


Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen

Praktijkrichtlijn





Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via de websites van de initiërende partijen: Ergotherapie Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

Tekstcorrectie: Janke Scharff

Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

© 2024 de initiërende partijen

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

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| A Algemene informatie | 4 |
| A.1 Projectgroep | 4 |
| A.2 Inleiding | 8 |
| A.3 Achtergrond | 13 |
| B Generiek deel | 15 |
| B.1 Meetinstrument om kwetsbaarheid mee in kaart te brengen | 15 |
| B.2 Communicatie met kwetsbare ouderen | 18 |
| B.3 Organisatie van zorg | 20 |
| C Fysio- en oefentherapie | 32 |
| C.1 In kaart brengen van beschermende en risicofactoren voor kwetsbaarheid | 32 |
| C.2 Persoonsgerichte interventies | 40 |
| C.3 Balanstraining | 44 |
| C.4 Functioneel trainen | 47 |
| C.5 Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag | 50 |
| D Ergotherapie | 56 |
| D.1 In kaart brengen van relevante factoren voor kwetsbaarheid | 56 |
| D.2 In kaart brengen van cognitief functioneren | 64 |
| D.3 Ergotherapeutische benaderingen en interventies | 67 |
| E Huidtherapie | 71 |
| E.1 Signalering van skin tears | 71 |
| E.2 Zelfmanagementinterventies | 75 |
| E.3 Lymfoedeem in aanwezigheid van complicerende factoren | 79 |
| F Diëtetiek | 83 |
| F.1 Factoren van ondervoeding en sarcopenie | 83 |
| F.2 Gezamenlijke besluitvorming over dieetinterventies en kwaliteit van leven | 85 |
| F.3 Dieetinterventies bij (risico op) ondervoeding in combinatie met hartfalen, chronische nierschade of ziekte van Parkinson | 88 |
| G Logopedie | 92 |
| G.1 Communicatieve participatie en behoud van autonomie | 92 |
| G.2 Communicatie met naasten en zorgprofessionals | 95 |
| G.3 De rol van de logopedist in de multidisciplinaire benadering bij probleemgedrag | 98 |

A Algemene informatie

A.1 Projectgroep

De projectgroep van de paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen bestaat uit de kerngroep, werkgroepen en een klankbordgroep. De kerngroep bestaat uit een algemeen projectleider en zes deelprojectleiders. De werkgroepen bestaan uit inhoudsdeskundige wetenschappers, vertegenwoordigers vanuit het werkveld van de paramedische disciplines en vertegenwoordiging vanuit beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt. De gezamenlijke klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordiging vanuit het werkveld van de paramedische disciplines, vertegenwoordiging vanuit beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt en vertegenwoordiging van patiënten.

De rollen en taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in de KNGF-richtlijnenmethodiek (2022) (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2022).

Hieronder worden de leden van de kerngroep, werkgroepen en klankbordgroep verder beschreven:

Kerngroep

Algemeen projectleider

- Hilde Vreeken MSc, medior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur, KNGF (tot februari 2022)
- Mitchell van Doormaal MSc, senior beleidsmedewerker, KNGF (vanaf februari 2022)

Deelprojectleider generiek

- Dr. Tim van Kernebeek, medior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur, KNGF

Deelprojectleiders fysio- en oefentherapie

- Dr. Tim van Kernebeek, medior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur, KNGF
- Dr. Thea Kooiman, beleidsmedewerker Kwaliteit & Wetenschap, richtlijnadviseur, VvOCM
- Myrthe Simon-Konijnenburg MSc, beleidsmedewerker Kwaliteit & Wetenschap, richtlijnadviseur, VvOCM

Deelprojectleider ergotherapie

- Anna Hijman MSc, richtlijnadviseur EN, tot oktober 2022
- Loes Schut MSc, richtlijnadviseur en beleidsmedewerker EN, vanaf december 2022

Deelprojectleider huidtherapie

- Dr. Femke de Vries, beleidsmedewerker onderzoek & kwaliteit, richtlijnadviseur, NVH
- Myrthe van Zon MSc, beleidsmedewerker onderzoek & kwaliteit, richtlijnadviseur, NVH

Deelprojectleider diëtetik

- Ir. Marieke Plas, beleidsadviseur kennis, kwaliteit, onderzoek en innovatie, richtlijnadviseur, NVD

Deelprojectleider logopedie

- Ilona Lux-Bernoster MSc, projectmedewerker richtlijnontwikkeling, NVLF
- Jeanine Willekens-Brink MSc, beleidsadviseur en richtlijnadviseur, NVLF

Werkgroep generiek

- Prof. dr. Philip van der Wees, voorzitter werkgroep
- Dr. Hans Hobbelen, inhoudsdeskundig wetenschapper fysiotherapie
- Johanneke Pulles MSc, inhoudsdeskundig wetenschapper oefentherapie
- Dr. Carola Döpp, inhoudsdeskundig wetenschapper ergotherapie
- Ellen Kuiper-Kuijp, huidtherapeut, inhoudsdeskundige
- Dr. Barbara van der Meij, inhoudsdeskundig wetenschapper diëtetik
- Dr. Maren van Rijssen, inhoudsdeskundig wetenschapper logopedie en foniatrie
- Ellen van Unnik, fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF (tot december 2022; in memoriam)
- Dorien van Loo, fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF

