

# Zorgplan Kwetsbare ouderen

## **Inhoudsopgave**

<b>1.1 Beschrijving zorg Kwetsbare ouderen</b>	.....
<b>1.2 Opsporing in risicopopulatie</b>	.....
<b>1.3 Ouderenscreening</b>	.....
<b>1.4 Probleeminventarisatie</b>	.....
<b>1.5 Bespreken probleeminventarisatie</b>	.....
<b>1.6 Borging van de begeleiding</b>	.....
<b>1.7 Verwijscriteria</b>	.....
<b>1.8 Verwijzing thuiszorg</b>	.....
<b>MODULE 1: Valpreventie</b>	.....
1.1 Inleiding	.....
1.2 Definitie	.....
1.3 Gevolgen van een val	.....
1.4 Risicofactoren voor vallen	.....
1.5 Screeningsmethoden valrisico	.....
1.6 Screening door de thuiszorg	.....
1.7 Screening en voorlichting door de apotheek	.....
1.8 Behandeling door de fysiotherapeut en/of oefentherapeut	.....
1.9 Behandeling door de ergotherapeut	.....
<b>MODULE 2 Cognitief functioneren</b>	
<b>MODULE 3 Stemming</b>	
<b>MODULE 4 gehoorverlies en visusproblematiek</b>	.....
2.1 Visusproblematiek	.....
Vermoeden visusproblematiek	.....
Vragen en onderzoek bij vermoeden visusproblemen:	.....
2.2 Gehoorschade	.....
<b>MODULE 5: Polyfarmacie</b>	.....

MODULE 6: ADL en HDL.....	
MODULE 7: Voeding.....	
MODULE 8a Zorg rondom ziekenhuisopname	
MODULE 8b Advance care planning	
MODULE 8c Incontinentie	
MODULE 8d Alcoholmisbruik	
MODULE 8e Pesten/mishandeling.....	
.....	
.....	
<b>Bijlage 1</b> .....	
Uitnodigingsbrief screening.....	
<b>Bijlage 2</b> .....	
Vragenlijst ouderenscreening.....	
<b>Bijlage 3</b> .....	
Screeningsinstrument GFI	
.....	
<b>Bijlage 4</b>	
Stemming en depressie GDS 15 .....	
<b>Bijlage 5</b> .....	
Geheugenonderzoek MMSE.....	
Overig geheugenonderzoek.....	
<b>Bijlage 6</b> .....	
Screening valrisico POH en Thuiszorg.....	
<b>Bijlage 7</b> .....	
Valvragenlijst POH.....	
<b>Bijlage 8</b> .....	
Analyse valrisico en beleid POH.....	

## 1.1 Beschrijving zorg Kwetsbare ouderen

De term “kwetsbare ouderen” komt de laatste jaren veel voor in literatuur. En heeft inmiddels veel aandacht in media en politiek. Voor kwetsbaarheid, ook wel aangeduid als broosheid, 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.  
Kwetsbaarheid wordt bepaald aan de hand van een aantal criteria:

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

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

Kwetsbaarheid wordt 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 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, slechthoortheid, problemen met stabiliteit, vallen, incontinentie en andere factoren die de vitaliteit aantasten.

In de regio wordt bij gesignaleerde kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk, in samenwerking met overige eerstelijns zorgverleners een proactief zorgprogramma opgesteld en uitgevoerd. Hierdoor wordt het risico verlaagd op acute ontsporingen en noodsituaties.

Bij toenemende kwetsbaarheid neemt de zorg door de huisartsenpraktijk en wijkverpleegkundige geleidelijk aan een grotere plek in. De aanpak bevordert de zelfredzaamheid waardoor de oudere langer zelfstandig thuis kan blijven wonen en een betere kwaliteit van leven ervaart.

**Het is daarom zaak om als Werkgroep Ouderenzorg de krachten te bundelen en elkaar in te schakelen waar nodig.**

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 Opsporing in risico populatie

### Wijze van opsporing

1a. Oudere (80+) is niet bekend, afgelopen jaar niet bij de huisarts geweest:

- Er wordt door POH een analyse op kwetsbaarheid gemaakt door het telefonisch afnemen van een korte vragenlijst middels GFI (zie bijlage 3). Bij twijfel visite afspreken door HA of POH.

1b. Oudere (80+) is bekend, afgelopen jaar bij de huisarts geweest:

- Er wordt door POH een analyse op kwetsbaarheid gemaakt door het telefonisch afnemen van een korte vragenlijst middels GFI.

