Zorgprogramma KWETSBARE OUDEREN

Stichting GEZOND

Naam Projectleiders:	drs. Stefanie Viersen (HidHA), Raisa de Vos (POH)
Adres:	Parklaan 8, 2771 GB te Boskoop
Telefoonnummer:	0172 217540
E-mailadres:	stefanieviersen@mcparklaan.nl

Namen deelnemende huisartsen: dr. D.P. Shackleton, drs. F.G. Zevenbergen, drs. L.K. van Tol

Overige deelnemers: samenwerkende Fysiotherapeuten Boskoop; Apotheek Boskoop; Ria Beukekamp, wijkverpleegkundige; Annette van Velzen, doktersassistente

Totaal aantal patiënten in alle praktijken: ±8800

Inhoudsopgave

1.1 Beschrijving huidige zorg Kwetsbare ouderen 4

1.2 Vroege opsporing in risico populatie 5

Indicatie (in- exclusie criteria) 5

1 Ouderen met bekende co-morbiditeit 5

2. Ouderen op het spreekuur bij de huisarts die mogelijk kwetsbaar zijn 5

3. Ouderen met onbekende co-morbiditeit 5

1.3 Ouderenscreening 6

1.4 Probleeminventarisatie: 6

1.5 Bespreken probleeminventarisatie 7

1.6 Borging van de begeleiding 7

MODULE 1: Valpreventie 8

1.1 Inleiding 8

1.2 Definitie 9

1.3 Gevolgen van een val 9

1.4 Risicofactoren voor vallen 10

1.5 Screeningsmethoden valrisico 10

1.6 Casefinding, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk Medisch Centrum Parklaan 11

1.7 Screening door de thuiszorg Vierstroom 15

1.8 Screening door de thuiszorg Floravita 15

1.9 Screening en voorlichting door de apotheek 16

1.10 Behandeling door de fysiotherapeut en/of oefentherapeut 16

1.11 Behandeling door de ergotherapeut 18

MODULE 2 gehoorverlies en visusproblematiek 19

2.1Visusproblematiek 19

Vermoeden visusproblematiek 19

Vragen en onderzoek bij vermoeden visusproblemen: 19

2.2 Gehoorschade 19

MODULE 3: Polyfarmacie 21

3.1 Aanleiding 21

3.2 Doelen van polyfarmacieoverleg binnen Gezond 21

3.3 Aan de slag met polyfarmacie 22

3.3.1 Selectie patiëntenpopulatie 22

3.3.2 Medicatiebeoordeling 22

3.4 Achtergronden bij het opstellen van farmacotherapeutisch behandelplan 23

3.4.1 Start- en stopcriteria 23

3.4.2 Therapietrouw 24

3.4.3 Rol van de diëtiste bij Polyfarmacie 24

MODULE 4: zorg rondom ziekenhuisopname 25

MODULE 5: Ondervoeding 29

Gevolgen van ondervoeding bij kwetsbare ouderen 29

Vroegtijdig opsporen 29

Doelgroep 30

Eisen aan de diëtist voor goede zorg voor kwetsbare ouderen 31

Doelen van de behandeling 32

Kenmerken werkwijze dieetbehandeling[4] 32

Behandelplan 33

Zorgduur[4] 33

Werkwijze verwijzen naar de diëtist 34
Criteria voor overleg en terugverwijzing 34
Terugrapportage naar de verwijzer 34
Samenwerking 35
Bijlage 1 35
Uitnodigingsbrief screening 35
Bijlage 2 37
Vragenlijst ouderenscreening 37
Bijlage 3 40
Stemming en depressie GDS15 40
Bijlage 4 41
Geheugenonderzoek MMSE 41
Overig geheugenonderzoek 44
Bijlage 5 45
Screening valrisico POH en Thuiszorg 45
Bijlage 6 48
Valvragenlijst POH 48
Bijlage 7 53
Analyse valrisico en beleid POH 53
Bijlage 8 54
EVALUATIE VAN DE PILOT VALPREVENTIE na 6 weken 54
Bijlage 9 55
EVALUATIE VAN DE VALPREVENTIE na 3 maanden 55
Bijlage 10 57
Foldermateriaal: 57
Bijlage 11 58
Start- en stopcriteria aangepast aan Nederlandse richtlijnen 58
Bijlage 12 61
Stopcriteria 61

1.1 Beschrijving huidige zorg Kwetsbare ouderen

De term “kwetsbare ouderen” komt de laatste jaren veel voor in literatuur. Voor kwetsbaarheid, ook wel aangeduid als broosheid of frailty, zijn veel definities in omloop. Het gaat steeds om een verminderde weerstand tegen fysieke belasting in combinatie met bedreigingen van buiten. De vitaliteit neemt af, zowel lichamelijk als geestelijk. Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht is verstoord of uiterst wankel. Bij een relatief kleine gebeurtenis bij de oudere zelf of in de omgeving, valt het hele systeem om.

In de LASA-studie (Deeg, DJh et al. Het kwetsbare succes van het ouder worden. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2007;32(5)) is kwetsbaarheid bepaald aan de hand van een aantal criteria:

- Laag gewicht of gewichtsverlies;
- Verminderde longfunctie;
- Lichamelijke inactiviteit;
- Cognitieve beperkingen, achteruitgang;
- Slechtziendheid
- Slechthorendheid
- Incontinentie
- Depressieve symptomen (waaronder zelfrapportage van traagheid en gebrek aan energie);
- Weinig ervaren regie over eigen leven of achteruitgang in ervaren regie.

Ouderen > 65 jaar die aan drie of meer van deze criteria voldoen gelden in dit onderzoek als kwetsbaar. Zij hebben een verhoogd risico op verdere toename van beperkingen, opname in een zorginstelling en sterfte. Dit is onafhankelijk van eventuele ziekten.

Volgens de LASA-studie is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen 20,7% bij vrouwen. Kwetsbaarheid neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Van de mannen en vrouwen onder de 70 jaar is bij minder dan 10% spraken van kwetsbaarheid. Bij mannen van 90 jaar en ouder is 40% kwetsbaar, bij vrouwen is dat bij 65%.

Kwetsbaarheid wordt echter niet alleen bepaald door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk.

Kwetsbaarheid ontstaat geleidelijk, functies gaan langzaam achteruit. Ouderen zelf, maar ook de huisarts, onderkennen de problemen vaak niet als een zorgvraag. De gangbare huisartsenzorg is vooral reactief – de patiënt neemt initiatief als zorg nodig is. Dit is ontoereikend om achteruitgang in gezondheid en functies tijdig te signaleren en waar mogelijk te voorkomen. Er is een proactieve benadering nodig via screening op eerste symptomen en risicofactoren, zodat men al in een vroeg stadium ondersteuning kan bieden. Gerichte ondersteuning kan lichamelijke inactiviteit, depressieve symptomen en verlies van de regie over het eigen leven beïnvloeden. Voor andere beperkingen zijn hulpmiddelen en compensaties mogelijk zodat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig en zelfredzaam blijft.

Veel ouderen hebben regelmatig contact met de huisarts of de praktijkondersteuner. De huisarts of praktijkondersteuner zou daarbij niet alleen moeten kijken naar het probleem van dat moment, maar ook naar alle “ouderdomskwalen” die patiënten zelf niet melden en die wel bijdragen aan stoornissen, emotionele problemen, psychische problematiek, mobiliteitsproblemen, slechthorendheid, slechtziendheid, problemen met stabiliteit, vallen, incontinentie en andere factoren die de vitaliteit aantasten.

Moeilijker in kaart te brengen maar zeker zo belangrijk om te signaleren is de groep ouderen die geen of alleen incidenteel contact heeft met de praktijk. Het zijn de relatief gezonde ouderen die gestaag minder goed gaan functioneren, maar die dat zelf niet snel als zorgvraag zullen onderkennen en ermee naar de huisarts zullen gaan.

1.2 Vroege opsporing in risico populatie

Indicatie (in- exclusie criteria)

Er zijn 3 bronnen om aan (mogelijk) kwetsbare ouderen te komen.

1 Ouderen met bekende co-morbiditeit

Ouderen van 75 jaar en ouder, wonend in een particuliere woonsituatie, aanleunwoning of verzorgingshuis (indicatie zorg zwaarte pakket (ZZP) tot 5) die zijn ingeschreven bij de huisartsenpraktijken Zevenbergen, Van Tol en Shackleton en die aan 3 of meer van de onderstaande criteria voldoen:

- Verminderd cognitief functioneren
- Slechtziendheid ondanks correctie
- Slechthorendheid ondanks correctie
- Depressieve symptomen volgens de DSM IV of een subklinische depressie
- Ontbreken van de mantelzorg
- Ouderen met polyfarmacie: zie module Polyfarmacie voor de criteria

2. Ouderen op het spreekuur bij de huisarts die mogelijk kwetsbaar zijn

De huisarts verwijst alle patiënten bij wie hij/zij kwetsbaarheid vermoedt door naar de POH-ouderenzorg/eerstelijns verpleegkundige voor zover er bij die patiënten nog geen screening op kwetsbaarheid heeft plaatsgevonden en de patiënt akkoord gaat met verwijzing. De POH/eerstelijns verpleegkundige spreekt een huisbezoek af voor een ouderenscreening.

3. Ouderen met onbekende co-morbiditeit

Hierbij worden patiënten geïdentificeerd die functieverlies zelf niet onderkennen (ze hebben geen hulpvraag) en/of onvoldoende in beeld zijn bij de huisarts. Middels systematische opsporing kan de groep ouderen completer in kaart worden gebracht dan middels case-finding.
In onze huisartsenpraktijken wordt via het HIS een selectie gemaakt van de ouderen met een leeftijd van 80 jaar of ouder. Van deze groep wordt door de huisarts, praktijkassistente en de POH een selectie gemaakt van patiënten die niet goed in beeld zijn en zelden het spreekuur bezoeken: afgelopen jaar geen

spreekuurbezoek bij huisarts of POH (specialistenbezoek hoort niet te leiden tot uitsluiting). De geselecteerde groep wordt benaderd met een brief (Bijlage 1) waarin een aanbod wordt gedaan voor ouderenscreening door de eerstelijnsverpleegkundige en een toelichting hierop. De planning van de afspraken vindt plaats door de assistente.

1.3 Ouderenscreening

Probleeminventarisatie via huisbezoek of consult op de huisartsenpraktijk

Gespreksprotocol huisbezoek (POH/eerstelijns verpleegkundige):

De volgende voorwaarden zijn noodzakelijk voor een goede probleeminventarisatie . De POH/eerstelijnsverpleegkundige maakt kennis met de patiënt en krijgt het vertrouwen van de patiënt. De POH geeft toelichting op het doel en de werkwijze van het gesprek. Er wordt toestemming gevraagd voor probleeminventarisatie. Bij een echtpaar wordt uitgelegd dat de probleeminventarisatie voor beide partners is bedoeld en dat beiden om beurten aan bod zullen komen. Als een van de kinderen of een andere mantelzorger bij het gesprek aanwezig is, is het belangrijk dat wordt toegelicht waarom hun aanwezigheid belangrijk is en dat wordt aangegeven dat hun visie, vragen en zorgen aan het einde van het gesprek apart aan de orde kunnen komen.

Begonnen wordt met enkele algemene en open vragen aan de patiënt naar hun eigen gevoel van welbevinden en er wordt gevraagd hoe zij hun gezondheid ervaren. Gestart wordt met de screening met een vragenlijst ouderenzorg (Bijlage 2), hieruit volgt eventuele verdieping naar bepaalde gebieden.

Toelichting: als er uit de algemene vragenlijst verdenking op stemmingsproblemen naar voren komt wordt een GDS15 (Bijlage 3) afgenomen.. De problemen worden geïnventariseerd aan de hand van de gekozen instrumenten en vragen/observaties voor de onderdelen waarvoor geen instrumenten beschikbaar zijn. Wanneer de patiënt problemen op een bepaald gebied zelf noemt, wordt er door gevraagd naar mogelijk achterliggende oorzaken. Voorbeeldvragen zijn: Denkt u zelf aan speciale oorzaken van uw klachten? Of: Is er een speciale reden dat u bang bent om …? Zo mogelijk geeft de POH al eerste adviezen. Er wordt een afspraak voor een vervolggesprek gemaakt nadat er overleg met de huisarts heeft plaatsgevonden. Indien tijdens een eerste gesprek niet alle relevante thema's voldoende aan bod zijn gekomen wordt er een afspraak gemaakt voor een tweede huisbezoek.

1.4 Probleeminventarisatie:

De POH/eerstelijns verpleegkundige maakt een samenvatting van de bevindingen uit het huisbezoek in een probleeminventarisatie. De screening wordt vastgelegd in het HIS middels de ruiter "KO". Uit de ouderenscreening kunnen de volgende problemen naar voren komen.:

1. Verhoogd valrisico
2. Cognitieve problemen
3. Stemmingsklachten
4. Problemen in de waarneming a.g.v. gehoorsklachten of visusklachten
5. Polyfarmacie

6. Problemen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) of huishoudelijke activiteiten van het dagelijks leven (HDL)
7. Voedingsproblemen
8. Overige problemen: alcohol, incontinentie, zorg rondom ziekenhuisopnames, problemen mantelzorg

1.5 Bespreken probleeminventarisatie

De problemen worden besproken met de huisarts en hierop wordt een vervolgbeleid opgesteld:

1. Bij verhoogd valrisico vindt valscreening plaats volgens zorgmodule valpreventie0.
2. Bij verdenking op cognitieve stoornissen wordt een MMSE (Bijlage 4) afgenomen en wordt eventueel voor verdere diagnostiek verwezen naar de geheugenpolikliniek naar het spreekuur van de geriater.
3. Bij verdenking op stemmingsklachten vindt nadere diagnostiek middels GDS15 (Bijlage 3) en zo nodig wordt behandeling ingezet.
4. Bij problemen in de waarneming: zie zorgmodule ‘gehoorproblemen en visusproblematiek’.
5. Patiënten met polyfarmacie worden systematisch besproken via de module ‘polyfarmacie’.
6. Bij problemen in ADL of HDL kan thuiszorg, fysiotherapie, ergotherapie worden ingezet.
7. Bij vermoeden op voedingsproblemen vindt verwijzing naar de diëtiste plaats.
8. Bij overige problemen vinden probleemgerichte interventies plaats.

1.6 Borging van de begeleiding

De verpleegkundige zal in overleg met de huisarts en in samenspraak met de patiënt minimaal 1x per jaar contact houden met de patiënt waarbij de verpleegkundige direct een datum agendeert.