- Mike Hoogervorst MSc, (geriatrie)oefentherapeut eerste lijn, afgevaardigde VvOCM
- Jacolien de Haan, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Gaby Buitendijk MSc, docent-onderzoeker lectoraat Urban Ageing /docent opleiding huidtherapie bij De Haagse Hogeschool, Healthy Ageing professional, huidtherapeut eerste lijn, afgevaardigde NVH
- Marinka Lautenbach, diëtist, afgevaardigde NVD (tot 9 mei 2023)
- Lobke Petit, logopedist, afgevaardigde NVLF

Werkgroep fysio- en oefentherapie

- Dr. Hans Hobbelen, inhoudsdeskundig wetenschapper fysiotherapie
- Johanneke Pulles MSc, inhoudsdeskundige oefentherapie
- Ellen van Unnik, fysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF (tot december 2022; in memoriam)
- Tineke van der Bolt MSc, geriatriefysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF-NVFG
- Michelle Fransen, geriatriefysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF-NVFG
- Dorien van Loo, geriatriefysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF
- Lianne Knol-Wijsman MSc, bekkenfysiotherapeut en geriatriefysiotherapeut i.o. tweede lijn, afgevaardigde KNGF-NVFB
- Deborah Pos, geriatrieoefentherapeut en fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde VvOCM
- Mike Hoogervorst MSc, geriatrieoefentherapeut eerste lijn, afgevaardigde VvOCM
- Corine Driever MSc, geriatrieoefentherapeut tweede lijn, afgevaardigde VvOCM
- Marloes Everaers MSc, geriatrieoefentherapeut tweede lijn, afgevaardigde VvOCM
- Linda Vink-van Klooster, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Odilia van Rosmalen MSc, gz-psycholoog, afgevaardigde NIP – sectie Ouderenpsychologie
- Annelies Stouten MSc, kinesitherapeut, afgevaardigde WVK

Werkgroep ergotherapie

- Dr. Carola Döpp, wetenschappelijk inhoudsdeskundige, ergotherapeut
- Aline Lindeboom-Leijenhorst, ergotherapeut, inhoudsdeskundige
- Prof. dr. Maud Graff, hoogleraar ergotherapie, wetenschappelijk inhoudsdeskundige
- Astrid Schoonbrood, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Jacolien de Haan, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Lieke Timmermans, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Linda Vink-van Klooster, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Michelle Fransen MSc, geriatriefysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFG
- Marieke Dubbeldam, diëtist, afgevaardigde NVD, DGO
- Doenja van der Lely, logopedist, afgevaardigde NVLF
- Odilia van Rosmalen MSc, psycholoog, afgevaardigde NIP – sectie Ouderenpsychologie
- Hanneke de Boer, mantelzorger en beleidsmedewerker, afgevaardigde MantelzorgNL
- Willemijn Alderliesten, mantelzorger en ergotherapeut, vertegenwoordiger mantelzorgers

Werkgroep huidtherapie

- Ellen Kuiper-Kuijp, huidtherapeut, inhoudsdeskundige
- Celeste Hoeben, huidtherapeut eerste lijn, afgevaardigde NVH
- Toos Roumen, huidtherapeut eerste lijn, afgevaardigde NVH
- Gaby Buitendijk MSc, docent-onderzoeker lectoraat Urban Ageing /docent opleiding huidtherapie bij De Haagse Hogeschool, Healthy Ageing professional, huidtherapeut eerste lijn, afgevaardigde NVH

- Geetanjalie Bakker, huidtherapeut tweede lijn, afgevaardigde NVH
- Esmee Dijzer, huidtherapeut tweede lijn, afgevaardigde NVH
- Saskia Ruitenburg, verpleegkundig specialist, afgevaardigde V&VN – Verpleegkundig Specialisten
- Dr. Annemie Gallimont MD, dermatoloog Bravis-ziekenhuis, afgevaardigde NVDV

Werkgroep diëtetiek

- Prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar, inhoudsdeskundig wetenschapper, voorzitter werkgroep
- Prof. dr. Marian de van der Schueren, inhoudsdeskundig wetenschapper
- Dr. Barbara van der Meij, inhoudsdeskundig wetenschapper
- Marinka Lautenbach, diëtist zorginstelling, afgevaardigde NVD
- Marit Stüvel, diëtist zorginstelling, afgevaardigde NVD
- Petra Thurmer, diëtist eerste lijn, afgevaardigde NVD
- Carmen Dietvorst, diëtist eerste lijn, afgevaardigde NVD
- Annemijn Beekman, diëtist eerste lijn, afgevaardigde NVD
- Dr. Emmelyne Vasse, diëtist tweede lijn, afgevaardigde NVD
- Merita van Mook, wijkverpleegkundige, afgevaardigde V&VN
- Simone Verhaar, klinisch geriater, afgevaardigde NVKG