1c. Een oudere (dit kan ook een 65+er zijn), wordt door de huisarts als kwetsbaar beoordeeld.

- Er vindt direct screening plaats middels visite dmv screeningslijst Trazag.

### Scoort men negatief (<3)

Niet kwetsbare oudere

### Scoort men positief (>3)

Kwetsbare oudere

Er vindt direct screening plaats middels visite en screeningslijst Trazag.

Verdere inventarisatie bij probleem/uitvalgebieden dmv verdiepingsprotocol

### **1.3 Ouderenscreening**

Probleeminventarisatie via huisbezoek of consult op de huisartsenpraktijk door POH

### **1.4 Probleeminventarisatie:**

De POH/wijkverpleegkundige maakt een samenvatting van de bevindingen uit het huisbezoek in een probleeminventarisatie.

De screening wordt vastgelegd in het HIS middels de ruiter A05: Kwetsbare Oudere.

Uit de ouderenscreening kunnen de volgende problemen naar voren komen.:

1. Verhoogd valrisico
2. Cognitieve problemen
3. Stemningsklachten
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/afvallen
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 valpreventie
2. Bij verdenking op cognitieve stoornissen wordt een MMSE afgenomen en wordt eventueel voor verdere diagnostiek verwezen naar de geheugenpolikliniek, naar het spreekuur van de geriater of Specialist Ouderengeneeskunde
3. Bij verdenking op stemningsklachten vindt nadere diagnostiek middels GDS15 en zo nodig wordt behandeling ingezet, zoals verwijzing POH GGZ
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, zie Module Voeding
8. Bij overige problemen (zoals ziekenhuisopname/ incontinentie/ alcohol, pesten, mishandeling) vinden probleemgerichte interventies plaats.

## **1.6 Borging van de begeleiding**

### **Werkwijze Kwetsbare oudere**

Indien uit onderzoek blijkt dat het om een kwetsbare oudere gaat, wordt er een zorgbehandelplan gemaakt. (zie Zorgplan Vital Health)

Zorgbehandelplan wordt opgesteld met patiënt, thuiszorg (indien deze reeds in beeld is), huisarts, POH en contactpersoon.

Goede afstemming met de mantelzorgers is een voorwaarde om de zorg voor de oudere zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden.

Zorgbehandelplan wordt tenminste één keer per jaar tijdens MDO met patiënt, thuiszorg, mantelzorg en andere betrokken disciplines besproken.

Het uitgangspunt bij alle patiënten is dat eigen regie en zelfbeschikking als belangrijkste waarden gelden.

Het is daarom belangrijk dat alle zorgverleners een visie op goede zorg voor ouderen met elkaar delen en dat zij werken vanuit dezelfde uitgangspunten.

#### **Gedeelde uitgangspunten:**

- Kwaliteit van leven
- Eigen regie
- Participatie in de samenleving
- Cliëntgerichtheid en continuïteit
- Teamwerk

#### **Controles:**

Er is afhankelijk van de zorgbehoefte contact, dit zal in de praktijk neerkomen op eens per 3 of 4 maanden. Bij complexe problematiek en/of in de fase van in beeld brengen van de problematiek zal er frequenter contact zijn.

## **1.7 Verwijscriteria:**

- Ouderenadviseur of sociaal wijkteam: bij vragen over welzijn, aanpassingen, wonen, respijtzorg en mantelzorgondersteuning
- Wijkverpleegkundige: bij zorgvragen, verpleegkundige handelingen, uitvoeren van zorg, coördinatie/case-management ( zie uitgebreid overzicht 1.8)

- Apotheker: medicatie bewaking en review
- Specialist Ouderengeneeskunde: bij vraag om ondersteuning en advies van complexe ouderenzorg in de thuissituatie
- Diëtist: (risico op)ondervoeding
- Fysiotherapie: artrose, herstel na ongeval of operatie, balanstraining
- Ergotherapie: bij adviezen betreffende hulpmiddelen, het uitvoeren van praktische taken
- Logopedie: bij afasie en slikstoornissen
- Medisch specialisten, inclusief GGZ: bij specifieke vragen

## **1.8 Verwijzing Thuiszorg**

Binnen Boskoop leveren de organisaties Vierstroom, Buurtzorg, Participe, Activite en Zorgpartners thuiszorg. Thuiszorg valt onder de basisverzekering 'aanspraak wijkverpleging'. Iedereen in Nederland die verzekerd is heeft recht op thuiszorg. Binnen de thuiszorg kunnen er diverse soorten zorg geleverd worden. Er valt te denken aan verpleging en verzorging, nachtzorg, specialistische zorg, zorg na een ziekenhuisopname en zorg in de laatste levensfase.