MODULE 1: Valpreventie

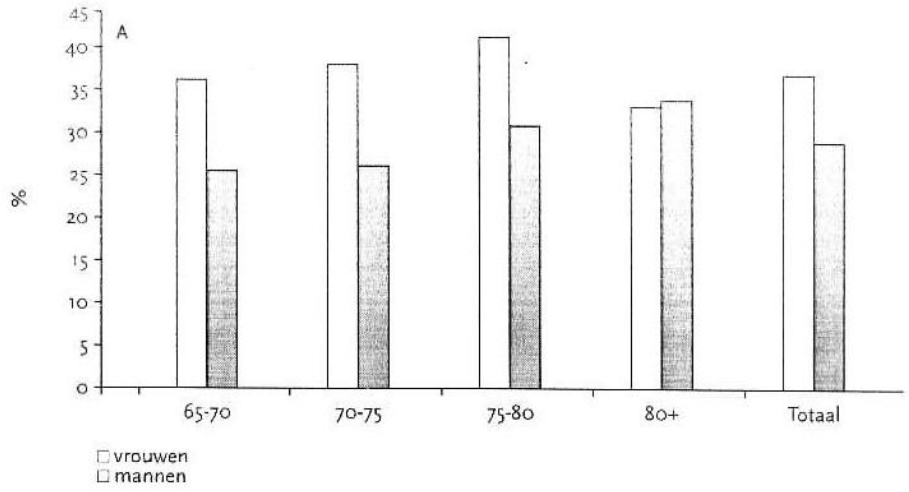
1.1 Inleiding

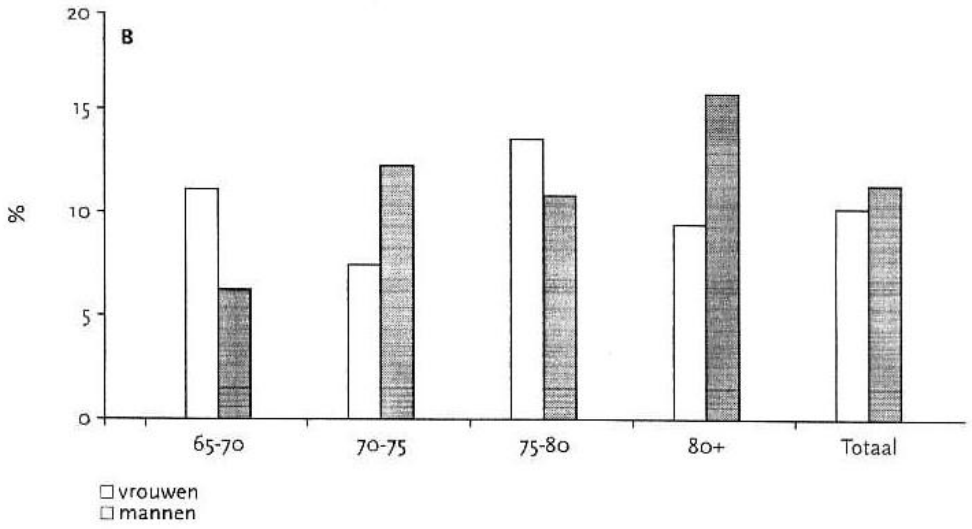
Vallen vormt een groot gezondheidsprobleem bij ouderen, omdat het veel voorkomt en tot ernstige gevolgen kan leiden. Ongeveer 30% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder en de helft van verpleeg- en verzorgingshuisbewoners valt ten minste één keer per jaar, en 15% (10-31%) valt ten minste twee keer of vaker per jaar.

In 2001 waren er in Nederland bijna 2,2 miljoen inwoners van 65 jaar en ouder (13,7% van de Nederlandse bevolking), waarvan 110.668 bewoners van verzorgingshuizen en 56.376 verpleeghuisbewoners.
Dit betekent dat meer dan 650.000 ouderen ten minste één keer gevallen zijn in 2001.
Aangezien wordt verwacht dat het aantal inwoners van 65 jaar en ouder zal stijgen tot 3,8 miljoen in 2030 en het aantal oude ouderen (80-plussers) ook toeneemt, zal het absolute aantal mensen dat valt, aanzienlijk toenemen in de loop van de volgende decennia.

Ongeveer 10% van de valpartijen bij ouderen leidt tot serieuze letsels, waaronder heupfracturen (1-2%), andere fracturen (3-5%) en letsel van de weke delen en hoofdtrauma (5%).
Vallen is de belangrijkste oorzaak van overlijden door een ongeval bij ouderen boven de 65 jaar.
Jaarlijks worden 89.000 ouderen behandeld op de afdeling spoedeisende hulp in het ziekenhuis na een val, 28.900 ouderen worden na een val opgenomen in het ziekenhuis, en er overlijden circa 1.683 mensen ouder dan 55 jaar en ouder als gevolg van een valongeval.

De gevolgen van een valongeval kosten gemiddeld 3400 euro aan direct medische kosten per ongeval.





Grafiek 1: Cumulatieve incidentie (CI) van vallen (A) en herhaaldelijk vallen (= 2x of vaker) (B) tijdens 1 jaar follow up naar leeftijd en geslacht.

1.2 Definitie

Een val kan worden gedefinieerd als 'een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau'.
Onder secundaire valpreventie wordt verstaan het voorkomen van nieuwe valincidenten bij ouderen die reeds één of meer keren zijn gevallen en een verhoogd valrisico hebben. Tertiaire valpreventie is het voorkomen van de gevolgen van een valincident bij ouderen bij wie valincidenten niet zijn te voorkomen.

1.3 Gevolgen van een val

Een val kan ernstige gevolgen hebben en is een van de belangrijkste oorzaken van verminderd functioneren, verpleeghuisopname bij ouderen, een verhoogde mortaliteit en ziekenhuisopname. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van ongezonde levensjaren bij ouderen. Terwijl bij mensen jonger dan 65 jaar een val zelden tot een ziekenhuisopname leidt, wordt er bij mensen ouder dan 65 jaar een exponentiële toename gezien in het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van een val. In Nederland worden jaarlijks 89.000 ouderen behandeld op de afdeling spoedeisende hulp in het ziekenhuis na een val; 28.900 ouderen worden na een val opgenomen in het ziekenhuis. Van de verzorgingshuisbewoners komen ieder jaar 3.600 mensen in een ziekenhuis terecht als gevolg van een val.

Ongeveer 10% van de valpartijen bij ouderen leidt tot ernstige letsels, waaronder heupfracturen (1-2%), andere fracturen (3-5%) en letsel van de weke delen en hoofdtrauma (5%). Met name heupfracturen gaan gepaard met een hoge mortaliteit en hoge kans op blijvende afhankelijkheid. Boven de 65 jaar hebben vrouwen een twee keer hogere kans op het breken van een heup dan mannen. Verder geldt dat blanke mensen een twee keer grotere kans hebben op een heupfractuur dan alle andere rassen. In Nederland breken ongeveer 15.000 ouderen een heup. Hiervan overlijdt bijna 25% binnen een jaar na het oplopen van de heupfractuur,

en nog eens 25% blijft permanent invalide zich uitend in blijvende afhankelijkheid.
Behalve lichamelijk letsel kan een valpartij ook psychosociale gevolgen hebben, zoals sociale isolatie en valangst. Als gevolg van een val kan angst om opnieuw te vallen en onzekerheid bij bewegen leiden tot een toename van immobiliteit, waardoor een neerwaartse spiraal in gang wordt gezet.
Uit resultaten van een deelonderzoek van het LASA-onderzoek bleek dat vallen in Nederland ook aanzienlijke gevolgen kan hebben. Bijna 70% van de zelfstandig wonende respondenten ondervond lichamelijke gevolgen van de laatste val, 5,9% had ernstig letsel, zoals een fractuur, bijna een kwart (23,5%) maakte gebruik van de gezondheidszorg (huisarts, fysiotherapeut, opname in ziekenhuis of verpleeghuis) en 17,2% werd medisch behandeld als gevolg van de val. Tevens rapporteerde bijna een derde van de ouderen een afname in het lichamelijk functioneren als gevolg van de laatste val, was 16,7% sociaal minder actief, en 15,2% lichamelijk minder actief. Al deze gevolgen zorgen er mede voor dat de kosten van de gezondheidszorg als gevolg van vallen hoog zijn.

1.4 Risicofactoren voor vallen

In de onderstaande tabel staan de risicofactoren die in ten minste twee verschillende onderzoeken als onafhankelijke risicofactor zijn gevonden. In de eerste kolom staat de mogelijke risicofactor. In de tweede kolom staat de 'range' (minimum en maximum) van 'odds ratio' (OR), relatieve risico's die gevonden zijn voor de relatie tussen de risicofactor en vallen. In de laatste kolom staat het niveau van bewijs. De volgorde van presentatie in de tabel is in aflopend niveau van bewijs. Met andere woorden: de eerstgenoemde factor is het vaakst in afzonderlijke onderzoeken een 'onafhankelijke' risicofactor gebleken ten opzichte van het totale aantal onderzoeken waarin deze als mogelijke risicofactor wordt aangemeld.

Belangrijkste risicofactoren

	OR/RR	niveau
Mobiliteits- en balansproblemen	0.5-3.9	A
gevallen afgelopen jaar	1,2-3,3	B
Medicatie CZS	1,6-28,3	B
moeite met ADL	1,5-3,8	C
Lichamelijke activiteit	0,4-0,6	C
Visusproblemen	1,2-2,3	C
Artrose	2.0-2.7	C
Urine incontinentie	1,6-1,7	C
Depressieve symptomen	1,4-2,2	D
Cognitieve stoornis	1,1-5,0	D

1.5 Screeningsmethoden valrisico

Indien er een verhoogde valangst of een valrisico gesignaleerd wordt bij de patiënt, is het van belang dat er nader onderzoek plaatsvindt om het valrisico te analyseren. Er zijn verschillende vragenlijsten in omloop om het valrisico te analyseren. Wij maken gebruik van de valvragenlijsten "Screening valrisico POH en

thuiszorg" en "Valvragenlijst POH", zie bijlagen 1 en 2. Dit zijn gevalideerde vragenlijsten voor screening van het valrisico. Hierin komen de volgende aspecten naar voren:

- Valinventarisatie
- Mobiliteit en evenwicht
- Duizeligheid
- Visus
- Incontinentie
- Leefstijl
- Valangst, cognitie, gedrag, stemming
- Osteoporoserisico
- Medicatie
- Huis, omgeving
- Orthostasemeting

1.6 Casefinding, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk Medisch Centrum Parklaan

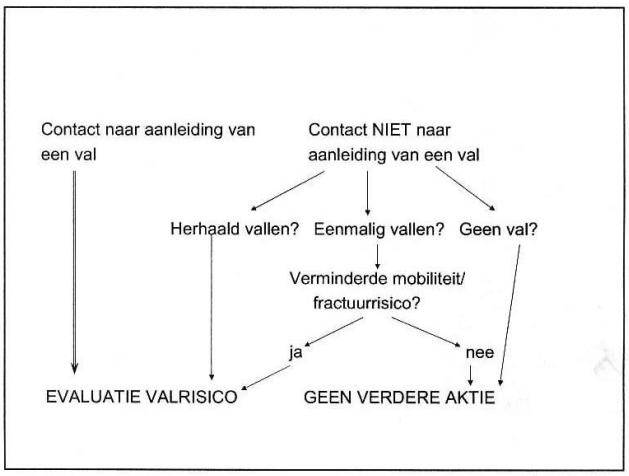
Opsporen van ouderen met valrisico. Belangrijkste indicatoren voor casefinding zijn :

- vragen naar valincidenten afgelopen jaar
- verdenking mobiliteitsstoornissen
- leeftijd boven de 65 jaar
- co-morbiditeit, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson

Wie signaleert:

- Huisarts
- POH
- Doktersassistente
- Thuiszorg
- Verzorgenden verzorgingshuis
- Fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtiste
- Mantelzorgers
- Ouderenadviseur
- Vrijwilligers
- WMO consulent

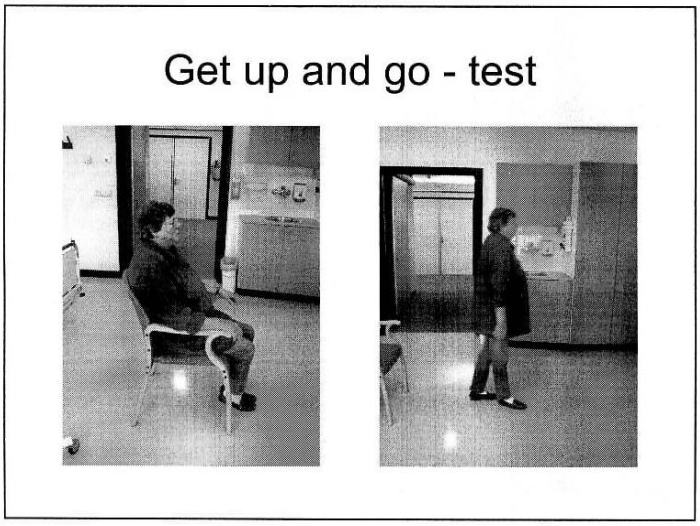
Screening valrisico vindt plaats door POH, thuiszorg, fysiotherapeut, ergotherapeut of diëtiste middels het formulier Screening Valrisico (Bijlage 5). De valscreening wordt gecodeerd in medicom onder ICPC code A80.



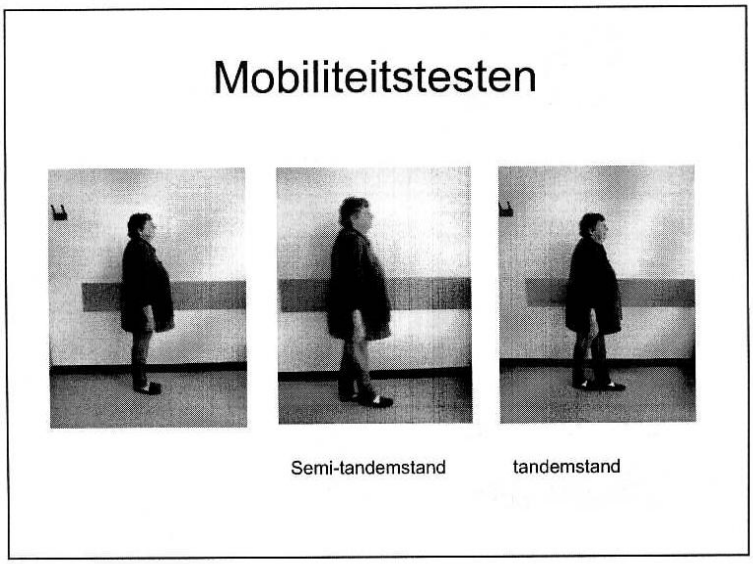
Als blijkt dat er sprake is van een verhoogde valangst of valrisico wordt dit gemeld bij de POH en zal de POH onderzoek doen:

- Anamnese:
  - Valvragenlijst POH (Bijlage 6)
  - Voorgeschiedenis en medicatie (o.a. psychofarmaca)
  - Activiteiten op het moment van de val
  - Symptomen voor of na de val
  - Bewustzijnsverlies
  - Risico op osteoporose
- Lichamelijk onderzoek:
  - Cardiovasculair onderzoek: polsirregulariteit, bloeddruk zittend, op indicatie een orthostase-meting
  - Neurologisch: spiertonus, coördinatie, propriocepsis, extrapiramidale stoornis, sensibiliteit voeten
  - Visus: Snellen kaart
  - Beoordeling mobiliteit: de get-up-en-go-test en de balans-en-kracht- test (zie figuur 1 en 2)
- Aanvullend onderzoek
  - Bloedonderzoek: Hb, Na, K, Ca, kreat, vitamine D; op indicatie vitamine B12, glucose, foliumzuur (bij polyneuropathie)

Figuur 1



Figuur 2



Door de POH zal er een analyse valrisico worden gemaakt (Bijlage 7).