Werkgroep logopedie

- Maren van Rijssen, inhoudsdeskundig wetenschapper, afgevaardigde NVLF
- Lobke Petit, logopedist, afgevaardigde NVLF
- Hanneke Kalf, onderzoeker en logopedist, afgevaardigde NVLF
- Lizet van Ewijk, onderzoeker en logopedist, afgevaardigde NVLF
- Odilia van Rosmalen MSc, gz-psycholoog, afgevaardigde NIP – sectie Ouderenpsychologie

Klankbordgroep

- Prof. dr. Philip van der Wees, voorzitter klankbordgroep
- Dr. Simone van Dulmen, vervangend voorzitter klankbordgroep
- Johanna Schuurman, geriatriefysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFG
- Jill Aaldering, oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM
- Ina Gommers, ergotherapeut, afgevaardigde EN
- Karlijn Sterkenburg, huidtherapeut, afgevaardigde NVH
- Karin Kouwenoord, diëtist, afgevaardigde NVD
- Petra Sloot, logopedist, afgevaardigde NVLF
- Annemiek Mooij, verpleegkundig specialist, afgevaardigde V&VN
- Martijn Grotenhuis, klinisch geriater, afgevaardigde NVKG
- Twee afgevaardigden Verenso
- Willem Vos, huisarts niet praktiserend, afgevaardigde NHG-LAEGO
- Josephine Lambregts, patiëntvertegenwoordiger, afgevaardigde Alzheimer Nederland
- Tijmen van Wiltenburg, patiëntvertegenwoordiger, afgevaardigde PFN

Afkortingen

| | |
|---------|---|
| DGO | Diëtisten Geriatrie en Ouderen |
| EN | Ergotherapie Nederland |
| KNGF | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| LAEGO | Landelijke Adviesgroep Eerstelijngeneeskunde voor Ouderen |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| NIP | Nederlands Instituut van Psychologen |
| NVD | Nederlandse Vereniging van Diëtisten |
| NVDV | Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie |
| NVFB | Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie |
| NVFG | Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie |
| NVH | Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten |
| NVKG | Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie |
| NVLF | Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie |
| PFN | Patientenfederatie Nederland |
| Verenso | Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde |
| VvOCM | Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |
| V&VN | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland |
| WVVK | Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten |

Bronnen

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D, Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2022. Beschikbaar via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek_2022.pdf.

A.2 Inleiding

Aanleiding voor de ontwikkeling van de richtlijn

Het aantal ouderen in Nederland stijgt sterk. Tussen 2021 en 2050 stijgt het aantal tachtigplussers naar verwachting van ruim 800 duizend naar 1.5 tot 2.6 miljoen (NIDI en CBS 2021). Door deze vergrijzing zal ook het aantal kwetsbare ouderen toenemen. Kwetsbare ouderen hebben veelal een complexe zorgbehoefte met problematiek in verschillende domeinen die elkaar beïnvloeden. Een paramedische richtlijn zorg voor kwetsbare ouderen is van groot belang om adequaat integrale zorg te kunnen bieden aan deze groeiende groep met complexe problematiek. De knelpuntenanalyse en richtlijnontwikkeling zijn gefinancierd door ZonMw uit de middelen van de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg – Kwaliteit en Transparantie.

Doel van de richtlijn

Deze richtlijn heeft als doelstelling om middels praktische aanbevelingen de paramedische zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren en de samenwerking tussen zorgprofessionals te optimaliseren.

De evidence-based aanbevelingen in deze richtlijn ondersteunen de deelnemende paramedische beroepsgroepen bij het signaleren van kwetsbaarheid en de klinische besluitvorming. Daarnaast dragen ze bij aan de totstandkoming van behandelplannen, het geven van de juiste zorg en behandelingen, en de interdisciplinaire samenwerking hieromtrent, met als doel de kwetsbaarheid van ouderen te verminderen en de gezondheidsuitkomsten bij deze groep ouderen te verbeteren. De aanbevelingen bieden tevens transparantie over de paramedische zorg die geleverd wordt.

Aanbevelingen zijn geen wetten of dwingende voorschriften. In principe wordt een zorgverlener geacht zich aan de aanbevelingen te houden, maar beargumenteerd afwijken is legitiem of zelfs noodzakelijk indien dit past bij de situatie en wensen van een individuele patiënt.

Doelgroep

De richtlijn heeft betrekking op kwetsbare ouderen. Het Sociaal Cultureel Planbureau beschrijft kwetsbaarheid bij ouderen als "een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)" (van Campen 2011). Kwetsbaarheid wordt in het RIVM-model gezien als een dynamische toestand: kwetsbaarheid kan bijvoorbeeld verslechteren door bepaalde levensgebeurtenissen en ziekten, maar iemands kwetsbaarheidsstatus kan ook verbeteren. Deze kwetsbaarheid kan zich op verschillende manieren uiten. Het RIVM onderscheidt vier domeinen waarop ouderen kwetsbaar kunnen zijn (RIVM 2015):

- Fysieke kwetsbaarheid: belemmeringen in fysieke functioneren door bijvoorbeeld gewichtsverlies, evenwichtsproblemen, loopsnelheid en vermoeidheid;
- Cognitieve kwetsbaarheid: belemmeringen in cognitie, zoals geheugen, flexibiliteit en executieve functies;
- Sociale kwetsbaarheid: belemmeringen door eenzaamheid of verlies van sociale steun;
- Psychische kwetsbaarheid: belemmeringen door psychische aandoeningen, zoals een depressie.