### **Aanvragen thuiszorg:**

- Thuiszorg kan worden aangevraagd door de cliënt zelf, door contact op te nemen met de thuiszorgorganisatie.
- Op vraag van de huisarts of specialist van het ziekenhuis.

### **Aanvraag van verzorging of verpleging:**

De wijkverpleegkundige overlegt met de cliënt of zijn en/of haar familie om de gewenste zorg af te stemmen. De afgesproken zorg zal dan worden geleverd bij de cliënt thuis.

De cliënt krijgt een Eerste Verantwoordelijke Verzorgende of verpleegkundige (EVV) toegewezen die de zorg zal coördineren.

De EVV zal na toestemming van de cliënt zo nodig overleggen met de huisarts, specialist of apotheek om de zorg af te stemmen.

### **Wijze van registreren:**

Zorgmodule Kwetsbare oudere staat in Vital Health.

Patiënt wordt, na dat hier toestemming voor is gegeven, opgenomen in de zorggroep.

Alle gegevens kunnen weg geschreven worden in Vital Health.

Op dit moment is er nog geen mogelijkheid dat sommige items, zoals de sociale kaart en beleid tav levenseinde wensen, automatisch overgeschreven worden naar HIS.

Dit vraagt nu een dubbele registratie.

Metingen zoals tensie en gewicht worden via een koppeling naar diagnostisch dossier doorgestuurd.





# 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.

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.

## 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' (primair).

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.

## 1.4 Risicofactoren voor vallen

Risicofactoren die aan een val voorafgaan:

- Mobiliteitsproblemen
- Gevallen afgelopen jaar
- Medicatie
- Moeite met ADL
- Lichamelijke inactiviteit
- Visusproblemen
- Artrose
- Urine Incontinentie
- Depressieve symptomen
- Cognitieve stoornis

## 1.5 Screeningsmethoden valrisico

Indien er een verhoogde valangst, valincident of een valrisico gesignaleerd wordt bij de patiënt, dit kan zijn tijdens een visite maar ook tijdens contact met andere hulpverleners, is het van belang dat er nader onderzoek plaatsvindt om het valrisico te analyseren. Screening valrisico vindt plaats door POH, thuiszorg, fysiotherapeut, ergotherapeut of diëtiste middels het formulier Screening Valrisico. (zie 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 verder **onderzoek** doen:

- Anamnese:
  - Valvragenlijst POH (zie 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: polsritme, bloeddruk zittend, op indicatie een orthostase-meting

- Aanvullend onderzoek

Bloedonderzoek: Hb, Na, K, Ca, kreat, vitamine D; op indicatie vitamine B12, glucose, foliumzuur (bij polyneuropathie)

- Huisarts en POH bespreken samen de **analyse valrisico**, (zie bijlage 7) en hieruit wordt het plan van aanpak opgesteld waarvoor de huisarts verantwoordelijk is.

Mogelijke interventies:

- Aanpassingen in huis
- Medicatie aanpassing
- Correctie visusstoornissen
- Spierkrachtoefeningen en evenwichtsoefeningen door fysio/oefentherapeut
- Cardiovasculaire maatregelen, bv bij orthostatische hypotensie
- Goede voeding, vit D suppletie
- Gericht aanpak onderliggend lijden
- Multifactoriële interventies

- **Follow up**

- 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

## 1.6 Screening door de thuiszorg

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. (bijlage 5)

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.

## **1.7 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, doxazoline).*

### *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")*

## **1.8 Behandeling door de fysiotherapeut en/of oefentherapeut**

De rollen van de fysiotherapeut en/of oefentherapeut (FT/OT) zullen grotendeels overeenkomen.

- 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), activiteitsniveau (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 zo nodig 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.

### **1.9 Behandeling door de ergotherapeut**

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

- Bij (verdenking van) cognitieve vermindering
- Bij verminderde mobiliteit
- Bij visusproblematiek

Indien er sprake is van onderstaande ziektebeelden, waarbij verhoogde kans op vallen aanwezig is:

- M. Parkinson of Parkinsonisme
- M.S.
- COPD
- CVA
- Dementie

### **Behandeling bij valpreventie**

De ergotherapiebehandeling richt zich bij de valpreventie op de relatie tussen alle risicofactoren en veilig handelen.