Beleid:

- Niet medicamenteus

  Als patiëntenvoorlichting kan worden gebruik gemaakt van de folders “Zorg dat u thuis niet valt” en “Een goede conditie helpt vallen voorkomen”
- Huisarts en POH bespreken samen de analyse valrisico en hieruit wordt het plan van aanpak opgesteld waarvoor de huisarts verantwoordelijk is.

  Mogelijke interventies:
  - Aanpassingen in huis
  - Medicatie aanpassing
  - Behandeling valangst
  - Correctie visusstoornissen
  - Spierkrachtoefeningen en evenwichtsoefeningen
  - Cardiovasculaire maatregelen, bv bij orthostatische hypotensie
  - Goede voeding, vit D suppletie
  - Gericht aanpak onderliggend lijden
  - Multifactoriële interventies

Plan van aanpak zie onderstaande tabel: gerichte interventies:

Onderdeel	**Probleem**	**Plan van aanpak (na overleg huisarts)**
Valinventarisatie		
Mobiliteit en evenwicht	bv door sarcopenie, bewegingsarmoede, CVA, Parkinson, artrose	Fysio en/of oefentherapie, schoeisel, ergotherapie, sport Eventueel verwijzing neuroloog/orthopedisch chirurg/revalidatie/valpoli
Duizeligheid	Medicatie?	Fysio, medicatie saneren
Visus		Verwijzing oogarts
Incontinentie		Oorzaak behandelen, goed incontinentie materiaal
Leefstijl		Evt alcohol minderen, meer bewegen en gezond dieet
Valangst, gedrag, cognitie en stemming		Oefentherapie, psycholoog, bij ernstige dementie interventie niet zinnig
Osteoporose		Volgens NHG standaard
Medicatie		medicatie zo mogelijk saneren
Huis, omgeving		Verwijzing ergotherapie
Specifieke afwijkingen bij		Nader onderzoek,

lab oz		Suppletie vitamines (D, B12)
Orthostasemeting: voldoende drinken, hoge steunkousen, bij hoge bloeddruk beter instellen, bij lage bloeddruk antihypertensiva minderen, bloeddrukverlagende medicatie minderen (bv antipsychotica).		

- Follow up (Bijlage 8 Bijlage 9):
    - Na 6 weken telefonisch contact met POH: zijn interventies in gang gezet?
    - Na 3 en 6 maanden spreekuur POH: evaluatie vallen, valangst, diagnoses en resultaat interventies

1.7 Screening door de thuiszorg Vierstroom

Alle cliënten die langer dan 2-4 weken in zorg zijn wordt door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige /verzorgende een 'risico inventarisatie normen verantwoorde zorg' afgenomen. De risicoscore valpreventie is daar een onderdeel van. Scoort iemand meer dan 7 punten dan wordt, als de cliënt dit wenst de lijst doorgestuurd naar de huisarts/POH.

Ook worden valincidenten als MIC (melding incident cliëntenzorg) bij Triaswebmail gemeld. Binnen de teams is de medewerker met teamrol kwaliteit, verantwoordelijk om een eventuele vervolg actie daar op te zetten. Bijvoorbeeld een huisbezoek van de wijkverpleegkundige of klantcoördinator.

Tevens meldt het acute team bij de klantcoördinator valincidenten die zich hebben voorgedaan na een alarmering. Zo nodig volgt er een huisbezoek.

Uiteraard wordt tijdens de zorgverlening gelet op gevaarlijk situaties in huis en zo nodig een advies gegeven.

1.8 Screening door de thuiszorg Floravita

Wat kun je als thuiszorg betekenen bij valpreventie: in de eerste plaats is het belangrijk om een band met de cliënt op te bouwen. De cliënt neemt sneller iets van je aan als hij weet wat hij aan je heeft. Daarom is het belangrijk om niet gelijk bij de eerste kennismaking te beginnen over de eventuele verbeteringen om vallen te voorkomen.

In de thuiszorg is het belangrijk om goed te signaleren en te observeren. Aandachtpunten hierbij zijn de woonomgeving van de cliënt, het bewegen van de cliënt, de eventuele hulpmiddelen die de cliënt gebruikt

of het ontbreken van hulpmiddelen. Tijdens het wassen kun je letten op eventuele blauwe plekken, dit kan erop wijzen dat de cliënt gevallen is.

Bij cliënten die tijdelijk bij Foravita in zorg zijn om bijvoorbeeld aan te sterken na een operatie of bij een gebroken heup zal de verzorgende van Floravita een valscreeningslijst bij het eerste kennismakingsgesprek afnemen. Bij de cliënten die langer bij Floravita in zorg blijven zal deze screeningslijst na ongeveer 6 weken worden afgenomen, in deze periode hebben de verzorgenden de tijd om de cliënt beter te leren kennen en andersom. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de screeningslijst “Screening valrisico” (bijlage 1). Na ongeveer een jaar wordt dezelfde valscreeningslijst opnieuw bij de cliënt doorgenomen. Hierdoor kan inzicht worden verkregen of er punten zijn verbeterd of verslechterd.

1.9 Screening en voorlichting door de apotheek

Achtergrond

Door onderzoek van Beers et al. is een lijst samengesteld van medicijnen die bij oudere patiënten vermeden moeten worden of waarvan een bepaalde dosering niet overschreden moet worden in verband met het verhoogd risico op bijwerkingen. Het risico bij gebruik van deze geneesmiddelen is groter dan het te verwachten klinisch voordeel. Uit deze zogenaamde Beerslijst komt naar voren dat bepaalde medicijnen de kans op vallen vergroten: zoals hypnotica, tranquilizers, hoge doseringen van kortwerkende benzodiazepinen, langwerkende benzodiazepinen, antidepressiva, sedativa, neuroleptica en antipsychotica (psychotrope medicatie) en bepaalde hartmedicatie (bv clonidine, doxazozine).

Screening

De apotheker selecteert jaarlijks (halfjaarlijks) uit het apotheekinformatiesysteem cliënten met een leeftijd boven de 65 jaar, die 5 of meer geneesmiddelen en die tenminste 1 psychotroop geneesmiddel gebruiken. Vervolgens neemt de apotheker contact op met de praktijkondersteuner om de lijst met geselecteerde cliënten door te spreken. Daarnaast levert de apotheker de actuele medicatielijst van de geselecteerde cliënten aan.

Voorlichting

De apotheek is bij uitstek geschikt om op een laagdrempelige manier voorlichting te geven over valpreventie in de vorm van foldermateriaal (“Zorg dat u thuis niet valt” en “Een goede conditie helpt vallen voorkomen”)

1.10 Behandeling door de fysiotherapeut en/of oefentherapeut

De rollen van de fysiotherapeut en/of oefentherapeut (FT/OT) zullen grotendeels overeenkomen. De taken van de FT/OT binnen de valpreventie kunnen onderverdeeld worden in de volgende categorieën:

- Signaleren
- Onderzoeken
- Behandelen
- Adviseren / informeren

- Preventie

Signaleren

De FT/OT signaleert of er sprake is een verhoogd valrisico bij de cliënt die al worden gezien door FT/OT.

Bij signalering van een verhoogd valrisico zal de FT/OT, wanneer deze een onderliggende niet FT/OT behandelbare oorzaak vermoedt, de cliënt terugsturen naar de POH of huisarts voor screening.

Onderzoeken

De FT/OT onderzoekt of er sprake is van valangst of een verhoogd valrisico. Hiervoor kunnen de volgende meetinstrumenten/vragenlijst gebruikt worden:

- Berg Balance Scale
- Timed Up & Go
- 'Poma' volgens Tinetti
- Vragenlijst 'veiligheid en valpreventie in en om het huis'
- Nederlandstalige Falls Efficacy Scale (FES-NL)
- 10 meter looptest
- Timed chair test
- Handknijpkrachttest
- Four test balance scale

De onderzoeken kunnen gebruikt worden om een algeheel beeld te krijgen van de cliënt en de uitslagen kunnen fungeren als nulmeting. Ook kunnen ze bij herhaling gebruikt worden om vorderingen te meten.

Behandelen

De FT/OT behandelt op stoornisniveau (spierkracht, arthrogene mobiliteit, balans), activiteitenniveau (ADL, mobiliteit, valangst, valtraining) en participatieniveau (eigen regie, oefenprogramma voor thuis, functionele deelname aan maatschappij).

Een oefenprogramma opstellen voor evenwicht en functionele spierkrachtverbetering is een mogelijke interventie om het valrisico te verminderen.

Adviseren/informeren

De FT/OT adviseert en informeert de cliënt over veilig handelen en veiligheid in en om het huis. Ook adviseert en informeert de FT/OT de cliënt zonodig over loophulpmiddelen en het gebruik ervan.

De FT/OT informeert de cliënt over de noodzaak van lichamelijke beweging, het bestaan van valpreventieprogramma's, het gevaar van vallen en maakt de cliënt bewust van het verhoogde valrisico.

De volgende beweegprogramma's worden al aangeboden door de FT/OT:

- In zorgcentrum FloraVita
    - 55+ fitness
    - Meer Bewegen Voor Ouderen
- In oefentherapiepraktijk Mensendieck:
    - Fit+ (oefentherapie in groepsverband)

1.11 Behandeling door de ergotherapeut

De taken van de ergotherapeut binnen de valpreventie worden onderverdeeld in de volgende categorieën:

- Signaleren
- Onderzoeken
- Behandelen
- Adviseren/informeren
- Preventie

Signaleren

De ergotherapeut signaleert of er sprake is van een verhoogd valrisico bij een cliënt die al gezien wordt door de ergotherapeut.

Bij signalering van een verhoogd valrisico zal de ergotherapeut , wanneer deze een onderliggende oorzaak vermoed welke niet op het behandelgebied van de ergotherapeut ligt, terugsturen naar de POH of huisarts voor screening.

Onderzoeken

Anamnese:

- COPM (Canadian Occupational performance measure)
- PSK (Patient specifieke klachtenlijst)
- OPHI (Occupational performance history interview)
- Valanamnese

Valangst:

- FES (Fall Efficacy Scale)

Cognitie/ dagelijks functioneren:

- AMPS
- A-one
- PRPP

Omgeving:

- Standaard huisbezoek

Behandeling

De ergotherapiebehandeling richt zich bij de valpreventie op de relatie tussen alle risicofactoren en veilig handelen. Binnen de behandeling wordt een inventarisatie gemaakt van alle betekeningsvolle handelingen

op het gebied van de zelfredzaamheid, productiviteit en vrije tijd. Door een praktische insteek is de ergotherapeut goed in staat veiligheid van functioneren te beoordelen door middel van observaties en te bepalen welke risicofactoren beïnvloed dienen te worden om de kans op vallen te verlagen. In de trainings- en begeleidings- of adviestraject dat daarna volgt, richt de ergotherapeut zich op een andere manier van handelen door aanpassen van de activiteit, aanpassing van de omgeving en bewustwording van een risicovolle uitvoer van dagelijks activiteiten.

MODULE 2 gehoorverlies en visusproblematiek

Gehoorverlies en visusproblematiek zijn veel voorkomende problemen bij ouderen. Van de thuiswonende ouderen van 60 jaar heeft 30-52% problemen met betrekking tot het gehoor. Bij ouderen van 71 jaar en ouder wordt beschreven dat 7-39% visus problemen heeft ontwikkeld. De belangrijkste oorzaken van visusproblemen bij ouderen zijn maculadegeneratie, diabetische retinopathie, cataract en glaucoom . Dit kan leiden tot communicatieproblemen, sociale isolatie en desoriëntatie. Het is dus van belang om te weten of de patiënt te maken heeft met een van deze problemen Middels enkele korte testen of vragen kan een mogelijk probleem geactualiseerd worden. (zie bijlage 2)

2.1Visusproblematiek

Vermoeden visusproblematiek

Bij een vermoeden van visus problematiek kan er verdere diagnostiek gedaan worden middels anamnese, Snellen visuskaart, inspectie van het oog en gezichtsveldenonderzoek. Bij verdenking op een refractieafwijking, bij bijvoorbeeld een verouderde bril, vindt verwijzing naar de opticiën plaats. Bij verdenking op cataract, maculadegeneratie of glaucoom vindt verwijzing naar de oogarts plaats.

Vragen en onderzoek bij vermoeden visusproblemen:

“Heeft u problemen met het lezen van de krant? De hoofdletters en de kleine letters?”

mogelijk kan de POH deze test uitvoeren tijdens het patiëntencontact. Laat de patiënt een stuk uit de krant lezen, hoofdletters en kleine letters, op 25 cm afstand, eventueel met corrigerende bril.

“Heeft u moeite om een gezicht te herkennen op 4 meter afstand?”

Indien de vragen met “ja” worden beantwoord, kan verder onderzoek van visus noodzakelijk zijn.

2.2 Gehoorschade

Door het afnemen van een “fluisterspraaktest” 60 cm achter de patiënt zes combinaties van cijfers en letters nomen. Patiënt dient deze combinaties te herhalen.

De fluisterspraaktest is afwijkend indien meer dan vier van de zes combinaties (bijvoorbeeld voor het ene oor 3F6, G7L, O7S, 2K4, 8S5, U8X en voor het andere oog f5C, Z3L, 6K7, 3S8, 2R9, X4U) niet goed worden herhaald.

Bij vermoeden van verminderd gehoor kunnen op de huisartsenpraktijk de volgende onderzoeken worden verricht: inspectie van de gehoorgang met otoscoop (bijvoorbeeld bij afsluitend cerumen, otitis externa of

andere afwijkingen in gehoorgang of trommelvlies), tympanometrie, stemvorkproeven en/of toonaudiogram. Bij indicatie voor een gehoorapparaat zal worden doorverwezen door de huisarts naar de KNO arts (oa gehoorstraat Groene Hart ziekenhuis).