Deze richtlijn betreft de paramedische zorg voor kwetsbare ouderen in algemene zin. Gezien de complexiteit van aandoeningen zoals dementie of kanker, gaat de richtlijn niet in op de zorg voor ouderen met specifieke aandoeningen, tenzij anders aangegeven, zoals bij de richtlijnmodules voor logopedisten (dementie). De richtlijn is van toepassing op alle verschillende settings waar zorg aan kwetsbare ouderen wordt geboden door een of meer van de deelnemende paramedische beroepsgroepen.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

De Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen is primair bedoeld voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, diëtisten en logopedisten. Daarnaast is de richtlijn relevant voor (mantelzorgers van) kwetsbare ouderen, andere zorgprofessionals betrokken in de zorg voor kwetsbare ouderen, betrokken zorgprofessionals, zoals specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters, verpleegkundigen, verzorgenden en beleidsmakers.

Leeswijzer

De richtlijn bestaat uit de volgende onderdelen:

- A inleiding
- B generiek deel (3 modules);
- C fysio- en oefentherapie (5 modules);
- D ergotherapie (3 modules);
- E huidtherapie (3 modules);
- F diëtetiek (3 modules);
- G logopedie (3 modules).

In elke afzonderlijke module is de informatie vervolgens verdeeld over drie verdiepende lagen, waarbij met elke laag het desbetreffende onderwerp verder wordt uitgediept:

- Aanbeveling: de praktische handvatten, de aanbevelingen, zijn opgenomen in de Praktijkrichtlijn (de eerste laag).
- Toelichting: de informatie over het onderwerp dat aan de orde is, en de afwegingen die zijn gemaakt ten aanzien van de belangrijkste argumenten die leiden tot de aanbeveling dan wel een omschrijving, zijn ook opgenomen in de Praktijkrichtlijn (de tweede laag).
- Verantwoording: de details over de wijze waarop deze informatie is vergaard (onder andere zoekstrategie, samenvatting van resultaten, beoordeling van bewijskracht en beschrijving van overwegingen), het proces waarlangs deze afweging tot stand is gekomen en de referenties van de gebruikte (wetenschappelijke) literatuur, staan in de Verantwoording (de derde laag).

Waar 'hij' geschreven staat, kan ook 'zij' of 'die' gelezen worden.

In deze richtlijn wordt zowel de term patiënt als de term cliënt gebruikt om te verwijzen naar een kwetsbare oudere.

De keuze hierin verschilt per discipline.

Methodiek

De Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen is ontwikkeld volgens de 'AQUA leidraad 2021' (AQUA advies- en expertgroep 2021) en de 'KNGF-Richtlijnenmethodiek 2022' (KNGF 2022). Hieronder wordt per fase beschreven hoe de methodiek toegepast is. Daarnaast wordt beschreven hoe de betrokkenheid van belanghebbenden heeft plaats gevonden, waaronder de borging van het patiëntenperspectief.

Vorbereidingsfase

In een voorgaand project 'Knelpuntenanalyse Paramedische Zorg bij Kwetsbare Ouderen' is een uitgebreide knelpuntenanalyse uitgevoerd (ZonMw 2021). Daarbij zijn zowel inhoudsdeskundigen, literatuur, stakeholders, cliënten en professionals geraadpleegd. Informatie werd vergaard en geanalyseerd middels:

- Oriënterend literatuuronderzoek
- Interviews met inhoudsdeskundigen

- Patiëntenraadpleging met interviews en focusgroepen
- Brede stakeholderraadpleging (invitational conference) met betrokken medische en paramedische professionals, patiëntvertegenwoordigers, bestuurders, zorgverzekeraars en overige stakeholders
- Raadpleging van de betreffende paramedici middels focusgroepen en surveys
- werkgroepbijeenkomsten

Voor iedere discipline zijn middels bovenstaande methodes knelpunten geïnventariseerd en geprioriteerd ten aanzien van de zorg voor kwetsbare ouderen. Iedere beroepsgroep heeft hierbij 3 knelpunten geprioriteerd en omgezet naar uitgangsvragen. Als eerste stap werd een kerngroep samengesteld bestaande uit een algemeen projectleider en zes deelprojectleiders vanuit de verschillende beroepsgroepen. De algemeen projectleider was verantwoordelijk voor het algehele proces en de deelprojectleiders ieder voor de ontwikkeling van drie tot zes modules. Vanwege de overlap in knelpunten bij de fysiotherapie en oefentherapie, werd besloten gezamenlijk zes uitgangsvragen uit te werken voor deze beroepsgroepen. Voor ieder deelproject is een werkgroep samengesteld, bestaande uit inhoudsdeskundige wetenschappers, vertegenwoordiging vanuit het werkveld van de paramedische disciplines en vertegenwoordiging vanuit beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt (zie A.1 'Projectgroep'). De generieke werkgroep bestond uit afvaardiging van de hierboven genoemde zes de paramedische disciplines. Iedere werkgroep heeft op basis van de belangrijkste knelpunten drie uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn beschreven in een raamwerk en vormden de basis voor de ontwikkeling van de richtlijn.