De behandeling ziet er als volgt uit :

- Er wordt een inventarisatie gemaakt van alle betekenisvolle handelingen op het gebied van de zelfredzaamheid, productiviteit en vrije tijd.
- Er wordt geobserveerd tijdens één of meerdere betekenisvolle handelingen. Op basis hiervan worden de risicofactoren gefilterd, zowel intrinsieke factoren als extrinsieke factoren.

Op basis hiervan volgt een trainings- en begeleidingstraject en/of een adviestraject.

- Bij een trainings- en begeleidings- traject richt de ergotherapeut zich op een andere manier van handelen , aanpassen van de activiteit en bewustwording van een risicovolle uitvoer van dagelijks activiteiten.
- Bij een adviestraject, richt de ergotherapeut zich op aanpassing van de omgeving en instructie mantelzorgers.

- Deze trajecten lopen vaker door elkaar. Het advies traject wordt meestal ingezet op het moment dat het inzicht in eigen beperkingen of de cognitieve verminderd is.

## MODULE 2 Cognitief functioneren

Indien er tijdens huisbezoek of consult signalen afgegeven worden dat het geheugen verminderd, dit bespreken met patiënt. Er wordt een MMSE afgenomen,(zie bijlage 4).

Er wordt bloed geprikt op Psychogeriatricie.

Patiënt komt op consult bij de huisarts. Vervolg beleid wordt ingezet, dit kan zijn bezoek aan Geriater of Specialist Ouderengeneskunde.

Bij vaststellen Geheugenstoornis wordt familie/mantelzorg, na overleg met patiënt, op de hoogte gesteld. Zorgplan opstellen tav dagbesteding, aanpassingen in huis (grote klok/kalender), inzet thuiszorg en/of Tandem of Plus Zorg.

## MODULE 3 Depressie bij ouderen

De werkgroep beveelt aan, voor alle zorgverleners, om bij ouderen extra alert te zijn op de mogelijke aanwezigheid van een depressie, met aandacht voor de context van de patiënt, als mogelijke oorzaak en aangrijpingspunt voor behandeling. Ouderen uiten een depressie vaker met lichamelijke klachten dan met stemmingsklachten.

Hieronder volgen korte aanbevelingen omtrent diagnostiek en behandeling. Voor verdere verdieping van dit onderwerp zie ook het Zorgplan Depressie van Stichting Gezond.

### Diagnose:

De diagnose depressie kan worden gesteld bij aanwezigheid van vijf van onderstaande symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken. Ook kan gebruik worden gemaakt van de vragen van Van Marwijk uit het zorgplan depressie.

#### **Kernsymptomen**

- sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag

- duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag

#### Overige symptomen

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename

- slapeloosheid of overmatig slapen

- psychomotorische agitatie of remming

- moeheid of verlies van energie

- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens

- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid

- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

Denk aan een depressie bij patiënten met:

- somberheid, lusteloosheid, minder plezier in bezigheden;
- weinig oogcontact, monotone spraak en trage motoriek;
- frequent spreekuurbezoek met aanhoudende moeheid of wisselende klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- nervositeit, angst, slapeloosheid en/of verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- vermagering bij ouderen;

### **Aanvullend onderzoek:**

- Beoordeel of er sprake is van chronische somatische comorbiditeit, pijn, medicatie en functionele beperkingen en of de gezondheidsproblemen optimaal worden behandeld (en pas dit zo nodig aan) Zie bijlage 3.  
Vraag naar het gebruik van geneesmiddelen zonder recept (bijvoorbeeld NSAID's) en naar zelfmedicatie, zoals passiflora, valeriaan en Sint-Janskruid(hypericum), omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan.
- Ga na of er aanwijzingen zijn voor aandoeningen met op depressie gelijkende symptomencomplexen zoals hypothyreoïdie, dementie en de ziekte van Parkinson.
- Inventariseer in hoeverre een patiënt met een chronisch somatische aandoening en depressieve symptomen problemen heeft met zelfmanagement, zowel in medisch opzicht (zoals opvolgen van leefstijl- en medicatieadviezen, zelfcontroles van bijvoorbeeld bloedsuikers, hanteerbaar maken van beperkingen) als emotioneel, als ook bij het vervullen van zijn/haar sociale rol(len), bijvoorbeeld als partner of als ouder.

Als er een aanleiding is om aan depressieve klachten of een depressie te denken wordt de Huisarts en eventueel de POH – GGZ ingeschakeld.