MODULE 3: Polyfarmacie

Polyfarmacie bij ouderen
Bron: multisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012 van de NHG

3.1 Aanleiding

Geneesmiddelen kunnen naast heilzaam werken ook schade en risico's veroorzaken. De arts dient alleen een geneesmiddel voor te schrijven op juiste indicatie en rekening houdend met specifieke patiëntkenmerken, levensverwachting, potentiële bijwerkingen en interacties met andere geneesmiddelen. Oudere patiënten zijn extra gevoelig voor schadelijke effecten door een veranderde fysiologie (zoals een verminderde nierfunctie) en door multi-morbiditeit, waardoor zij vaak meerdere geneesmiddelen gebruiken. Uit het HARM-onderzoek blijkt dat 5,6% van alle acute ziekenhuisopnamen medicatie gerelateerd is. Van deze opnamen betreft 68% ouderen vanaf 65 jaar en bij bijna de helft van de opnamen gaat het om medicatiefouten die potentieel vermijdbaar zijn, zoals fouten die optreden door medicatie zonder indicatie, problemen met therapietrouw, interacties, contra-indicaties en onvoldoende monitoring.
Er is sprake van polyfarmacie als een patiënt vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen chronisch gebruikt. Daarnaast hebben ouderen vaker last van een verminderde cognitie en kunnen er handicaps zijn (bijvoorbeeld door afname van visuele en fysieke vaardigheden) die de therapietrouw kunnen beïnvloeden. Ook psychosociale problematiek en maatschappelijk isolement kunnen een rol spelen. Oudere patiënten worden als kwetsbaar beschouwd bij verminderde zelfredzaamheid en wankel lichamelijk, psychisch en sociaal evenwicht.
In een normpraktijk varieert het aantal patiënten met polyfarmacie bij 65-plussers tussen de 4 en de 16%. Landelijk gebruikt 7,7% van alle patiënten vijf of meer geneesmiddelen (>3 voorschriften per jaar). Voor een gemiddelde huisartsenpraktijk komt dit neer op ongeveer 190 patiënten (Bron DGV).
De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen patiënt (en/of mantelzorger), arts, apotheker en verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt in het bijzonder bij de zorg rond verschillende aandoeningen die door verschillende specialisten behandeld worden met zeer diverse geneesmiddelen. Het risico op interacties en bijwerkingen is vergroot als verschillende artsen geneesmiddelen voorschrijven en men niet goed op de hoogte is van elkaars voorschriften. Ook kunnen specialisten zo gespecialiseerd zijn in hun vakgebied dat zij over onvoldoende kennis beschikken om de relevantie van door andere specialisten voorgeschreven medicatie op waarde te kunnen schatten. Een overkoepelende multidisciplinaire richtlijn kan deze zorg ondersteunen.

3.2 Doelen van polyfarmacieoverleg binnen Gezond

- Optimaliseren van het geneesmiddelgebruik van patiënten met polyfarmacie
- Verminderen van geneesmiddel-gerelateerde problemen
- Proberen te reduceren van ongewenste, geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames.

3.3 Aan de slag met polyfarmacie

3.3.1 Selectie patiëntenpopulatie

- Stap 1: De praktijkondersteuner maakt voor een medicatiebeoordeling een selectie per huisartsenpraktijk uit het elektronisch dossier Medicom van patiënten die 75 jaar of ouder zijn en die 5 of meer geneesmiddelen (ATC-3-niveau) chronisch gebruiken. Op de patiëntenlijst staan de namen, geboortedata en adressen van de patiënten.

- Stap 2: De patiëntenlijst wordt door de huisarts beoordeeld en patiënten die minimaal 1 van de volgende risicofactoren hebben worden geselecteerd voor medicatiebeoordeling:
  1. verminderde nierfunctie (MDRD < 50);
  2. verminderde cognitie (dementie (ICPC P70) of aanwijzingen voor geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen (ICPC P20));
  3. verhoogd valrisico (1 of meer maal gevallen in de voorgaande 12 maanden);
  4. signalen van verminderde therapietrouw;
  5. niet zelfstandig wonend (verzorgings- of verpleeghuis);
  6. niet geplande ziekenhuisopname.

NB er wordt een datum, markering en codering van 1-6 aan de patiënten op de lijst toegevoegd zodat later kan worden teruggevonden waarom een patiënt in aanmerking kwam voor medicatiebeoordeling

- Stap 3: De patiëntenlijst wordt door de apotheker beoordeeld. De apotheker bekijkt of er patiënten in aanmerking komen voor medicatiebeoordeling die nog niet zijn geselecteerd door de huisarts. De apotheker let met name op signalen van verminderde therapietrouw.

- Stap 4: De patiëntenlijst met patiënten die in aanmerking komen voor polyfarmacieoverleg kan actief worden uitgebreid door de huisarts, apotheker of praktijkondersteuner met patiënten onder de 75 jaar die 5 of meer geneesmiddelen gebruiken. Deze uitbreiding van de patiëntenlijst vindt plaats als de huisarts, apotheker of praktijkondersteuner het noodzakelijk vindt dat deze patiënt besproken wordt in het medicatiebeoordeling op basis van dezelfde risicofactoren die genoemd worden bij stap 2.

3.3.2 Medicatiebeoordeling

- Planning: 1 keer per 2 maanden vindt een polyfarmacieoverleg plaats in de huisartsenpraktijk waarbij de huisarts, praktijkondersteuner en apotheker aanwezig zijn. De afspraak voor een volgend overleg worden na ieder overleg doorgepland in de agenda's en krijgt de naam polyfarmacieoverleg.
- Voorbereiding: de praktijkondersteuner selecteert 10 patiënten van de patiëntenlijst van patiënten die in aanmerking komen voor medicatieoverleg. Het lijstje met de geselecteerde patiënten wordt doorgegeven aan de apotheker door de praktijkondersteuner. De apotheker draait ter voorbereiding een medicatieoverzicht uit met hierop de medicijnen die de afgelopen periode van 1 jaar zijn gebruikt, het gebruik van deze medicijnen en de medicijnen die huidig in gebruik zijn. De huisarts bekijkt met de praktijkondersteuner ter voorbereiding het medisch dossier van de geselecteerde patiënten met betrekking tot de medische voorgeschiedenis, de

indicatie van medicatiegebruik, intoleranties en of er een recente nierfunctie (MDRD) bepaald is of dat er noodzaak is voor bepaling van andere meetwaarden (bijvoorbeeld elektrolyten bij diuretica).

- Overleg tussen apotheker, huisarts en praktijkondersteuner: De medicatie van de patiënt wordt doorgenomen. Onderwerpen die worden besproken zijn:
    - De actuele aandoeningen en problemen worden gekoppeld aan de voorgeschreven actuele medicatie en indien mogelijk aan meetwaarden.
    - Bij de medicatiebeoordeling vormen de Start Stop criteria een leidraad (zie 4.1 en bijlage 1).
    - De MDRD wordt doorgegeven aan de apotheker. Bij een verminderde nierfunctie wordt gekeken of medicatiedoseringen moeten worden aangepast.
    - Problemen met gebruik van geneesmiddelen (signalen van verminderde therapietrouw).
    - Onder of overbehandeling.
    - Bijwerkingen, interacties en contra-indicaties.
    - Vitamine D advies.

De arts, praktijkondersteuner en apotheker stellen samen een *farmacotherapeutisch behandelplan* met prioritering op en spreken af wie de voorgestelde acties bespreekt met de patiënt en wie deze implementeert. Het polyfarmacieoverleg wordt bij de patient in het medisch dossier in Medicom vastgelegd onder ICPC code A13.

- *terugkoppeling naar patiënt*: bespreek het gewijzigde farmacotherapeutische plan met de patiënt (en/of diens verzorgende). Stel het plan zo nodig bij aan de hand van de reactie van de patiënt. Houd het aantal wijzigingen per keer beperkt en geef voldoende uitleg over wijziging van medicatie.
- *Terugkoppeling naar de apotheek*: de wijziging wordt door de huisarts of praktijkondersteuner doorgegeven aan de apotheek. In het vakje aanvullende opmerkingen wordt op het recept de notitie toegevoegd: “naar aanleiding van polyfarmacieoverleg”.
- *follow up*: De evaluatie van het gewijzigde farmacotherapeutische plan vindt binnen drie maanden na de aanpassingen plaats in het voorbereidingsoverleg tussen huisarts en praktijkondersteuner.

3.4 Achtergronden bij het opstellen van farmacotherapeutisch behandelplan

3.4.1 Start- en stopcriteria

- Een waarschuwingssysteem heeft de voorkeur boven het hanteren van verbodslijsten voor geneesmiddelgebruik bij ouderen vanaf 65 jaar. Op grond van specifieke patiëntkenmerken kunnen er argumenten zijn om toch voor een risicogeneesmiddel te kiezen.
- Een aan de Nederlandse situatie en richtlijnen aangepaste versie van de START- en STOP-criteria heeft de voorkeur ter ondersteuning van de keuze van de beste medicamenteuze behandeling voor ouderen met polyfarmacie (zie bijlage 1).
- Stem zo mogelijk het afbouwen van chronische medicatie af met de verwachtingen en wensen van de patiënt en betrek de patiënt (of mantelzorger/verzorgenden) actief bij het stopproces.
- Overweeg de indicatie bij voorschrijven van benzodiazepinen (inclusief herhaalreceptuur), voorkom bij voorkeur chronisch gebruik en bouw bij voldoende

motivatie van patiënt (of mantelzorger/verzorgenden) chronisch gebruik af.

- Bouw in nauw overleg met de omgeving en verzorgenden zo mogelijk chronisch gebruik van antipsychotica af bij ouderen met dementie.
- Ga jaarlijks de indicatie en balans van voor- en nadelen na van chronisch gebruik van antihypertensiva bij de oudere en overweeg een stoppoging bij een ongunstige balans (zoals bij ontbreken van een indicatie, of als bijwerkingen zoals orthostatische hypotensie of vallen optreden).

3.4.2 Therapietrouw

- Maak om de therapietrouw te verbeteren zo veel mogelijk gebruik van:

- interventies op maat, toegesneden op de individuele patiënt;
- 1 tot 2 maal daags doseren met zo weinig mogelijk innamemomenten per dag;
- vermijden van wisselen van geneesmiddelverpakkingen;
- combinatie van begrijpelijke voorlichting en technische/praktische interventies (zoals medicatie op rol, baxter) met gedragsmatige interventies;

3.4.3 Rol van de diëtiste bij Polyfarmacie

Door het RIVM is via literatuuronderzoek en het raadplegen van databases een kwalitatieve inventarisatie uitgevoerd rond gezondheid, voeding en medicijngebruik . Vastgesteld is dat ouderen vaak al bekend zijn bij de huisarts omdat zij meer dan één chronische aandoening hebben. Een aanzienlijk deel van hen gebruikt hiervoor vijf of meer verschillende medicijnen. De medicijnen die veelvuldig gebruikt worden hebben vaak bijwerkingen rond het maag darm kanaal. Dit zorgt er vervolgens voor dat de ouderen tekorten ontwikkelen rond bepaalde vitaminen en mineralen. Bij niet tijdige interventie vergroot dit de kans op ondervoeding.

MODULE 4: zorg rondom ziekenhuisopname

Patiëntencategorie en definitie	Patiënten in Boskoop, die te maken hebben met een ziekenhuisopname en problemen ondervinden in het voor- en / of na traject hiervan. Gestructureerde zorg en / of begeleiding, gericht op (te verwachten) problemen die samenhangen met voorbereiding- of nazorgproces bij ziekenhuisopname, zodat goede ketenzorg wordt geboden aan patiënten met complexe - en/of continuïteitsproblematiek.
Verantwoordelijke eigenaar	POH en eerstelijnsverpleegkundige
Doelen	• Signaleren van gezondheidsrisico's. • Voorkomen van en interveniëren bij gezondheidsproblemen. • Terugvalpreventie. • Vergroten van gezondheidsbevorderend gedrag. • Bevorderen van zelfmanagement bij patiënt (en omgeving). • Bevorderen van herstel • Medicatiebewaking
Patiënten perspectief	Vraag van de patiënt is leidend, het aanbod sluit aan op (gezondheids) situatie / (medische) behandeling én de behoeften van de patiënt.
Indicatoren	De huisarts schakelt de eerstelijnsverpleegkundige in, indien er sprake is van (te verwachten) problematiek die samenhangt met een ziekenhuisopname. Bij een leeftijd > 65 jaar wordt een patiënt standaard bezocht/gebeld binnen 1 week bezocht na ontslag. Als er niet al thuiszorg bij de patiënt is, dan al na 1 of 2 dagen na ontslag telefonisch contact.
Inhoud zorg	Verpleegkundige interventies zijn gericht op de individuele situatie van de patiënt en sluiten aan bij interventies die genomen zijn door andere hulpverleners / specialisten.
Vereiste deskundigheid	Praktijkondersteuners, eerstelijnsverpleegkundigen.
Taken van de disciplines vóór opname:	Iedereen vertelt bij contacten met patiënten dat de patiënt moet melden bij de huisartsenpraktijk dat hij/zij opgenomen wordt in

	ziekenhuis.
<u>Assistente</u>	Belt naar patiënt voor ziekenhuisopname. Assistente schat in of er door POH of eerstelijnsverpleegkundige gebeld moet worden of dat er op huisbezoek gegaan moet worden
Eerstelijnsverpleegkundige of POH (max. 2 contacten)	Inventarisatie problematiek, zorg- / hulpvragen tijdens 1e (huis)bezoek of telefoongesprek, waarbij volgende items besproken worden: ● Bespreken: doel opname, beleving t.a.v. opname, inschatten conditie, voedingstoestand, geheugen. ● Inventarisatie woonsituatie, mantelzorg, thuiszorg, huishoudelijke hulp. ● Inschatten van te verwachten problematiek na opname. ● Informeren door welke thuiszorgorganisatie de patiënt verder eventueel verzorgd wil worden. ● Medicatielijst vanuit het ziekenhuis
Taken disciplines tijdens opname: Eerstelijnsverpleegkundige of POH:	Telefonisch: ● Informeren naar gezondheidssituatie, beleid, verloopt etc. ● Informeren van afdelings- / transferverpleegkundigen over (thuis)situatie. ● Verzoek aan afdelingsverpleegkundige voor verpleegkundige overdracht bij ontslag. Bij ontslag via transferverpleegkundige komt er een overdracht via point.
Taken disciplines ná opname (binnen een week na ontslag): eerstelijnsverpleegkundige (of verpleegkundige andere thuiszorgorganisatie) of POH:	Patiënt en thuiszorg melden aan huisarts dat hij/zij uit ziekenhuis komt. POH of eerstelijnsverpleegkundige meldt huisarts of huisbezoek door arts gewenst is. In principe gaat eerst de arts op huisbezoek. ● Inlezen aanwezige specialistenbrief. ● Inventarisatie actuele gezondheidssituatie. ● Evaluatie: opnamereden, verloop, complicaties, behandeling, medicatie bij ontslag, vervolgonderzoeken, controle afspraken. ● In kaart brengen betrokken hulpverleners vanuit ziekenhuis (specialisten, paramedici, gespecialiseerde verpleegkundigen, casemanagers die kortdurende begeleiding bieden vanuit het ziekenhuis aan kwetsbare ouderen). ● Inschatten kennis / inzicht bij patiënt (en diens naasten) m.b.t. de gezondheidsproblematiek / therapeutische interventies, medicatiegebruik (N.B. alert op culturele achtergronden en laaggeletterdheid) ● Inschatten zorgbehoefte. ● Beoordelen actueel medicatiegebruik: (verlopen) indicaties,

	bijwerkingen, contra-indicaties, dosering. ● Bij drinkvoeding inschakelen diëtiste.
Eerstelijnsverpleegkundige (andere thuiszorgorganisatie) of POH (max. 3 contacten)	Interventies: ● Bij vragen en onduidelijkheden betreffend ziekteverloop, medicatie, behandeling > consulteren van specialist / verpleegafdeling. ● Informatievoorziening / voorlichting / instructies (aansluiten bij mate van ziektebesef / -inzicht). ● Ondersteuning / begeleiding mantelzorg. ● Doornemen actuele medicatie patiënt. Wijzigingen rapporteren naar huisarts & apotheek. ● Regelen van benodigde hulpmiddelen, voorzieningen etc. ● Inzetten / optimaliseren thuiszorg (onzorgvuldige transfer terugkoppelen naar ziekenhuis). ● Doorgeven eigen bereikbaarheid, vervolgafspraken. ● Casemanagement benoemen. ● In kaart brengen benodigde inzet van paramedici
Huisarts	● Inzage ontslagbrief (Medicom) ● Consulteren bij medisch probleem / vraag. ● Beoordeling medicatiegebruik ● Zo nodig eerste bezoek na ontslag uit ziekenhuis
Apotheek	● Medicatiebewaking
Overige disciplines:	Verwijzing paramedische vragen > fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtiste, podotherapeut, maatschappelijk werk, GGZ etc.
Eerstelijnsverpleegkundige (andere thuiszorgorganisatie) of POH (1 afrondend contact)	● Terugrapportage van ingezette disciplines ● Casemanagement benoemen. ● Evaluatiegesprek
Route	Eerstelijnsverpleegkundige/POH doet de begeleiding rondom ziekenhuis-opname en schakelt overige disciplines in zoals deze omschreven werden.
Rapportage en Registratie	ICPC A67 verwijzing specialist of ziekenhuis -> veranderen in ‘zorg rondom ziekenhuisopname’ 1. Korte rapportage in Medicom; komt automatisch in Pharmacom.: 2. Google docs - nulmeting.?? Hoe bijhouden van deze acties.