Overkoepelend werd een klankbordgroep samengesteld, waarbinnen patiënten en andere beroepsgroepen (ook buiten de paramedische disciplines) vertegenwoordigd werden.

Ontwikkelfase

De verschillende deelprojecten zijn onder leiding van de deelprojectleiders in samenwerking met de werkgroepen parallel aan elkaar uitgevoerd. Per uitgangsvraag is systematisch naar literatuur gezocht en de bewijskracht van deze literatuur is waar mogelijk beoordeeld met de GRADE-methodiek (GRADE). De resultaten zijn met de werkgroepen van de deelprojecten besproken, waarna middels het 'GRADE evidence-to-decision'-proces de aanbevelingen zijn opgesteld. De rationale voor de aanbevelingen is hierbij terug te vinden in de modules.

De conceptmodules zijn in drie rondes voorgelegd aan de klankbordgroep, waarna de werkgroepen de commentaren waar mogelijk verwerkt hebben. Hierna zijn alle modules samengevoegd tot een conceptrichtlijn.

Commentaar- en autorisatiefase

In de commentaarfase is de conceptrichtlijn ter commentaar verzonden naar de betrokken paramedici en alle partijen die aan de ontwikkeling van de richtlijn bijgedragen hebben of voorafgaand of tijdens het traject aangegeven hebben betrokken te willen worden in de commentaarfase. Daarnaast is voor een aantal beroepsspecifieke deelprojecten (fysiotherapie, oefentherapie en ergotherapie) een proefimplementatie uitgevoerd om de praktische toepasbaarheid te toetsen. De verzamelde commentaren van de betrokken partijen zijn samengevoegd in een commentarentabel, die is voorgelegd aan de vijf werkgroepen van de deelprojecten. De werkgroepen van de deelprojecten hebben bepaald welke aanpassingen en/of aanvullingen in de conceptrichtlijn vereist dan wel gewenst waren. De klankbordgroep heeft hierin geadviseerd. Na vaststelling door de werkgroepen en de klankbordgroep is de richtlijn ter autorisatie voorgelegd aan alle betrokken partijen.

Disseminatie- en implementatiefase

Na publicatie van de richtlijn worden diverse implementatieproducten opgeleverd, waaronder:

- Patiënteninformatie
- (e)Scholing
- Samenvattingskaart

Betrokkenheid belanghebbenden

Paramedische zorgverleners

De primaire gebruikers van de richtlijn zijn fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, diëtisten en logopedisten. Zij hebben in alle fases van de richtlijn een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling ervan. Zo hebben deze zorgverleners in de voorbereidingsfase knelpunten aangeleverd, hebben ze in de ontwikkelfase zitting genomen in de afzonderlijke werkgroepen en de klankbordgroep, hebben ze in de commentaarfase commentaar gegeven op de conceptribrichtlijn middels een werkveldronde en hebben ze in de implementatiefase meegewerkt aan de implementatieproducten.

Patiënten

Om het patiëntenperspectief te borgen, is in de voorbereidingsfase gebruik gemaakt van input van Patiëntenfederatie Nederland. Deze organisatie heeft focusgroepen georganiseerd en interviews gehouden met patiënten en mantelzorgers, waarna deze resultaten gebruikt zijn bij het formuleren en prioriteren van de knelpunten. De ervaren knelpunten van patiënten hebben, in combinatie met de knelpunten van zorgverleners en andere stakeholders, als basis gediend voor de uitgangsvragen. Afgevaardigden van Patiëntenfederatie Nederland en Alzheimer Nederland hebben deelgenomen aan het ontwikkelproces als onderdeel van de klankbordgroep. De oorspronkelijke wens was om het patiëntenperspectief te borgen in alle afzonderlijke werkgroepen, maar dat bleek praktisch gezien niet haalbaar. Ten slotte hebben Patiëntenfederatie Nederland en Alzheimer Nederland ook deelgenomen aan de commentaarfase.

Overige belanghebbenden

Een aantal overige belanghebbenden nam zitting in de werkgroep of klankbordgroep en/of was bij de richtlijn betrokken in de commentaarfase, en droeg op deze manier bij aan de totstandkoming van de richtlijn. Zo waren klinisch geriaters, specialisten ouderengeneeskunde, (kader)huisartsen en verpleegkundigen vertegenwoordigd in de klankbordgroep en is de richtlijn ter commentaar voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland.

Belangenverstremming

Voorafgaand aan en bij afsluiting van het project hebben alle projectleden een belangenverklaring ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en indien nodig werden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming zoveel mogelijk te voorkomen (bijvoorbeeld d.m.v. het niet participeren in het proces 'van bewijs naar aanbeveling' in de werkgroep) conform de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2022' (Gehring 2020; KNGF 2022).