Eventueel aanvullend lichamelijk of bloed onderzoek wordt vervolgens op indicatie afgesproken.

Het volgende laboratoriumonderzoek wordt aanbevolen:

Algemeen onderzoek, PG screening, Natrium, Kalium, vit. B1,B6,B12, Foliumzuur, D en ijzer.

### **Behandeling:**

De huisarts start, vaak na beoordeling door de POH GGZ, in overleg met de patiënt, met de behandeling passend bij de diagnose en de ernst van de klachten.

- Depressieve klachten: voorlichting. Als het sociaal disfunctioneren of de lijdensdruk verergeren of als na vier weken de klachten niet over zijn volgt ook uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning.
- Depressie: voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning en kortdurende psychologische behandeling. Bij patiënten met dysthymie geldt dezelfde behandeling als voor een depressie.
- Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en/of ernstige psychische comorbiditeit: voorlichting, dagstructurering en psychotherapie of antidepressivum.
- Antidepressiva worden voor langere tijd gegeven en altijd in overleg met de arts afgebouwd of gestopt!
- Bij alle bovenstaande: overweeg verwijzing naar TOM in de buurt of Maatschappelijk werk!

## **MODULE 4 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 één van deze problemen Middels enkele korte testen of vragen kan een mogelijk probleem geactualiseerd worden.

### **2.1 Visusproblematiek**

#### **Vermoeden visusproblematiek**

Bij een vermoeden van visus problematiek kan er verdere diagnostiek gedaan worden middels anamnese, 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, glaucoom etc. 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.

Advies bij afwijking naar Opticien en/of huisarts.



## 2.2 Gehoorschade

Bij vermoeden van verminderd gehoor kunnen op de huisartsenpraktijk de volgende onderzoeken worden verricht: inspectie van de gehoorgang met otoscoop, 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 5: Polyfarmacie

### Doelen van polyfarmacie binnen Stichting Gezond

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

### Stap 1: Selectie van patiënten door praktijkondersteuner

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: Beoordeling/Analyse patiënten door huisarts

De patiëntenlijst wordt door de huisarts beoordeeld en patiënten die minimaal 1 van de volgende risicofactoren hebben worden geselecteerd voor medicatiebeoordeling:

- Verminderde nierfunctie (MDRD < 50 )
- Verminderde cognitie (dementie (ICPC P70) of aanwijzingen voor geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen (ICPC P20));
- Verhoogd valrisico (1 of meer maal gevallen in de voorgaande 12 maanden);
- Signalen van verminderde therapietrouw;
- Niet zelfstandig wonend (verzorgings- of verpleeghuis);
- 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: Farmacotherapeutische analyse door apotheker

Ordering van de gegevens, nagaan of er sprake is van:

- onderbehandeling
- effectiviteit van de medicatie
- overbehandeling
- (potentiële) bijwerkingen
- klinisch relevante contra-indicaties en interacties
- onjuiste doseringen
- gebruiksgemak

#### **Stap 4: Overleg arts, praktijkondersteuner en apotheker, opstellen farmacotherapeutisch behandelplan**

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
- 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 huisarts, 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 patiënt in het medisch dossier in Medicom vastgelegd onder ICPC code A49.02.

#### **Stap 5: 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.

#### **Stap 6: 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”.

#### **Stap 7: Follow up en monitoring**

De evaluatie van het gewijzigde farmacotherapeutische plan vindt binnen drie maanden na de aanpassingen plaats in het voorbereidingsoverleg tussen huisarts en praktijkondersteuner.



## **MODULE 6: ADL en HDL**

### **HDL:**

Aanvraag van huishoudelijke hulp, traplift, persoonsalarmering, rollator, parkeervergunning etc bespreken met patiënt en indien nodig doorverwijzen naar WMO loket.

Bij twijfels of vragen kan een verwijzing naar de Ergotherapie plaatsvinden.

De ergotherapeut kent de regels van de WMO en de zorgverzekering, weet welk hulpmiddel er eventueel aangevraagd kan worden ingezet. Indien nodig begeleid de ergotherapeut de aanvraag.

Tevens is het mogelijk om via de Thuiszorg huishoudelijke hulp te regelen.

### **ADL:**

Bij problemen bij ADL wordt er in samenspraak met patiënt en eventueel contactpersoon thuiszorg ingezet. De patiënt maakt zelf de keuze voor welke thuiszorgorganisatie.