MODULE 5: Ondervoeding

Ondervoeding bij kwetsbare ouderen is een omvangrijk probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg.
In de thuiszorg blijkt uit cijfers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) dat 15-25% van de cliënten ondervoed is en het risico neemt toe met de leeftijd. Van de thuiszorgcliënten ouder dan 81 jaar is meer dan 30% ondervoed. Prevalentiecijfers van ondervoeding in de huisartspraktijk variëren tussen de 0 en 13% en zijn sterk afhankelijk van de onderzoekspopulatie en de instrumenten die gebruikt worden voor de definiëring van ondervoeding.

Wanneer oudere mensen worden opgenomen in het ziekenhuis blijkt een grote groep ondervoed te zijn bij het screenen. Hieruit blijkt het belangrijk de diagnose ondervoeding in de eerste lijn vast te stellen zodat onnodige verwijzing naar de tweede lijn wordt voorkomen en de opnameduur in de 2e lijn te beperken.

Gevolgen van ondervoeding bij kwetsbare ouderen

Ondervoeding veroorzaakt ernstige medische complicaties en leidt tot substantieel hogere macrokosten van de gezondheidszorg. Bij mensen die nog thuis wonen, zorgt ondervoeding voor een toename van het aantal huisartsconsulten, verhoogd medicatiegebruik en een verhoogde kans op opname in het ziekenhuis. Bovendien veroorzaakt ondervoeding een verslechtering van de kwaliteit van leven en een grotere kans op sterfte. Zowel medische, fysiologische, sociale als psychische factoren (o.a. COPD, CVRM, hartfalen, CVA, IBD, Ziekte van Parkinson), depressie, dementie, decubitus, eenzaamheid, een slecht (passend) gebit en polyfarmacie) kunnen dus de oorzaak zijn van gewichtsverlies en ondervoeding bij ouderen.

Vroegtijdig opsporen

Het effect van vroegtijdig ondervoeding of het risico op ondervoeding opsporen en vervolgens behandelen is vooral in verwachte gezondheidswinst uit te drukken. In de huisartsenpraktijk gaat het om cliënten met risico op ondervoeding. Juist voor deze groep geldt dat verbetering van de voedingstoestand relatief eenvoudig is en secundaire pathologie (en dus kosten) in de (nabije) toekomst kan voorkomen. Naar verwachting zullen er minder en kortere ziekenhuisopnames nodig zijn en uiteindelijk dus ook minder zorggebruik. Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding vraagt om een multidisciplinair samengestelde groep, bestaande uit huisartsen, praktijkondersteuners, (wijk)verpleegkundigen, diëtisten en eventueel logopedisten.

Signalering van ondervoeding kan op verschillende momenten en door verschillende professionals in de eerstelijnszorg en thuiszorg worden uitgevoerd. De kwetsbare oudere is al langere tijd bij de huisarts bekend met een of meerdere aandoeningen. Voor de ouder wordende mens wordt voeding voor de kwaliteit van leven steeds belangrijker. Tijdige optimalisering van de voeding zorgt voor het uitstellen van het risico op ondervoeding en het verminderen van Voedingsgerelateerde klachten. Onderdeel van de signalering is het weeg- en screeningsbeleid. Voor screening op ondervoeding zijn er verschillende gevalideerde screeningsinstrumenten:

- SNAQ^{RC}

- SNAQ^{65+}
- MUST
- MNA
- MNA SF
- SGA; Subjective Global Assessment

Het monitoren van het gewicht van de cliënt is van belang, want het gewicht is vaak een goede parameter om de voedingstoestand te volgen. In de eerstelijnszorg is het meten van de bovenarmomtrek een gevalideerd instrument voor het screenen op het risico op ondervoeding. Ook de vetvrije massa index is een belang indicator voor het volgen van de voedingstoestand. Bij risico op ondervoeding wordt geadviseerd maandelijks te wegen. Ook is een advies opgenomen met welke frequentie de screening herhaald dient te worden. Daarbij is gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij reguliere consulten en/of huisbezoeken.

Doelgroep

De cliënt wordt naar de diëtist verwezen in de volgende situaties:

- Polyfarmacie, bij gebruik van 5 of meer verschillende medicijnen (zie MODULE 3: Polyfarmacie)[1]
- Bij ondervoeding (cachexie, sarcopenie en/of wasting).
- Indien er sprake is van een van de hieronder vermelde ziektebeelden, waarbij sterk verhoogde kans op slechte voedingstoestand/ondervoeding is:
    - COPD*
    - Coronaire hartziekten*
    - Decubitus en/of wonden
    - Kauw- slikproblemen
    - Maag-darmproblematiek
    - Metabole ziekten (o.a. diabetes mellitus*, osteoporose)
    - Na ziekenhuisopname en/of bij ernstig ziekten (zie MODULE 4: zorg rondom ziekenhuisopname)
    - Neurologische en neuromusculaire aandoeningen zoals ALS, MS, ziekte van Parkinson en dementie
    - Oncologie
    - Overgewicht/Obesitas
    - Pre- en postoperatief

- Of in combinatie met andere aandoeningen.

- Wanneer bij een screening met een gevalideerd screeningsinstrument een verhoogde kans op ondervoeding bestaat.

Bij de aandoeningen met een * is de diëtist vaak in het kader van Ketenzorg ingeschakeld.

Belangrijk: Extra aandacht is nodig voor alcoholisten, mensen met depressie, cliënten met een slechte mobiliteit en zorgmijders. Zij zijn een kwetsbare groep met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een slechte voedingstoestand.

Eisen aan de diëtist voor goede zorg voor kwetsbare ouderen

De diëtist is een HBO-opgeleide professional en staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De diëtist levert transparante zorg van hoogwaardige kwaliteit, op het niveau van in de Zorgmodule Voeding[3] genoemde zorgprofielen 3 en 4. Het Zorgprogramma *Kwetsbare ouderen*[8] dient hierbij als leidraad. De adviezen zijn toegespitst op gedragsverandering en de bijbehorende fasen.

De diëtist behandelt de cliënt volgens de laatste inzichten van de wetenschap, zoals die in Nederland bij consensus zijn aanvaard. Zij volgt bij- en nascholingen en houdt de vakliteratuur bij.

Daarnaast bezit de diëtist:

- kennis over dieetrichtlijnen bij aan ouderen verwante ziektebeelden
- kennis over (het belang van) de multidisciplinaire behandeling bij kwetsbare ouderen
- kennis over het herkennen van de diverse vormen van ondervoeding en de behandeling hiervan
- in geval van sondevoeding: kennis over en ervaring met sondevoeding thuis

Verder beschikt de diëtist over de volgende kwaliteiten met betrekking tot communicatie:

- De diëtist is in staat met de cliënt een vertrouwensrelatie op te bouwen en deze relatie gedurende langere tijd te continueren.
- De diëtist is in staat het belang van een gezonde leefstijl en gezonde voeding aan de cliënt duidelijk te maken.
- De diëtist helpt de cliënt inzicht te krijgen in de eigen motivatie om zo tot gedragsverandering te komen.
- De diëtist helpt de cliënt zijn/haar aandoening te leren accepteren en barrières voor een goede compliance op te heffen.
- De diëtist beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en motiverende technieken.

Doelen van de behandeling

Het voedingspatroon van de cliënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift of wijkt daarvan af binnen acceptabele grenzen. De dieetbehandeling maakt deel uit van de totale multidisciplinaire behandeling. Individueel toegespitste voeding- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij het verbeteren van de voedingstoestand (toename van gewicht, vetvrije massa en functionaliteit) en levert een substantiële bijdrage aan de kwaliteit van leven. Wanneer verbetering van de voedingstoestand niet mogelijk is, is de doelstelling kwaliteit van leven rond voeding zoveel mogelijk waarborgen. Hierbij staan de wensen en mogelijkheden van de cliënt centraal.

Kenmerken werkwijze dieetbehandeling[4]

De dieetbehandeling maakt deel uit van de totale multidisciplinaire behandeling. Individueel toegespitste voeding- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij het verbeteren van de voedingstoestand (normaliseren van gewicht, vetvrije massa en functionaliteit) en leveren een substantiële bijdrage aan de kwaliteit van leven. Wanneer verbetering van de voedingstoestand niet mogelijk is, is de doelstelling kwaliteit van leven rond voeding zoveel mogelijk waarborgen.

De begeleiding van de diëtist bestaat uit het geven van informatie over een gezonde, gevarieerde en passende voeding. Ook adviezen en instructies over hoe goed, makkelijk en gezond gekookt kan worden, zijn onderdeel van de begeleiding. Daarnaast geeft de diëtist informatie en instructie over het verbeteren van de voedingstoestand en de spiermassa.

De diëtist stelt de eiwit-, energiebehoefte en nutriënten-intake vast, rekening houdend met het medicijngebruik en de laboratoriumwaarden. Aan de hand van de voedingsanamnese wordt de voedingsinname van de cliënt berekend.

- Kenmerken dieetbehandeling en leefregels:
    - voor de ziektebeelden de passende kenmerken, zie hiervoor de Artsenwijzer[4]
    - bij ondergewicht: basaal metabolisme (Harris & Benedict) + 30% toeslag
    - gebruik gevalideerde screeningsinstrumenten voor screening ondervoeding
    - 1,2-1,5 gram eiwit/kg huidig lichaamsgewicht
        - Bij BMI < 20 terugrekenen naar BMI 20
        - bij BMI≥ 30 terugrekenen naar BMI 27.5.
        - Houdt rekening met afwijkende behoefte bij lever- en nierziekten.
    - bij ondervoeding wordt gestreefd de energie- en eiwitbehoefte zo snel mogelijk te behalen.

Behandelplan

Het behandelplan en de behandeldoelen worden afgestemd met de cliënt, en/of de familie en/of de verzorgers en het multidisciplinaire team. Bij het behandelplan wordt rekening gehouden met de wensen en prognoses van de cliënt en eventuele andere factoren die bepalend zijn voor de aard van de medische interventies.
Het aantal consulten wordt in overleg met de cliënt bepaald, afhankelijk van welke doelen behaald kunnen worden.

Binnen het behandelplan worden diverse onderwerpen besproken. De diëtist

- geeft dieetuitleg en risico op en gevolgen van onvolwaardige voeding.
- bespreekt wat de optimale voeding zou zijn
- bespreekt de eventuele interactie van voeding met medicatie.
- bespreekt de relatie tussen voeding, beweging en VVMI (vrije massa index) bij ondervoeding/overgewicht.
- helpt bij het bevorderen van het algemeen welbevinden: herkennen van symptomen, bijv. slijmvorming, droge mond en vermoeidheid.
- stemt haar boodschap op de fase van gedragsverandering waarin de cliënt zich bevindt, helpt bij het opsporen van barrières en coacht bij het structureel veranderen van de leefstijl.
- schrijft indien nodig dieetvoeding of sondevoeding voor, schrijft hiervoor de machtiging en regelt zo nodig de benodigde materialen

Zorgduur[4]

In het jaar van het vaststellen van de gezondheidstoestand van de kwetsbare oudere zal de benodigde zorg geleverd worden in het kader van de bovengenoemde doelstellingen. De zorgduur komt conform de Artsenwijzer Diëtetiek[4] overeen met onderstaande behandeluren. In de jaren daarna wordt de cliënt uitgenodigd voor jaarlijkse evaluatie van het dieet of wanneer er behoefte is aan eerdere evaluatie volgens het individuele zorgplan.

- Chronische nierschade: zorgduur 5 – 7,5 uur, afhankelijk van de ernst en zorgvraag
- COPD: zorgduur 10 uur
- Decubitus: zorgduur 5 uur
- Diabetes mellitus: zorgduur 5 uur
- Hartfalen: zorgduur 5 uur
- Kauw- en Slikklachten: zorgduur 5 uur
- Neurologische aandoeningen: 7,5 uur

- Ondervoeding: zorgduur 5 uur
- Osteoporose: zorgduur 2,5 uur
- Overgewicht: zorgduur 7,5-10 uur, afhankelijk van de ernst en zorgvraag
- Pre- en postoperatieve zorg: 5 uur
- Prikkelbaar darmsyndroom: zorgduur 5 uur
- Sondevoeding: zorgduur 5 uur
- Ziekte van Parkinson: zorgduur 5 uur

Werkwijze verwijzen naar de diëtist

De huisarts of praktijkondersteuner verstrekt een verwijzing voor dieetbehandeling, indien nodig met indicatie van huisbezoek. De cliënt is vrij in keuze voor een diëtist. De huisartsenpraktijken beschikken over een overzicht van de verschillende diëtistenpraktijken in de regio die kwetsbare ouderen begeleiden.

Zowel de huisarts of praktijkondersteuner als de diëtist registreert het aantal doorverwezen kwetsbare ouderen, zodat er geëvalueerd kan worden hoeveel cliënten zich daadwerkelijk aanmelden. Indien een, bij de huisarts bekende, kwetsbare oudere zich zonder verwijzing bij de diëtist meldt, voert de diëtist een screening uit volgens de DTD (Directe Toegankelijkheid Diëtetiek).