Bronnen

- AQUA Advies- en expertgroep (2021). AQUA Leidraad 2021.
- Gehring K, Stuiver MM, Visser E, Kloek C, van den Bent M, Hanse M, Tijssen C, Rutten GJ, Taphoorn MJB, Aaronson NK, Sitskoorn MM. A pilot randomized controlled trial of exercise to improve cognitive performance in patients with stable glioma: a proof of concept. *Neuro-oncol.* 2020;22(1):103-15.
- GRADE. Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation. GRADE working group. geraadpleegd in november 2023; Beschikbaar via: <http://www.gradeworkinggroup.org>.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D, Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2022. Beschikbaar via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek_2022.pdf.
- NIDI en CBS. Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen. Eindrapport Verkenning Bevolking 2050. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut & Centraal Bureau voor de Statistiek; 2021. Beschikbaar via: <https://publ.nidi.nl/output/2021/nidi-cbs-2021-bevolking-2050-in-beeld.pdf>.
- RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2015. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks-zijn-er-verschillen-in-kwetsbaarheid>.
- van Campen C. Kwetsbare Ouderen. Planbureau SeC; 2011. Beschikbaar via: https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/697/http__www.scp.nl_8080_gvisapi_dsplug.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

A.3 Achtergrond

Prevalentie

Kwetsbaarheid bij ouderen is een veelvoorkomende dynamische en complexe gezondheidsstatus. De verschillende definities die in de literatuur gehanteerd worden voor kwetsbaarheid, bemoeilijken een eenduidige bepaling van de prevalentie. Echter, wanneer wordt uitgegaan van het conceptueel model van Gobbens, die ook bij het CBS en het RIVM aangehouden wordt (Gobbens 2015), dan wordt een prevalentie van kwetsbaarheid bij ouderen in Nederland (70 tot 81-jarigen) gevonden van 34.6% (RIVM 2015). Binnen dit model van kwetsbaarheid spelen verschillende risicofactoren binnen het fysieke, psychische, sociale en cognitieve domein een rol. Hoewel kwetsbaarheid niet veroorzaakt wordt door een toenemende leeftijd, is er wel een positieve relatie tussen leeftijd en de prevalentie van kwetsbaarheid. Het aantal kwetsbare ouderen zal, gezien de vergrijzing, naar verwachting verder toenemen (NIDI en CBS 2021).

Klinisch beeld en beloop

Het klinische beeld van kwetsbaarheid bij ouderen betreft een scala van symptomen en functionele beperkingen zien binnen het fysieke, sociale, cognitieve en psychische domein. Zo is er bij kwetsbare ouderen vaak sprake van ondervoeding, verminderde spierkracht, vermoeidheid, verminderde mobiliteit, een verhoogd valrisico, eenzaamheid en somberheid. Cognitieve problemen kenmerken zich vaak door geheugenverlies, een verminderd concentratievermogen en problemen met de executieve functies.

Kwetsbaarheid wordt gezien als een dynamische gezondheidstoestand. Iemands kwetsbaarheidsstatus kan verslechteren door bepaalde levensgebeurtenissen en ziekten, maar ook verbeteren. Er zijn veel verschillende risicofactoren en beschermende factoren die elkaar beïnvloeden en de mate en snelheid van verslechtering of verbetering bepalen. Bij toenemende kwetsbaarheid is er sprake van een opeenstapeling van aandoeningen en beperkingen op één of meerdere domeinen. Hierdoor verslechtert de algehele gezondheidsstatus. Dit brengt een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten met zich mee, zoals functiebeperkingen, ziekenhuisopname of overlijden. Echter, met de juiste begeleiding, zorg en een passende interventie kan iemands kwetsbaarheid verminderen en kan een robuustere gezondheidsstatus ontstaan.

Het dynamische karakter van kwetsbaarheid geeft paramedici samen met kwetsbare ouderen en andere zorgprofessionals en -ondersteuners de mogelijkheid om kwetsbaarheid te verminderen. Zowel fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, diëtisten als logopedisten kunnen bij (vroegtijdige) signalering van kwetsbaarheid rekening houden met deze kwetsbaarheid en de aangeboden zorg hierop optimaal afstemmen. De evidence-based aanbevelingen in deze richtlijn zullen de deelnemende paramedische beroepsgroepen ondersteuning bieden bij het signaleren van kwetsbaarheid en onderliggende problemen bij ouderen. Daarnaast dragen ze bij aan de totstandkoming van behandelplannen, aan het geven van de juiste zorg en behandelingen en aan de interdisciplinaire samenwerking hieromheen. De totstandkoming van deze Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen geeft daarom richting aan het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor deze groep ouderen.