Ook kan er ergotherapie/fysiotherapie/oefentherapie worden ingezet, met als doel observatie van mogelijkheden (balanstraining, rollatorcursus) en beperkingen van de patiënt, eventueel in samenspraak met mantelzorger.

Zorgbehandelplan met betrokken disciplines opstarten. In de toekomst via Vital Helath.

## MODULE 7: Voeding

### De kwetsbare oudere en de diëtist

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.

De module onderscheidt vier zorgprofielen:

1. Zelfmanagement
2. Algemeen voedingsadvies
3. Individuele dieetbehandeling
4. Gespecialiseerde dieetbehandeling

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

1. Polyfarmacie, bij gebruik van 5 of meer verschillende medicijnen
2. Bij ondervoeding (cachexie, sarcopenie en/of wasting).
3. 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
  - Neurologische en neuromusculaire aandoeningen zoals ALS, MS, ziekte van Parkinson en dementie
  - Oncologie
  - Overgewicht/Obesitas
  - Pre- en postoperatief
  - Of in combinatie met andere aandoeningen.
4. Wanneer bij een screening met een gevalideerd screeningsinstrument (SNAQ/SNAQ 65+) 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.

Het doel is dat 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.

Het traject begint met een kennismaking en intake, hierin worden sociale, medische en voedingskundige gegevens verzameld. In overleg wordt een doel gesteld en een voedingsadvies samengesteld. Afhankelijk van de ernst van de situatie zal er op korte of iets langere termijn een controle afspraak worden gemaakt, face tot face of telefonisch.

Het toepassen van het gemaakte dieetvoorschrift zal resulteren in het behalen van het gestelde doel. *Bijv het behalen van een BMI van 20 binnen 20 weken.* Mocht in de tussentijd blijken dat het doel niet of niet binnen te tijd behaald zal worden, wordt deze aangepast aan de mogelijkheden die er wel zijn. *Bijv. het gewicht stabiel te houden.*

Bij het behalen van het doel word overlegd hoe het traject zal lopen, blijft de diëtist actief in controle en handhaving of wordt dit overgedragen naar de verwijzer.

## **MODULE 8A: zorg rondom ziekenhuisopname**

### **Taken van de disciplines (thuiszorg/POH/assistente) vóór geplande opname:**

Iedereen vertelt bij contacten met patiënten dat de patiënt moet melden bij de huisartsenpraktijk dat hij/zij opgenomen wordt in ziekenhuis.

De huisarts schakelt de wijkverpleegkundige in, indien er sprake is van (te verwachten) problematiek die samenhangt met een ziekenhuisopname.

### **Beleid bij geplande opname in het ziekenhuis bij ouderen of kwetsbaren**

#### **Taak van Wijkverpleegkundige of POH**

Inventarisatie problematiek, zorg- / hulpvragen tijdens (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 meenemen naar het ziekenhuis

### **Taken disciplines ná opname**

Patiënt en thuiszorg melden aan huisarts dat hij/zij uit ziekenhuis komt

Bij een leeftijd > 65 jaar wordt een patiënt standaard gebeld binnen 1 week na ontslag door POH of assistente met navraag of bezoek van huisarts gewenst is.

Wijkverpleegkundige meldt huisarts of huisbezoek door arts gewenst is.

### **Taken bij visite:**

- Inlezen aanwezige specialistenbrief
- Inventarisatie actuele gezondheidssituatie
- Evaluatie: opnamereden, verloop, complicaties, behandeling, medicatie bij ontslag, vervolgonderzoeken, controle afspraken
- In kaart brengen betrokken hulpverleners vanuit ziekenhuis
- Inschatten kennis / inzicht bij patiënt (en diens naasten) m.b.t. de gezondheidsproblematiek / therapeutische interventies, medicatiegebruik
- Inschatten zorgbehoefte
- Beoordelen actueel medicatiegebruik: (verlopen) indicaties, bijwerkingen, contra-indicaties, dosering.
- Bij drinkvoeding inschakelen diëtiste

### **Interventies door Thuiszorg/POH:**

- Casemanagement benoemen
  - Bij vragen en onduidelijkheden betreffend ziekteverloop, medicatie, behandeling consulteren specialist
  - Informatievoorziening / voorlichting / instructies
  - Ondersteuning / begeleiding mantelzorg.
  - Doornemen actuele medicatie patiënt. Wijzigingen rapporteren naar apotheek
  - Regelen van benodigde hulpmiddelen, voorzieningen etc.
  - Inzetten / optimaliseren thuiszorg
  - Doorgeven eigen bereikbaarheid, vervolgspraken
  - In kaart brengen benodigde inzet van paramedici en deze in zorg vragen

## Rapportage en Registratie

Onder desbetreffende ziektebeeld.