Criteria voor overleg en terugverwijzing

- Huisarts/POH: Diëtist rapporteert na het starten van de behandeling naar huisarts/POH. Als er ondanks de begeleiding geen verbetering in de voedingstoestand optreedt neemt de diëtist tussentijds contact op.
- Apotheek: informeren over gebruik voedingssupplementen/vitamines en drinkvoeding/dieetpreparaten.
- Laboratorium: bij meer dan 2 drinkvoeding/dieetpreparaten per dag trombose dienst informeren.

Terugrapportage naar de verwijzer

De diëtist houdt de huisarts, de praktijkondersteuner en eventueel andere behandelaars (fysiotherapeut, logopedist, specialist ouderengeneeskunde) op de hoogte van de dieetbehandeling.

De diëtist rapporteert terug:

- Na het intakegesprek en bij de afsluiting van de begele
- Bij complicaties.

In de rapportage vermeldt de diëtist dat de cliënt in behandel
kort het doel, behandelplan, verwachte duur, intensiteit en re

Samenwerking

De diëtist werkt samen met alle disciplines die zich met kwetsbare ouderen bezighouden, zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn, zoals huisarts, praktijkondersteuner, specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, apotheker/laboratorium en logopedist. Dit kan zowel in ad hoc situaties als projectmatig.

Bijlage 1

Uitnodigingsbrief screening

Boskoop, 1 juli 2014

Geachte heer, mevrouw,

In ons medisch centrum willen we de zorg voor de ouderen meer aandacht geven. Dit willen we doen door de patiënten van 75 jaar en ouder die nog niet bij ons bekend zijn (voor bijvoorbeeld diabetes, hoge bloeddruk of hoog cholesterol) de gelegenheid te bieden zich te laten screenen op de aanwezigheid van factoren die de kwetsbaarheid verhogen.

Dit zal worden gedaan door een eerstelijns verpleegkundige middels een huisbezoek.
Zij zal uw huidige gezondheidstoestand in kaart brengen met een vragenlijst, eventuele vragen beantwoorden en indien nodig een vervolgbeleid opstellen in samenspraak met u en uw huisarts.
Ook zal uw lengte, gewicht en bloeddruk gemeten worden.

De eerstelijns verpleegkundige zal binnen 2 weken contact met u opnemen om een afspraak te plannen voor een huisbezoek.
Als u geen gebruik wilt maken van deze screening dan kunt u dit doorgeven aan de assistente.

Met vriendelijke groet,

Dokter L.K. van Tol, huisarts, tel nr: 0172-215700
Dokter F.G. Zevenbergen, huisarts, tel nr: 0172-210553
Dokter D.S. Shackleton huisarts, tel nr: 0172- 217540
Dokter S.Viersen, huisarts
Dokter A. Lievense, huisarts

Bijlage 2

Vragenlijst ouderenscreening

1. Heeft de patiënt regelmatig hulp nodig bij het runnen van het huishouden:

- ✓ Kunt u zelfstandig boodschappen doen? ……
  - ➢ Zo niet, wie doet dit voor u?.....
- ✓ Verzorgt u zelf uw maaltijd?.....
- ✓ Heeft u hulp nodig bij de huishouding?.....
  - ➢ Zo ja, hoeveel uur in de week?.....
  - ➢ Welke huishoudelijke klusjes kunt u nog zelf doen?.....
- ✓ Kunt u zelfstandig telefonische afspraken regelen bij bv.de kapper, een arts?.....

2. Heeft de patiënt hulp nodig bij het uitvoeren van de ADL:

- ✓ Heeft u hulp nodig bij het wassen/douchen en aankleden?.....
- ✓ Kunt u zelfstandig naar het toilet?.....
- ✓ Heeft u wel eens moeite om de urine en/of de ontlasting op te houden?……
- ✓ Zo ja, welk materiaal gebruikt u om eea op te vangen?

3. Heeft de patiënt problemen met mobiliteit:

- ✓ Kunt u zich zonder hulp verplaatsen binnenshuis/ buitenshuis?.....
- ✓ Gebruikt u hulpmiddelen, zoals een rollator, wandelstok?.....
- ✓ Bent u het afgelopen half jaar gevallen?.....
- ✓ Zo ja, hoe vaak en was er een oorzaak voor?.....
- ✓ Bent u bang om te vallen?.....
- ✓ Heeft u een alarmsysteem voor het geval er iets met u gebeurt binnenshuis?.....

4. Gebruikt de patiënt meer dan vier verschillende medicijnen:

- ✓ Kunt u me vertellen welke medicatie u dagelijks gebruikt? ……
- ✓ Weet u waarvoor u deze middelen gebruikt?.....
- ✓ Vergeet u uw medicijnen wel eens in te nemen?.....
- ✓ Zet u uw medicijnen uit in een medicijn dag of week doos of baxter?.....
- ✓ Heeft u weleens het idee dat u last heeft van de bijwerkingen van medicijnen?.....
- ✓ Gebruikt u voedingssuplementen?.....

5. Voedingstoestand.

- ✓ Wat is uw gewicht?..... Bent u de laatste 3 maanden afgevallen?.....

- ✓ Hoeveel maaltijden gebruikt u per dag?.....
- ✓ Hoe ziet uw voedingspatroon eruit? (Groenten, fruit, melk, vlees, vis, variatie)……
- ✓ Denkt u dat u meer dan 1 ½ liter per dag drinkt?.....

6. Heeft de patiënt moeite met horen en zien?
   - ✓ Heeft u problemen met het lezen van de krant?.....
   - ✓ Wanneer heeft u voor het laatst uw ogen laten controleren?.....
   - ✓ Kunt u in een gesprek de ander nog voldoende verstaan?.....
   - ✓ Heeft u uw oren wel eens laten controleren op gehoorschade?.....

7. Heeft de patiënt problemen met het geheugen:
   - ✓ Heeft u klachten over uw geheugen?.....
   - ✓ Zo ja sinds wanneer en hoe uit zich dat?.....

8. Stemming:
   - ✓ Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?.....
   - ✓ Voelt u zich over het algemeen opgewekt?.....
   - ✓ Kunt u me vertellen waarmee u zoal uw dagen vult?.....
   - ✓ Verveelt u zich wel eens? ……..
   - ✓ Zo ja, wat doet u eraan om dit op te lossen?.....
   - ✓ Voelt u zich wel eens eenzaam?.....
   - ✓ Zo ja, hoe vaak ongeveer per week/per maand?.....
   - ✓ Bent u wel eens somber?.....
   - ✓ Zo ja, is daar dan een oorzaak voor? ……..
   - ✓ Wat doet u eraan om weer in een betere stemming te komen?.....

9. Sociaal/ maatschappelijk:
   - ✓ Hoe is uw netwerk, familie, vrienden……
   - ✓ Welke activiteiten onderneemt u buitenshuis…….

Vervolg onderzoek gewenst?	Ja, waarom	Nee
1 Bezoek arts/ POH		
2/3 HDL/ADL		
3 Valrisisico RR…….. P……..		
4 Polyfarmacie		
5 Voedingstoestand		
6 Gehoor en zicht		
7 Geheugen		
8 Stemming/ depressie/ eenzaamheid/		
9 Sociaal netwerk		

Bijlage 3

Stemming en depressie GDS15

Geriatric Depression Scale

1.	Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?	ja / **nee**
2.	Heeft u de belangstelling voor veel zaken en hobby's verloren?	**ja** / nee
3.	Heeft u het gevoel dat uw leven weinig inhoud heeft?	**ja** / nee
4.	Verveelt u zich vaak?	**ja** / nee
5.	Voelt u zich over het algemeen opgewekt?	ja / **nee**
6.	Bent u bang dat er iets ergs met u zal gebeuren?	**ja** / nee
7.	Voelt u zich over het algemeen gelukkig?	ja **/ nee**
8.	Voelt u zich vaak hulpeloos?	**ja** / nee
9.	Blijft u liever thuis dan dat u ergens naar toe gaat waar onbekend bent?	**ja** / nee
10.	Vindt u dat u meer problemen heeft met uw geheugen dan anderen?	**ja** / nee
11.	Vindt u het leven de moeite waard?	ja **/ nee**
12.	Voelt u zich waardeloos?	**ja** / nee
13.	Heeft u veel energie?	ja **/ nee**
14.	Heeft u het idee dat uw situatie hopeloos is?	**ja** / nee
15.	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	**ja** / nee

Score: Voor ieder vetgedrukt antwoord 1 punt

Verkorte versie:

☐	0-4	Normaal
☐	5-10	Milde depressie
☐	>11	Ernstige depressie

Eenzaamheid:

1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving waarbij ik met mijn dagelijkse problemen terecht kan ja/nee
2. Ik mis een goede vriend of vriendin ja/nee
3. Ik ervaar een leegte om mij heen ja/nee
4. Er zijn genoeg mensen om mij heen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen ja/nee
5. Ik mis gezelligheid om mij heen ja/nee
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt ja/nee
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen ja/nee
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel ja/nee
9. Ik mis mensen om mij heen ja/nee
10. Vaak voel ik mij in de steek gelaten ja/nee
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht ja/nee

Bijlage 4

Geheugenonderzoek MMSE

Oriëntatie in tijd (max. score = 5) score = ..

1. Welk jaar is het?
2. Welk seizoen is het?
3. Welke datum is het?
4. Welke dag is het?
5. Welke maand is het?

Oriëntatie in plaats (max. score = 5) score = ..

1. Kunt u mij vertellen in welke provincie u nu bent?
2. Kunt u mij vertellen in welke stad u nu bent?
3. Kunt u mij vertellen in welk gebouw u nu bent?
4. Kunt u mij vertellen op welke afdeling u nu bent?
5. Kunt u mij vertellen op welke verdieping u nu bent?

Registratie (max. score = 3) score = ..

Ik noem u zo drie voorwerpen. Nadat ik ze heb opgenoemd, wil ik dat u ze herhaalt. Probeert te onthouden welke het want ik zal ze opnieuw vragen over een paar minuten. (Scoor eerste poging, maar herhaal totdat alledrie geleerd zijn)

1. Boek 2. Plant 3. Molen

Aandacht (max. score = 5) score = ..

a. Wilt u van 100 zeven aftrekken, dan daar weer zeven aftrekken en zo doorgaan? Scoor een punt per goed antwoord als het verschil 7 bedraagt. Niet verder doorgaan dan 65). Noteer exact alle antwoorden van de patiënt: 100-7 = ..., ...

b. Wilt u het woord WORST van achteren naar voren spellen? (Scoor een punt per goede letter in juiste volgorde) Not R O W.....

Scoor de hoogste score van 4a of 4b.

Geheugen (max. score = 3) score = ..

Noemt u nogmaals de drie woorden van zojuist?

1. Boek 2. Plant 3. Molen

Taal (max. score = 2) score = ..

1. Wat is dit? (wijs een potlood of pen aan)

2. Wat is dit? (Wijs een horloge aan)

(Beide voorwerpen worden goed benoemd: 2 punten; slechts één voorwerp wordt goed benoemd: 1 punt; geen enke voorwerp wordt goed benoemd: 0 punten).

Taal (max.score = 1) score = ..

Wilt u de volgende zin herhalen: 'Nu eens dit en dan weer dat.'

(Scoor een punt als de complete zin goed is; er is slechts een poging toegestaan).

Commando's (max. score = 3) score = ..

(Lees eerst de instructie voor, geef dan het papier)

Ik geef u een stukje papier. Wilt u dit in uw rechterhand nemen, het in tweeën vouwen en weer op uw schoot neerleg

1. Papier in rechterhand nemen

2. Papier in tweeën vouwen

3. Papier in schoot neerleggen

(Scoor iedere goede handeling)

Lezen (max. score = 1) score = ..

Wilt u dit lezen en opvolgen: 'Sluit uw ogen'

(Toon vel met deze opdracht)

Schrijven (max. score = 1) score = ..

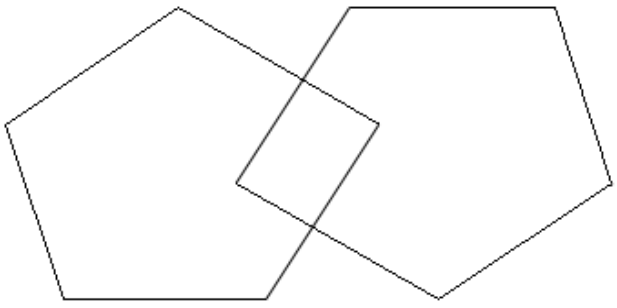
Wilt u voor mij een zin opschrijven?

Tekenen (max. score = 1) score = ..

Hier is een tekening. Wilt u deze natekenen?

(Toon vel met opdracht)

Totaal score /



Overig geheugenonderzoek

Clock drawing

Een relatief makkelijk te gebruiken screeningsinstrument dat relatief weinig tijd kost om af te nemen en te scoren. De test is zeer aannemelijk en aanvaardbaar voor de patiënt. De correlatie met de MMSE en andere cognitieve testen is hoog. De Clock drawing biedt een significant voordeel in het volgen van cognitieve veranderingen.

Instructie

Deze cirkel symboliseert de voorkant van een klok. Kunt U de cijfers zo zetten dat het op een klok lijkt en vervolgens de *tijd* op 10 over 11 zetten.

(Vermijd om in de instructie het woord *wijzer* te gebruiken).

Deze cognitieve screening geeft zicht op

- cognitieve veranderingen;
- perseveratie
- links – rechts verwarring
- concreet denken (hand trekken naar de 10 na)
- verwarring m.b.t. de tijd

Fouten in de kloktekeningen zijn geclassificeerd in de volgende categorien:

- weglatingen
- perseveratie
- rotaties
- foutieve plaatsing
- verdraaiingen
- vervanging
- toevoegingen

Scores	
5	perfecte klok, de cijfers staan ale 12 op de juiste plek, de wijzers staan correct
4	kleine fouten m.b.t. ruimtelijk inzicht. Hierbij valt te denken aan het niet geheel gebuiken van de cirkel.
3	foutieve voorstelling van de tijd (10 na 11) als de organisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht goed is. De cijfers staan op plaats, echter de patiënt kan de tijd niet goed aanduiden
2	matig ruimtelijk inzicht (disorganisatie van cijfers zodat nauwkeurige beschrijving van “10 na 11” onmogelijk is. staan verkeerd in de cirkel, waardoor de wijzers niet kunnen worden toegevoegd. Ook kunnen er cijfers ontbrek
1	ernstige mate van disorganisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht
0	onvermogen om een redelijke vertegenwoordiging van een klok te maken

Bijlage 5

Screening valrisico POH en Thuiszorg

Datum: _____

Naam patiënt :_____ **BSNummer** :_____
Geboortedatum :_____ **Huisarts** :_____
Ingevuld door :_____

VEILIGHEID/VALLEN
SCORE

1. **Bent u het afgelopen jaar gevallen?** ☐ ja (1) ☐nee ……
   zo ja, hoe vaak? _____ keer

2. **Komt het voor dat u bijna valt?** ☐ ja (1) ☐nee ……
   zo ja, hoe vaak? _____ keer per dag/week/maand/jaar

3. **Loopt u zelfstandig (met of zonder hulpmiddelen)** ☐ ja ☐nee (2) …….
   Staat u zelfstandig op? ☐ ja ☐nee (2) …….
   Gaat u zelfstandig naar het toilet? ☐ ja ☐nee (2) …….