Preventie

Preventie speelt een belangrijke rol in de zorg voor kwetsbare ouderen. Onderdeel hiervan is vroegtijdige signalering, waarbij zorgverleners, onder wie paramedici, kwetsbaarheid in een vroeg stadium herkennen. Vroege signalering stelt paramedici in staat om tijdig passende interventies te starten om verdere achteruitgang te voorkomen. Preventie vormt daarom een rode draad binnen deze Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen, waarbij de focus ligt op het behouden van de functionele onafhankelijkheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven van de oudere. Paramedici spelen hierin een essentiële rol en bieden gepersonaliseerde behandelinterventies om de mobiliteit en spierkracht te verbeteren en geven

advies over valpreventie, tips voor woonaanpassingen om veiligheid te bevorderen en voedingsadvies om ondervoeding te voorkomen. Door middel van multidisciplinaire samenwerking kunnen paramedici, samen met andere zorgverleners én het sociale domein, het bewegend functioneren, de algehele gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen bevorderen. Preventie is niet alleen kosteneffectief, maar ook van belang voor het bevorderen van gezonde, onafhankelijke ouderen met een goede kwaliteit van leven.

Maatschappelijke impact

De maatschappelijke impact van het toenemend aantal kwetsbare ouderen is substantieel. Er is veelal sprake van een complexe zorgvraag en kwetsbaarheid leidt door ziekenhuisopnames en gebruik van langdurige zorg tot een verhoogde druk op de gezondheidszorg. Daarnaast wordt er door verlies van zelfstandigheid van de kwetsbare oudere vaak een beroep gedaan op naasten, familieleden en/of mantelzorgers, waarbij overbelasting van mantelzorgers een risico vormt (SCP 2019). Een goede interdisciplinaire samenwerking binnen het paramedische werkveld en met huisartsen en praktijkondersteuners zou deze maatschappelijke impact kunnen verlichten.

Bronnen

- Gobbens RJ, Krans A, van Assen MA. Validation of an integral conceptual model of frailty in older residents of assisted living facilities. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2015;61(3):400-10.
- NIDI en CBS. Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen. Eindrapport Verkenning Bevolking 2050. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut & Centraal Bureau voor de Statistiek; 2021. Beschikbaar via: <https://publ.nidi.nl/output/2021/nidi-cbs-2021-bevolking-2050-in-beeld.pdf>.
- RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2015. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks-zijn-er-verschillen-in-kwetsbaarheid>.
- SCP. Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg. Sociaal en Cultureel Planbureau; 2019. Beschikbaar via: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/08/mantelzorgers-in-het-vizier>.

B Generiek deel

B.1 Meetinstrument om kwetsbaarheid mee in kaart te brengen

Aanbeveling(en)

Beoordeel op basis van anamnese en aanvullende meetgegevens of het zinvol is om bij de oudere te screenen op kwetsbaarheid. Gebruik hiervoor de volgende meetinstrumenten. Aanbevolen en optionele meetinstrumenten zijn doorgaans beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.

Aanbevolen meetinstrument

Gebruik de Groningen Frailty Indicator (GFI) voor het screenen op kwetsbaarheid. Er is sprake van kwetsbaarheid bij een score > 4.

Optioneel meetinstrument

Gebruik de Evaluative Frailty Index for Physical Activity (EFIP) voor het vaststellen van kwetsbaarheid of als aanvullende follow-up tests voor het verkrijgen van meer inzicht in kwetsbaarheidsdomeinen waarop een kwetsbare oudere laag scoort. Er is sprake van kwetsbaarheid bij een score > 0.2 (zie C.1 'In kaart brengen van beschermende en risicofactoren' voor meer informatie over (het afnemen van) de EFIP).

Gebruik de testresultaten bij het opstellen van een behandelplan, de keus om al dan niet door te verwijzen naar andere (paramedische) zorgprofessionals, of om andere (paramedische) zorgprofessionals te raadplegen. Zie hiervoor tevens B.3 'Organisatie van zorg'.

Aanleiding

Voor paramedische professionals is het van belang om bij verdenking van kwetsbaarheid bij ouderen deze objectief in kaart te brengen. De anamnese kan hiervoor aanleiding geven. Het objectief in kaart brengen van de kwetsbaarheid van een oudere en het (de) domein(en) waarop iemand kwetsbaar is, is niet alleen van belang in de onderlinge communicatie tussen paramedici en andere zorgprofessionals, maar ook om bijvoorbeeld de kwetsbare oudere meer inzicht in zijn gezondheid te geven en in terug- en doorverwijzingen naar bijvoorbeeld de huisarts. Daarnaast geeft het in kaart brengen van kwetsbaarheid informatie die een rol speelt in keuzes voor behandel- en interventietrajecten. Er bestaat bij paramedici dan ook de behoefte om discipline overstijgend en op een generieke en uniforme wijze een inschatting te kunnen maken van de kwetsbaarheid van ouderen.

Doel van het meetinstrument

Voordat de literatuuresearch plaatsvond, heeft de werkgroep aangegeven wat het hoofddoel is van het meetinstrument. Voor de praktijk is van belang dat het meetinstrument gebruikt kan worden om te screenen op kwetsbaarheid en om kwetsbaarheid vast te stellen, zodat deze informatie op de juiste wijze meegenomen kan worden in het behandelplan. Aanwezigheid van kwetsbaarheid heeft namelijk gevolgen voor de in te zetten interventie.