## MODULE 8b: Advance care planning

Proces van gespreksvoering waarbij de patiënt met de huisarts, POH en/of wijkverpleegkundige zijn wensen, doelen en voorkeuren bespreekt met betrekking tot toekomstige zorg en indien gewenst tot keuzes komt over specifieke behandelingen. Hieronder valt ook het levenseindegesprek waarin onder andere het reanimatiebeleid wordt besproken.

Gesprek rondom euthanasieaanvraag gaat altijd via de eigen huisarts.

Registratie via ICPC P20 waarbij de tekst gewijzigd kan worden naar levenseinde gesprek.

## MODULE 8c: Protocol incontinentie

### Stap 1:

Na contact met de cliënt, wordt er een recept aangevraagd bij de huisartsenpraktijk (huisarts/praktijkondersteuner/doktersassistente). Bij het uitschrijven van het recept wordt gekozen voor "Eerste uitgifte incontinentie" (niet voorschrijven op merknaam). Daarna het telefoonnummer van de cliënt controleren of deze juist is.

Indien het incontinentiemateriaal voor kortdurend (bij blaasontsteking) of alleen nachtelijk gebruik is, wordt het niet vergoed. De cliënt ontvangt dan een factuur van apotheek

### Stap 2:

Vervolgens controleert de huisartsenpraktijk welke verzekering de cliënt heeft.

CZ verzekerden krijgen incontinentiematerialen NIET via de apotheek maar via één van onderstaande leveranciers. De cliënt moet zelf contact opnemen.

- One Med BV  
Werkdagen van 8.00-21.00  
0800-0662 (gratis)
- Benu direct  
Werkdagen van 8.00- 18.00  
0800-655 55 55 ( gratis)
- Medi Riva  
Alle dagen 8.30-22.00  
0800-0901 901 ( gratis)

VGZ en Menzis verzekerden krijgen incontinentie onder bepaalde voorwaarden geleverd, namelijk:



De apotheek vraagt aan cliënt of toestemming of zijn/haar gegevens aan ApotheekZorg (medisch hulpmiddelenbedrijf) mag worden overgedragen. Als de cliënt toestemming geeft, neemt een incontinentieverpleegkundige van Apotheekzorg binnen 3 werkdagen telefonisch contact op met desbetreffende cliënt voor een intakegesprek. Indien nodig, kan de apotheek voor 3 dagen proefjes incontinentiemateriaal leveren. De apotheek krijgt na 3 werkdagen een terugkoppeling van de incontinentieverpleegkundige, waarna tot levering overgegaan kan worden.

Als de cliënt geen toestemming geeft, wordt hij/zij doorverwezen naar de Menzis of VGZ.

Cliënten met overige zorgverzekeringen worden via de apotheek beleverd.

### **Stap 3:**

De apotheek neemt, na binnenkomst van het recept, telefonisch contact op met de cliënt voor een intakegesprek. Tijdens dit intakegesprek wordt aan de hand van een protocol het soort incontinentiemateriaal (licht, zwaar etc)) en incontinentieprofiel (1 t/m 7) bepaald. Profiel 1 staat voor licht incontinent en profiel 7 voor zeer ernstig incontinent (terminale cliënten). Hoe hoger het incontinentieprofiel, hoe meer incontinentiemateriaal(daggebruik) de apotheek van de zorgverzekeraar mag leveren. Mocht de cliënt meer incontinentiemateriaal geleverd willen krijgen (dan de apotheek mag leveren), dan dient de cliënt dit zelf te betalen.

Standaard levert de apotheek incontinentiemateriaal van het merk "Attends". Mocht dit materiaal niet bevallen bij de cliënt, dan kan er uitgeweken worden naar een ander merk. Dit kan echter wel consequentie hebben, op de hoeveel incontinentiemateriaal dat geleverd mag worden. (van andere merken mag de apotheek in de meeste gevallen minder leveren van de zorgverzekeraar)

De levering vindt maandelijks en de donderdagmiddag plaats.

Apotheek heeft medewerker die hier een opleiding voor heeft gedaan, wellicht zinvol dat zij dit protocol schrijft.