4. **Gebruikt u medicijnen voor het slapen, tegen somberheid (depressie) of andere rustgevende medicijnen** ☐ ja (2) ☐nee …….

5. **Bent u bang dat u zult vallen?**
   Kunt u hieronder aankruisen hoe bang u bent om te vallen
   (1 betekent; niet bang, 10 betekent: heel erg bang)

1	2	3	4	5	6	7 (1)	8 (1)	9 (2)	10 (2)

(max 2)

……

OBSERVATIE/ONDERZOEK:

6. **Is er sprake van een onevenwichtig/ongelijkmatig looppatroon** ☐ ja (2) ☐nee ……
   (bv slenteren, schuifelen, sloffen, van de lijn afwijken,
   onvaste wankele stappen)

Score subtotaal pagina 1 ***.....***

Score subtotaal pagina 1 ***.....***

BALANS EN KRACHTTEST:

7. Is het mogelijk alle 3 onderstaande standen gedurende 10 seconden vol te houden?

- o staan met de voeten dicht naast elkaar,
- o staan met één voet naar voren halverwege de andere voet,
- o staan met een voet voor/aansluitend aan de andere voet (tandemstand)

☐ ja ☐nee (1)

……

8. Is het mogelijk zonder gebruik van de handen op te staan uit de stoel? ☐ ja ☐nee (1)

……

Totaalscore= subtotaal pagina 1 én pagina 2 (max 15) ***.....***

Beoordeling uitkomst screening valrisico:

Score tussen 7 en 15 → **verwijzing naar huisarts**

Score lager dan 7 mogelijke adviezen:

→ een val- of balanstraining (zie bijlage)

→ een oogmeting bij de opticien

→ een rollatorcursus

→ een bezoek aan de huisarts kan altijd geadviseerd worden

Wanneer de oorzaak van het vallen of het risico daarop relatie heeft met de items genoemd bij vraag 3, vraag 4, vraag 6 → **verwijzing naar huisarts**

Bij twijfel altijd overleg met je leidinggevende.

Akkoordverklaring:

Cliënt gaat ermee akkoord, dat als wordt doorverwezen naar de huisarts/ fysio-en oefentherapeuten dit fomulier wordt doorgestuurd.

Handtekening cliënt ……datum: …….

Opmerkingen:

Bijlage 6

Valvragenlijst POH

Datum: _____

Naam patiënt :_____

Geboortedatum :_____

Ingevuld door :_____

Relevante diagnoses:
- ☐ **Parkinson**
- ☐ **CVA**
- ☐ **reuma**
- ☐ **diabetes**
- ☐ **hart- en vaatziekte**
- ☐ **artrose**
- ☐ **longziekte**
- ☐ **hoge bloeddruk**
- ☐ **anders, nl:** _____

Valinventarisatie:

Omstandigheden en toedracht van de valpartij(en)

1. Waar bent u de **laatste keer** gevallen? (thuis, elders) _____
2. Wanneer bent u gevallen? _____
3. Wat was volgens u de oorzaak van de valpartij?

Bijv ongelukje, struikelen, flauwvallen, weet niet, anders, namelijk: _____

4. Wat was u aan het doen toen u viel? _____
5. Had de val gevolgen voor u? (blauwe plekken, pijn, angst te vallen e.d?)

_____

6. Heeft u idee hoe u deze val had kunnen voorkomen?

_____

7. Welke acties zijn al ondernomen om een val te voorkomen?

_____

8. Bent u vaker gevallen? ☐ ja ☐ nee
   zo ja waar? _____

9. Voelt u de val meestal aankomen? ☐ ja ☐ nee

zo ja, op welke manier? (bv duizelig, zwart voor de ogen, licht in het hoofd, hartkloppingen, pijn op de borst, tintelingen in de handen of gelaat, wazig zien, dubbelbeelden, hoofdpijn, kortademigheid, misselijkheid, braken)

_____

10. Treden er tijdens of kort na de val de volgende klachten op:

Bewustzijnsverlies? ☐ ja ☐nee ☐weet niet
Zo ja, hoe lang? _____

Trekkingen van het lichaam? ☐ ja ☐nee ☐weet niet

Incontinentie van urine of ontlasting ☐ ja ☐nee ☐weet niet

Tongbeet? ☐ ja ☐nee ☐weet niet

Uitval van kracht of gevoel ledematen? ☐ ja ☐nee ☐weet niet

Moeite met praten? ☐ ja ☐nee ☐weet niet

Verwardheid? ☐ ja ☐nee ☐weet niet
Zo ja, hoe lang? _____

Mobiliteit en evenwicht

1. Heeft u moeite met lopen? ☐ ja ☐nee

2. Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen? ☐ ja ☐nee

3. Heeft u goede schoenen? ☐ ja ☐nee
(goede pasvorm, ruwe zool, niet te hoge/lage hak)

4. Voelt u zich onvast ter been? ☐ ja ☐nee

5. Heeft u pijn in uw voeten of beide benen? ☐ ja ☐nee

6. Heeft u minder kracht in een of beide benen? ☐ ja ☐nee

7. Heeft u minder gevoel in voeten en/of benen? ☐ ja ☐nee

8. Heeft u klachten van stijfheid van de gewrichten? ☐ ja ☐nee

9. Heeft u problemen met gaan zitten/opstaan vanuit stoel? ☐ ja ☐nee

10. Bezoekt u een fysiotherapeut? ☐ ja ☐nee

zo ja, voor welke klachten? _____

hoe vaak? _____

Duizeligheid

Bent u wel eens duizelig? ☐ ja ☐nee
Zo ja: wanneer? _____

Hoe vaak? _____

Sinds wanneer? _____

Bent u daarvoor bij de huisarts geweest? ☐ ja ☐nee

Zo ja, wat was het resultaat? _____

Wat doet u als u duizelig wordt? _____

Visus

1. Kunt u goed zien? ☐ ja ☐nee

2. Heeft u problemen met lezen/autorijden/TV kijken? ☐ ja ☐nee

3. Is uw gezichtsvermogen de laatste maanden achteruitgegaan? ☐ ja ☐nee

4. Wanneer heeft u voor het laatst uw ogen laten controleren? ☐ ja ☐nee

5. Heeft u een bifocale bril? ☐ ja ☐nee

Incontinentie

1. Gaat u vaak naar het toilet? ☐ ja ☐nee
   zo ja hoe vaak overdag? _____

   en hoe vaak s nachts? _____

2. Verliest u wel eens urine? ☐ ja ☐nee

   zo ja, gebruikt u incontinentiemateriaal? ☐ ja ☐nee

   Is dit materiaal afdoende? ☐ ja ☐nee

Leefstijl

1. Rookt u? ☐ ja ☐nee
   zo ja, hoeveel? _____

2. Gebruikt u alcohol? ☐ ja ☐nee
   zo ja hoeveel glazen per week/dag? _____

Valangst, cognitie en stemming

1. Heeft u angst om te vallen? ☐ ja ☐nee

op een schaal van 1 t/m 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Zo ja, wordt u hierdoor belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? ☐ ja ☐nee
   zo ja, op wat voor manier? _____

3. Doet u dingen waarvan u beter weet dat u ze niet kan doen, ivm het risico om te vallen? (bijv op stoel staan, gordijnen afhalen) ☐ ja ☐nee

4. Merkt u dat uw wel eens vergeetachtig bent? ☐ ja ☐nee

   zo ja, waar merkt u dat aan? _____

5. Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld? ☐ ja ☐nee

6. Had u de afgelopen maand wel interesse of plezier in dingen? ☐ ja ☐nee

Osteoporose

1. Heeft u wel eens iets gebroken? ☐ ja ☐nee
   zo ja, op welke leeftijd ongeveer _____ en wat? _____

2. Heeft u wel eens een ingezakte rugwervel gehad? ☐ ja ☐nee

3. Heeft uw moeder ooit haar heup gebroken? ☐ ja ☐nee

4. Weegt u minder dan 60kg (of bij mannen <67kg) ☐ ja ☐nee

5. Is uw gewicht stabiel? ☐ ja ☐nee

6. Ligt u meer dan 20 uur per dag op bed (of bank) ☐ ja ☐nee

7. Hoe vaak komt u buiten? Dagelijks/wekelijks/maandelijks/vrijwel nooit

8. Gebruikt u melkprodukten? ☐ ja ☐nee

   indien ja, hoeveel glazen melk/karnemelk per dag? _____

   hoeveel boterhammen met kaas per dag? _____

   hoeveel schaaltjes yoghurt/vla per dag? _____

1. Hoe vaak doet u aan lichamelijke beweging? (bv huishouden, fietsen, wandelen, zwemmen, tuinieren)
   ☐Dagelijks ☐3 keer per week ☐wekelijks ☐maandelijks ☐bijna nooit

10. Gebruikt u medicatie ivm botontkalking? ☐ ja ☐nee
    (bv kalktabletten, vitamine D, fosamax, actonel, forsteo, bonviva, evista)

Medicatie
Welke medicijnen gebruikt u op dit moment en hoe vaak?
(komt dit overeen met gegevens uit het HIS?) Let ook op zelfzorggeneesmiddelen zoals brufen, vitaminepreparaten ed.

Naam geneesmiddel **dosering**

Ervaart u bijwerkingen van de medicatie? Zo ja welke?

Huis en omgevingsveiligheid?

1. Woont u alleen? ☐ ja ☐nee

2. Heeft u personenalarmering? ☐ ja ☐nee

3. Is uw woning valveilig?
(denk aan loopruimte, verlichting, vloer, obstakels) ☐ ja ☐nee

4. Is uw woonomgeving valveilig?
(denk aan tuin, straat, verlichting, opstapjes, stoepjes) ☐ ja ☐nee

Orthostasemeting

	RR syst	**RR diast**	**Pols**
Na 15 min liggend			
Staand na 1 min			
Staand na 3 min			
Staand na 5 min			
Conclusie wel/geen orthostatische hypotensie			

Einde vragenlijst

Bijlage 7

Analyse valrisico en beleid POH

Datum: _____

Naam patiënt :_____

Geboortedatum :_____

Ingevuld door :_____

Onderdeel	**Probleem**	**Plan van aanpak (na overleg huisarts)**
Valinventarisatie		
Mobiliteit en evenwicht		
Duizeligheid		
Visus		
Incontinentie		
Leefstijl		
Valangst, gedrag, cognitie en stemming		
Osteoporose		
Medicatie		
Huis, omgeving		
Orthostasemeting:		
Evaluatie lichamelijk onderzoek:		

Bijlage 8

EVALUATIE VAN DE PILOT VALPREVENTIE na 6 weken

Datum: _____

Naam patiënt :_____

Geboortedatum :_____

Ingevuld door :_____

Plan van aanpak/interventies uitgevoerd?

Patiënt nog gevallen? Plan evt bijstellen?

Bijlage 9

EVALUATIE VAN DE VALPREVENTIE na 3 maanden

Datum: _____

Naam patiënt :_____

Geboortedatum :_____

Ingevuld door :_____

Vragen aan patiënt:

1. Bent u de afgelopen 3 maanden nog gevallen? ☐ ja ☐ nee
zo ja, hoe vaak en wat was de toedracht

2. Voelt u zich evenwichtiger en/of sterker ter been? ☐ ja ☐ nee
Toelichting:

3. Bent u nog bang om te vallen?
(1: niet bang, 10: heel erg bang)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Is uw gezondheidstoestand de afgelopen 3 maanden veranderd?
Denk bv aan pijn, medicatiegebruik, infecties, andere ziektes.
Gezondheidstoestand is: ☐ verbeterd ☐ gelijk gebleven ☐verslechterd
Toelichting:

5. Is uw activiteitenpatroon de afgelopen 3 maanden veranderd?
Denk aan mobiliteit, zelfzorg, ADL
Activiteitenpatroon:☐ verbeterd ☐ gelijk gebleven ☐ verslechterd
Toelichting

6. Wat vindt u van de behandeling van uw valprobleem?

Bijlage 10

Foldermateriaal:

- www.veiligheid.nl , “ Zorg dat u thuis niet valt” en “Een goede conditie helpt vallen voorkomen”

Bijlage 11

Start- en stopcriteria aangepast aan Nederlandse richtlijnen

Onderstaande tabel is gebaseerd op de START-criteria (*Screening Tool to Alert doctors to Right (ie appropiate, indicated*) Treatment).[2] Het is een gevalideerde lijst met 21 evidence-based voorschrijfadviezen bij veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen, geclassificeerd naar het fysiologisch systeem. Deze adviezen zijn niet voor iedere individuele pati‘nt van toepassing. Het is een hulpmiddel bij het uitvoeren van de farmacotherapeutische analyse. Raadpleeg voor de indicatiestelling en specifieke geneesmiddelkeuze de vigerende richtlijnen of het Farmacotherapeutisch Kompas.

