicatie (uitsluipen + ander antihypertensivum)

-betahistine: alleen geïndiceerd bij syndroom van Menière. Hier waarschijnlijk sprake van duizeligheid e.c.i.: proberen te stoppen.

-furosemide: geen duidelijke indicatie: stoppen. Let wel op decompensatieverschijnselen.

-piroxicam: stoppen, zeker wanneer geen pijnklachten bestaan. Mogelijke oorzaak van maagklachten.

-ranitidine: stoppen nu er geen maagafwijkingen bestaan (tenzij er nog een indicatie bestaat voor een NSAID)

-diazepam / nitrazepam: geen indicatie voor 2 middelen, zeker niet nu het allebei langwerkende middelen zijn: uitsluipen en beoordelen of er slaap- of angstklachten ontstaan.

14.

Polyfarmacie kan ook aanleiding geven tot onderbehandeling. De gegeven medicatie is verdedigbaar. Mogelijk zou alleen de enalapril vervangen kunnen worden door losartan (een eventueel bestaand hoesten mogelijk door enalapril veroorzaakt en niet door COPD).

-digoxine goede keus in goede dosering bij deze man met AF en snel ventrikelvolgen.

-goede combinatie digoxine, enalapril en bumetanide bij decompensatie

-prednisolon goed keus bij ernstig COPD. Theoretisch kan er vochtretentie optreden (en dus decompensatie), maar dit in onwaarschijnlijk bij deze dosering.

Er is echter ook een indicatie voor acenocoumarol. Ook zou een protonpompremmer voorgeschreven kunnen worden bij prednisolongebruik.

Enige te behalen winst is gelegen in het stoppen met roken.

15.

-digoxine: ritmestoornissen, misselijkheid / braken

-tricyclische antidepressiva: orthostatische hypotensie, ritmestoornissen

-benzodiazepinen: vallen / collumfractuur a.g.v. spierverslapping

-laxantia: dehydratie, hypokaliëmie

16.

-kort wegvallen: de patiënt stopt met praten, mompelt nog wat en lijkt dan plotseling even in slaap te vallen. Hij reageert vaak weer op opnieuw aanspreken.

-antwoord niet afmaken: een antwoord gaat over in gemompel en eindigt in een paar losse woorden die geen verband met elkaar hebben. Uiteindelijk stopt de patiënt zonder dat hij zich ervan bewust lijkt te zijn dat het antwoord niet adequaat was.

17.

-doorpraten: de patiënt geeft antwoord, maar blijft doorpraten en is wijdlopig. Na enkele zinnen heeft het antwoord niets meer te maken met de vraag en de patiënt weet meestal ook niet meer wat de vraag was.

-verhoogd associatief: de patiënt geeft antwoord maar springt daarbij van de hak op de tak.

-verhoogd afleidbaar: de patiënt geeft antwoord, maar is snel afgeleid (bijvoorbeeld door geluiden). Meestal neemt hij niet zelf de draad van het verhaal weer op.

18.

-de arts heeft de overtuiging dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek

-de arts heeft de overtuiging dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden

-de arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten.

-de arts is er met de patiënt van overtuigd dat er geen andere redelijke oplossing bestaat voor de situatie.

-er is tenminste één andere, onafhankelijke arts, die de patiënt ziet en die schriftelijk zijn oordeel geeft over de vier hierbovengenoemde zorgvuldigheidseisen.

-de levensbeëindiging wordt medisch zorgvuldig uitgevoerd.

19.

NPH manifesteert zich het meest frequent in de trias dementie en

-verandering het looppatroon (wijdbeens / schuifelend, gestoorde koorddansersgang)

-incontinentie voor urine

Cognitieve stoornissen gaan nooit vooraf aan loopstoornissen.

20.

Alle genoemde factoren predisponeren voor het ontstaan van dementie.

21.

Vergeetachtigheid

-Vergeet steeds welke dag het is

-Vergeet regelmatig gebeurtenissen die kort geleden gebeurd zijn

-Kan recent gehoorde verhalen of mededelingen niet meer navertellen

Herhaling

-Valt vaak in herhalingen zonder dit zelf door te hebben

-Vertelt tijdens een gesprek regelmatig hetzelfde verhaal

Taal

-Kan regelmatig niet op bepaalde woorden komen

-Verliest snel de draad van een verhaal

Begrip

-Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen wordt

-Heeft meer moeite om een gesprek te begrijpen

Oriëntatie

-Haalt tijden door elkaar

Gedrag

-Verzint uitvluchten (façadevorming)

-Toename afhankelijk gedrag in vergelijking met vroeger

22.

Onjuist, nociceptieve pijn (veroorzaakt door weefselbeschadiging) is bij uitstek gevoelig voor NSAID's en opiaten. Neuropathische pijn (veroorzaakt door zenuwbeschadiging) is hiervoor veel minder gevoelig. Hier zijn andere middelen geïndiceerd zoals antidepressiva en anti-epileptica.

23.

-de pijn wordt als brandend of stekend ervaren

-de pijn volgt soms nauwkeurig een dermatoom

-de pijn gaat vaak gepaard met sensibiliteitsstoornissen (verminderde sensibiliteit, hyperpathie, allopathie -pijn als gevolg van een prikkel die normaliter niet tot een pijnsensatie leidt-)

24.

-vermoeidheid juist (74,4 - 83,2 %)

-depressiviteit onjuist (44,8 - 49,7 %)

-ander persoon geworden juist (47,7 - 56,6 %)

-concentratieproblemen onjuist (55,2 - 63,8 %)

-geheugenstoornissen juist (60,5 - 68,7 %)

-gebrek aan initiatief juist (47,7 - 56,6 %)

(bron: www.hartstichting.nl)

25.

*begeleidingsbehoefte*: de patiënt is grotendeels zelfstandig en een eventuele partner kan de verzorging nog alleen aan, al of niet met wat extra steun van mensen uit de omgeving. Aanvullend kunnen de thuiszorg en dagopvang worden ingeschakeld of een instelling voor GGZ;

*verzorgingsbehoefte*: de patiënt heeft hulp nodig bij wassen, aankleden en toiletgang en kan niet goed alleen worden gelaten. Inschakeling van bij voorkeur gespecialiseerde wijkzorg is aangewezen. De wijkzorg kan ook helpen met praktische adviezen aan de centrale verzorger. Ter ontlasting van de naasten is soms een tijdelijke opname in een verpleeghuis noodzakelijk;

*verpleegbehoefte*: de patiënt moet volledig worden geholpen bij wassen, aankleden en eten, is incontinent en is dikwijls ook matig mobiel. Er is een indicatie voor opname in een verpleeghuis.