## **MODULE 8d: Alcoholmisbruik (door Thuiszorg)**

## **MODULE 8e: Pesten/mishandeling (door Thuiszorg)**



## Bijlage 1

### Uitnodigingsbrief screening



Boskoop, 30 april 2018

Geachte heer, mevrouw,

In de huisartsenpraktijken in Boskoop willen we de zorg voor de ouderen meer aandacht geven. Dit willen we doen door de patiënten van 80 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 praktijkondersteuner 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 praktijkondersteuner 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,

Huisarts (vrij in te vullen)

## Bijlage 2

### Vragenlijst ouderenscreening Trazag

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 voedingssupplementen?.....

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 GFI

GFI (Groningen Frailty Indicator) Deze vragen gaan over uw situatie van de afgelopen maand.

1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen? Ja 0 Nee 1
2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de bureu)? Ja 0 Nee 1
3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden? Ja 0 Nee 1
4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan? Ja 0 Nee 1  
Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.
5. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn? .....  
(0-6 = 1; 7-10 = 0)
6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet? Ja 1 Nee 0
7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort? Ja 1 Nee 0
8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde? Ja 1 Nee 0
9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen? Ja 1 Nee 0
10. Heeft u klachten over uw geheugen? Ja 1 Soms0 Nee 0
11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen? Ja 1 Soms1 Nee 0
12. Mist u wel eens mensen om u heen? Ja 1 Soms1 Nee 0
13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten? Ja 1 Soms1 Nee 0
14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld? Ja 1 Soms1 Nee 0
15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld? Ja 1 Soms1 Nee 0

Totaalscore: .....

Scoring: nullen en enen optellen tot totaalscore van minimaal 0 en maximaal 15.

## Bijlage 4

### 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 5

### 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. Probeer te onthouden welke het zijn, 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, d.w.z. als het verschil 7 bedraagt. Niet verder doorgaan dan 65). Noteer exact alle antwoorden van de patiënt:  $100-7 = \dots, \dots, \dots, \dots, \dots$

b. Wilt u het woord WORST van achteren naar voren spellen? (Scoor een punt per goede letter in juiste volgorde) Noteer: T S 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 enkel 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 neerleggen?

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 = ..**

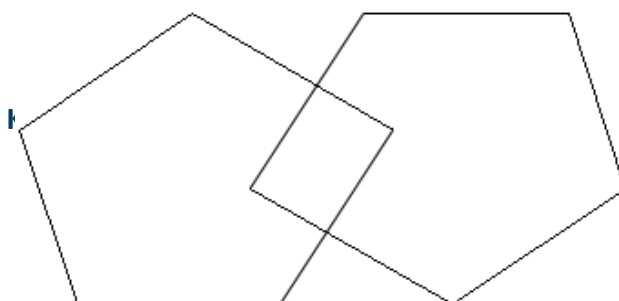
Wilt u voor mij een zin opschrijven?

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 categorieën:

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

Scores	
5	perfecte klok, de cijfers staan alle 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 gebruiken 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 de juiste 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. Cijfers staan verkeerd in de cirkel, waardoor de wijzers niet kunnen worden toegevoegd. Ook kunnen er cijfers ontbreken.
1	ernstige mate van disorganisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht
0	onvermogen om een redelijke vertegenwoordiging van een klok te maken

## Bijlage 6

### Screening valrisico POH en Thuiszorg

Datum:

Naam patiënt : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Ingevuld door :

BSNummer : \_\_\_\_\_  
Huisarts : \_\_\_\_\_

---

#### 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 rustgevendende 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)

**BALANS EN KRACHTTEST:**

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

- staan met de voeten dicht naast elkaar,
- staan met één voet naar voren halverwege de andere voet,
- 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) .....

**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:**





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? Zo ja, hoe lang?	ja nee weet niet
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? Zo ja, hoe lang?	ja nee weet niet

---

### **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?<br>(goede pasvorm, ruwe zool, niet te hoge/lage hak) | ja nee |
| 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? Zo ja: wanneer?	ja nee
--	--------

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?  
zo ja hoe vaak overdag? ja nee

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?  
zo ja, waar merkt u dat aan? ja nee
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?  
zo ja, op welke leeftijd ongeveer \_\_\_\_\_ en wat? ja nee
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
<b>Na 15 min liggend</b>			
<b>Staand na 1 min</b>			
<b>Staand na 3 min</b>			
<b>Staand na 5 min</b>			
<b>Conclusie wel/geen orthostatische hypotensie</b>			

**Einde vragenlijst**

## Bijlage 8

### 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:		