Tabel A. Startcriteria voor voorschrijven van geneesmiddelen bij veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen

Geneesmiddel	Wanneer toevoegen?	Aanvullende informatie
Cardiovasculair		
ACE remmer (of bij bijwerkingen een angiotensine II-antagonist)	Bij chronisch hartfalen	
	Bij diabetes mellitus met prote•nurie en levensverwachting vanaf 10 jaar	
	Na acuut myocardinfarct	
Statine	Bij een VG van coronair, cerebraal of perifeer arteri‘le symptomen of na acuut myocardinfarct of bij DM en een LDL > 2,5 mmol/l	Levensverwachting > 5 jaar
Antihypertensiva	Indien de systolische bloeddruk > 160 mmHg	
Diuretica	Bij chronisch hartfalen	
Bètablokker	Bij stabiele angina pectoris, na acuut myocardinfarct, bij stabiele patient met chronisch hartfalen (lage dosis)	
Acetylsalicylzuur / Carbasalaatcalcium	Bij chronisch atriumfibrilleren indien orale anticoagulantia gecontra-indiceerd zijn, bij chronisch stabiele angina pectoris, na acuut myocardinfarct	
Acetylsalicylzuur/ carbasalaatcalcium en/of clopidogrel	Voorgeschiedenis van coronair, cerebraal of perifeer arteri‘le symptomen en sinusritme	
Orale anticoagulantia	Bij chronisch atriumfibrilleren	
Respiratoir		
Inhalatie van kortwerkend beta2 agonist of anticholinergicum	Bij lichte tot matige astma of COPD	
Inhalatie-corticosteroïd	Bij matige tot ernstige astma of COPD	In geval van COPD Gold III-V (en voorspelde FEV1<50%) met frequente exacerbaties (2 of meer per jaar)

[2] Gallagher et al. STOPP and START. Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:72-83

Zuurstoftherapie	Bij chronisch respiratoir falen	Arteriële bloedgaswaarde '' 7,3 kPa
Geneesmiddel	**Wanneer toevoegen?**	**Aanvullende informatie**
Centraal zenuwstelsel		
Levodopa	Bij ziekte van Parkinson met functionele beperkingen en handicaps	
Antidepressivum	Bij depressie (volgens DSM IV-criteria)	Indien psychotherapie niet effectief is of indien de pati‘nt geen psychotherapie wenst
Gastro-intestinaal		
Protonpompremmer	Bij ernstige gastro-oesofageale reflux of peptische strictuur waarvoor dilatatie nodig is	
	Bij NSAID en: - (complicatie van) peptisch ulcus in anamnese - leeftijd ≧ 70 jaar - leeftijd 60-70 jaar en gelijktijdig gebruik van: orale anticoagulantia, oraal corticostero•d, SSRI, acetylsalicylzuur/ carbasalaatcalcium	Verhoogd risico op gastro-intestinale bloeding
	Bij lage dosering acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium en: - ≥ 60 jaar en peptisch ulcus in anamnese - ≥ 70 jaar en gelijktijdig gebruik van: orale anticoagulantia, oraal corticostero•d, SSRI - ≥ 80 jaar	
Vezelsupplement	Bij chronische symptomatische diverticulose met obstipatie	
Bewegingsapparaat		
DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs)	Bij actieve matige tot ernstige reumato•de artritis (> 4 weken)	Verwijs naar reumatoloog
Bisfosfonaten	Bij onderhoudstherapie > 3 maanden met corticosteroïden	Indien 7,5 mg prednison of meer/dag (of equivalent)
Calcium en vitamine D	Bij patiënten met (verhoogd risico op) osteoporose	Tenzij voldoende inname van calcium en voldoende blootstelling aan zonlicht
Endocrien		
Metformine	Bij diabetes mellitus type 2	eGFR > 30 ml/min; start met 2 dd. 500 mg bij eGFR 30-50 ml/min
ACE-remmer of angiotensine II-antagonist	Bij diabetes mellitus en nefropathie	prote•nurie of micro-albuminurie (30mg/24uur) evt. gecombineerd met eGFR < 50 ml/min NB pas zo nodig de dosering aan bij verminderde nierfunctie
Trombocytenaggregatie-remmer	Bij diabetes mellitus en bewezen hart- en vaatziekten	Hypertensie, hypercholesterolemie, roken
Statine **Overig**	Bij diabetes mellitus met verhoogd risico op hart- en vaatziekte	ook zonder bewezen hart- en vaatziekten
Laxans	Bij opiaatgebruik	

Bijlage 12

Stopcriteria

TABEL 1 STOPP-criteria van potentieel ongeschikte geneesmiddelen voor oudere patiënten

geneesmiddel	wanneer potentieel ongewenst?	waarom potentieel ongewenst?
cardiovasculair		
digoxine	dosering > 0,125 mg/d bij eGFR < 50 ml/min	verhoogd risico op toxiciteit
lisdiuretica	bij enkeloedeem zonder klinische tekenen van hartfalen	niet bewezen effectief
	als eerstelijnsbehandeling van hypertensie	onvoldoende effectief
thiazidediuretica	bij jicht in de voorgeschiedenis	verhoogd risico op jichtaanval
niet-selectieve β-blokker (propranolol, carvedilol, oxprenolol, pindolol, labetalol, sotalol)	bij COPD	verhoogd risico op bronchospasmen
β-blokker	in combinatie met verapamil	verhoogd risico op symptomatische hartblokkade
diltiazem of verapamil	bij hartfalen NYHA-klasse III of IV	negatief inotroop, kan hartfalen verergeren
calciumantagonisten	bij chronische obstipatie	kan verergering van obstipatie geven
salicylaten (acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium)	dosering > 160 mg/d	niet bewezen effectief
	indien geen voorgeschiedenis van coronair, cerebraal of perifeer arteriële symptomen	niet bewezen effectief
	bij duizeligheid niet gerelateerd aan cerebrovasculaire ziekte	niet bewezen effectief
dipyridamol	als monotherapie voor cardiovasculaire secundaire preventie	niet bewezen effectief
orale anticoagulantia	bij gebruik > 6 mnd bij een 1e, ongecompliceerde DVT of bij gebruik > 12 mnd bij een 1e, ongecompliceerde longembolie	geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
trombocytenaggregatieremmers of orale anticoagulantia	bij stollingsstoornis	verhoogd risico op bloeding
centraal zenuwstelsel en psychofarmaca		
tricyclische antidepressiva (anticholinerge effecten zijn het sterkst bij amitriptyline en het minst sterk bij nortriptyline)	bij dementie	kan verslechtering cognitie geven
	bij glaucoom	kan verergering glaucoom geven
	bij cardiale geleidingsstoornissen	vanwege pro-aritmische werking
	bij obstipatie	kan verergering obstipatie geven
	bij prostatisme of voorgeschiedenis van urineretentie	verhoogd risico op urineretentie
	in combinatie met opiaten en/of calciumantagonisten	verhoogd risico op obstipatie
langwerkende benzodiazepinen: (chloordiazepoxide, flurazepam, nitrazepam, clorazepinezuur, diazepam)	bij gebruik > 1 mnd	verhoogd risico op verlengde sedatie, verwardheid, balansverslechtering, vallen
antipsychotica	bij parkinsonisme	verergering extrapiramidale bijwerkingen (clozapine en quetiapine uitgezonderd)
	bij gebruik > 1 mnd	risico op verwardheid, hypotensie, extrapiramidale bijwerkingen en vallen
fenothiazine-antipsychotica (chloorpromazine, periciazine, flufenazine en perfenazine)	bij epilepsie	kan convulsiedrempel verlagen
parasympaticolytische antiparkinsonmiddelen (biperideen, trihexyfenidyl)	bij behandeling extrapiramidale bijwerkingen van antipsychotica	verhoogd risico op anti-cholinerge toxiciteit
SSRI's	bij niet-iatrogene hyponatriëmie (natrium < 130 mmol/l) in de laatste 2 mnd	verhoogd risico op recidiefhyponatriëmie
klassieke antihistaminica	bij gebruik > 1 w	verhoogd risico op sedatie en anti-cholinerge bijwerkingen
gastro-intestinaal		
loperamide of codeïne	bij diarree e.c.i.	verhoogd risico op: vertraagde diagnose, vertraagd herstel niet herkende gastro-enteritis, verergering obstipatie met overloopdiarree, ontstaan toxische megacolon bij IBD
	bij ernstige infectieuze gastro-enteritis (bloederige diarree, hoge koorts of ernstige systemische toxiciteit)	verhoogd risico op exacerbatie of verlenging infectie
metoclopramide	bij parkinsonisme	verhoogd risico op verergering parkinsonisme door centrale dopamineblokkade; alternatief is domperidon

protonpompremmer	bij maximale therapeutische dosis > 8 w bij ulcuslijden	ontbreken bewijs voor extra effectiviteit
butylscopolamine	bij chronische obstipatie	door anti-cholinerge werking verhoogd risico op verergering obstipatie en cognitieve achteruitgang
respiratoir		
theofylline	als monotherapie bij COPD	veiligere en effectievere alternatieven beschikbaar
systemische glucocorticoïden	in plaats van inhalatieglucocorticoïden als onderhoudstherapie van matige tot ernstige COPD	onnodige blootstelling aan langetermijnbijwerkingen van systemische glucocorticoïden
ipratropium of tiotropium	bij glaucoom	kan verergering glaucoom geven
bewegingsapparaat		
NSAID's	bij matige tot ernstige hypertensie	kan verergering hypertensie geven
	bij hartfalen	kan verergering hartfalen geven
	bij chronische nierinsufficiëntie (eGFR < 50 ml/min)	kan nierfunctie verder doen verslechteren
	bij gebruik > 3 mnd voor symptoombestrijding van milde osteoartritis	niet bewezen effectiever dan paracetamol
	bij gebruik > 3 mnd als onderhoudsbehandeling bij jicht zonder contra-indicatie of bewezen ineffectiviteit voor allopurinol	verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen en andere bijwerkingen
glucocorticoïden	bij gebruik > 3 mnd als monotherapie bij reumatoïde artritis of osteoartritis	onnodige blootstelling aan langetermijnbijwerkingen van systemische glucocorticoïden
colchicine	bij gebruik > 3 mnd als onderhoudsbehandeling bij jicht zonder contra-indicatie of bewezen ineffectiviteit voor allopurinol	alleen geïndiceerd bij acute jichtaanvallen en ter voorkoming van een jichtaanval bij het begin van een urinezuur verlagende therapie
urogenitaal		
urogenitale parasympaticolytica (anticholinergica: oxybutynine solifenacine, tolterodine, darifenacine, fesoterodine)	bij dementie	verhoogd risico op verwardheid en agitatie
	bij chronisch glaucoom	kan verergering glaucoom geven
	bij chronisch obstipatie	kan verergering obstipatie geven
	bij chronische mictieklachten	verhoogd risico op urineretentie
selectieve α1-receptorblokkers	bij mannen met dagelijkse incontinentie	kan toename urinefrequentie en incontinentie geven
	bij urinekatheter in situ > 2 mnd	niet bewezen effectief
endocrien		
glibenclamide	bij diabetes mellitus type 2	kan hypoglykemieperiode verlengen
niet-selectieve β-blokker (propranolol, carvedilol, oxprenolol, pindolol, labetalol, sotalol)	bij patiënten met diabetes mellitus en regelmatige hypoglykemie en (> 1 mnd)	kan hypoglykemie maskeren
oestrogenen	bij voorgeschiedenis van borstkanker	verhoogd risico op recidief
	bij voorgeschiedenis van veneuze trombo-embolie	
	zonder progestagenen bij patiënten met intacte uterus	verhoogd risico op endometriumcarcinoom
mobiliteit		
benzodiazepinen	bij voorgeschiedenis van val of valneiging	verhoogd risico op vallen vanwege onder andere sedatie, parkinsonisme, orthostatische hypotensie, duizeligheid (afhankelijk van medicament)
antipsychotica		
klassieke antihistaminica		
langwerkende opiaten		
vaatverwijders	bij voorgeschiedenis van orthostatische hypotensie	verhoogd risico op vallen
pijn		
opiaten	bij langdurig gebruik als eerstelijnstherapie bij lichte of matige pijn	niet volgens WHO-pijnladder
	bij langdurig gebruik bij dementie	kan verergering cognitief functioneren geven; cave: wel verantwoord indien palliatieve zorg of matige tot ernstige chronische pijn
overig		
dubbelmedicatie (verschillende geneesmiddelen uit dezelfde geneesmiddelgroep)	bij elk duplicaat voorschrift	streven naar optimalisatie monotherapie

STOPP = 'Screening tool of older person's prescriptions'; eGFR = geschatte glomerulaire filtratiesnelheid; NYHA = New York Heart Association; DVT = diepveneuze trombose; IBD = inflammatoire darmziekten

TABEL 2 START-criteria voor het voorschrijven van geneesmiddelen aan ouderen bij veelvoorkomende aandoeningen

geneesmiddel	wanneer toevoegen?	aanvullende informatie
cardiovasculair		
ACE-remmer of bij bijwerkingen angiotensine II-antagonist	bij chronisch hartfalen bij diabetes mellitus met proteïnurie en levensverwachting ≥ 10 jr na acuut myocardinfarct	
statine	bij een voorgeschiedenis met coronair, cerebraal of perifeer arteriële symptomen, na acuut myocardinfarct, of diabetes mellitus en ldl > 2,5 mmol/l	levensverwachting > 5 jr
antihypertensiva	indien systolische bloeddruk > 160 mmHg	
diuretica	bij chronisch hartfalen	
β-blokker	bij stabiele angina pectoris, na acuut myocardinfarct, bij stabiele patiënt met chronisch hartfalen (lage dosis)	
acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium	bij chronisch atriumfibrilleren indien orale anticoagulantia gecontra-indiceerd zijn, bij chronisch stabiele angina pectoris, na acuut myocardinfarct	
acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium en/of clopidogrel	bij een voorgeschiedenis van coronair, cerebraal of perifeer arteriële symptomen en sinusritme	
orale anticoagulantia	bij chronisch atriumfibrilleren	
respiratoir		
inhalatie van kortwerkend β_2-agonist of anticholinergicum	bij lichte tot matige astma of COPD	
inhalatieglucocorticoïd	bij matige tot ernstige astma of COPD	COPD Gold III-V (en voorspelde FEV_1 < 50%) met frequente exacerbaties (≥ 2 per jr)
zuurstoftherapie	bij chronisch respiratoir falen	arteriële bloedgaswaarde ≤ 7,3 kPa
centraal zenuwstelsel		
levodopa	bij ziekte van Parkinson met functionele beperkingen en handicaps	
antidepressivum	bij depressie (volgens DSM-IV-criteria)	indien psychotherapie niet effectief is of patiënt geen psychotherapie wenst
gastro-intestinaal		
protonpompremmer	bij ernstige gastro-oesofageale reflux of peptische strictuur waarvoor dilatatie nodig is	
	bij gebruik van NSAID én: peptisch ulcus of complicatie hiervan in anamnese leeftijd ≥ 70 jr leeftijd 60-70 jr en gelijktijdig gebruik van orale anticoagulantia, oraal glucocorticoïd, SSRI, acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium bij gebruik van lage dosering acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium én: ≥ 60 jr en peptisch ulcus in anamnese ≥ 70 jr en gelijktijdig gebruik van: orale anticoagulantia, oraal glucocorticoïd, SSRI ≥ 80 jr	verhoogd risico op gastro-intestinale bloeding
vezelsupplement	bij chronische symptomatische diverticulose met obstipatie	
bewegingsapparaat		
DMARD	bij actieve matige tot ernstige reumatoïde artritis gedurende > 4 w	verwijzen naar reumatoloog
bisfosfonaten	bij onderhoudstherapie > 3 mnd met glucocorticoïden	indien prednison ≥ 7,5 mg/d (of equivalent)
calcium en vitamine D	bij osteoporose of verhoogd risico hierop	tenzij voldoende inname van calcium en voldoende blootstelling aan zonlicht
endocrien		
metformine	bij diabetes mellitus type 2	eGFR > 30 ml/min; starten met 500 mg 2 dd indien eGFR 30-50 ml/min
ACE-remmer of angiotensine II-antagonist	bij diabetes mellitus en nefropathie	proteïnurie of micro-albuminurie (30 mg/24 h) eventueel gecombineerd met eGFR < 50 ml/min; cave: bij verminderde nierfunctie zo nodig dosering aanpassen
trombocytenaggregatieremmer	bij diabetes mellitus en bewezen hart- en vaatziekten	hypertensie, hypercholesterolemie, roken
statine	bij diabetes mellitus met verhoogd risico op hart- en vaatziekten	ook zonder bewezen hart- en vaatziekten
overig		
laxans	bij opiaatgebruik	

START = 'Screening tool to alert doctors to right treatment'; DMARD = 'disease-modifying antirheumatic drug'; eGFR = geschatte glomerulaire filtratiesnelheid