Met een gebruiksvriendelijk instrument kunnen kwetsbare ouderen bij wie sprake is (van een mate) van kwetsbaarheid, gesignaleerd worden. Daarbij is het wenselijk om kwetsbaarheid zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Dit betekent dat er gezocht wordt naar een meetinstrument waarmee het mogelijk is om de vier verschillende domeinen van kwetsbaarheid in kaart te brengen (fysiek, psychologisch, sociaal, cognitief) (Gobbens 2010; Gobbens 2015; RIVM 2015). Dit komt overeen met het oorspronkelijke knelpunt en de doelstelling van deze richtlijnmodule.

Voor het in kaart brengen van kwetsbaarheid bij ouderen bestaan uiteenlopende instrumenten, Patiënt-Reported Outcome Measures (PROMs) zoals vragenlijsten, maar ook functietests en Performance-based tests (PerfO), of een combinatie hiervan. Bij deze meetinstrumenten die kwetsbaarheid in kaart brengen, is het belangrijk dat de verschillende domeinen terugkomen waarop kwetsbaarheid zich kan voordoen.

Voor deze richtlijn staat de definitie van kwetsbare ouderen zoals beschreven in het SCP-rapport 2011 centraal. Het Sociaal Cultureel Planbureau beschrijft kwetsbaarheid bij ouderen als *“een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)”* (van Campen 2011).

Voorwaarden meetinstrument

Meetinstrumenten dienen aan een aantal voorwaarden te voldoen om voor paramedische professionals in de Nederlandse context te kunnen worden aanbevolen.

- Een voorwaarde voor een aanbeveling voor een meetinstrument binnen deze richtlijn is dat het meetinstrument én de gebruikershandleiding in het Nederlands verkrijgbaar zijn.
- Een andere belangrijke eigenschap van het meetinstrument is de mogelijkheid om de vier verschillende domeinen van kwetsbaarheid in kaart te brengen (fysiek, psychologisch, sociaal, cognitief).

Uitgangsvraag

Wanneer is er sprake van kwetsbaarheid (multidimensionaal: psychologisch, sociaal, cognitief en/of fysiek)? En hoe kan je kwetsbaarheid signaleren?

Conclusies op basis van de literatuur

Conclusie Huang 2021

In de studie van Huang (2021) wordt aangegeven dat de Frailty Index of Accumulative Deficits (FI-CD), ontwikkeld door Mitnitski (2002), het meest gebruikte en betrouwbare meetinstrument is. Echter, met 90 test-items is afname van deze test tijdsintensief.

De Groningen Frailty Indicator (GFI), met 15 items, en de Tilburg Frailty Indicator (TFI), met 15 items, zijn de meetinstrumenten die het vaakst zijn onderzocht op psychometrische eigenschappen en hierop tevens voldoende scores. Daarnaast zijn dit zelfrapportagemeeinstrumenten en bestrijken ze meerdere domeinen van kwetsbaarheid. Uit de 42 beschouwde meetinstrumenten worden daarom de GFI en de TFI door Huang (2021) aanbevolen als screening-tool naar kwetsbaarheid bij ouderen.

Conclusie Gilardi 2018

Er is geen unanimiteit over een gouden standaard voor het vaststellen van (het risico op) kwetsbaarheid bij ouderen. Echter, de Frailty Index van Mitnitski (2002) zou hiervoor het meest in aanmerking komen.

Vier van de vijf meetinstrumenten blijken geschikt voor de eerstelijnsgezondheidszorg. De Tilburg Frailty Indicator komt naar voren als de beste keus als screeningsinstrument, gezien de hiervoor genoemde voorwaarden. De Tilburg Frailty Indicator brengt meerdere domeinen van kwetsbaarheid in kaart, is gebruiksvriendelijk en kent een hoog onderscheidend vermogen. Een tweestapsproces waarbij eerst een snel af te nemen (screenings)instrument gebruikt wordt, eventueel gevolgd door een langer, maar kwalitatief beter meetinstrument, kan een geschikt proces zijn binnen de gezondheidszorg.

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep acht de GFI geschikt voor alle zes deelnemende paramedische beroepsgroepen. De GFI is momenteel het meest gebruiksvriendelijke screeningsinstrument voor kwetsbaarheid, die alle kwetsbaarheidsdomeinen bestrijkt. Met de GFI kan screening op kwetsbaarheid vroegtijdig en op een betrouwbare en valide wijze worden gedaan.

Paramedische professionals kunnen te allen tijden doorvragen op een specifiek kwetsbaarheidsdomein als de GFI daartoe aanleiding geeft.

De EFIP is een uitgebreider instrument en kan worden beschouwd als een diagnostisch instrument. De werkgroep geeft daarom aan dat, afhankelijk van de uitkomst op de GFI, de EFIP eventueel gebruikt kan worden als follow-up test om meer inzicht te krijgen in het kwetsbaarheidsdomein waarop een kwetsbare oudere laag scoort.

Bronnen

- Gobbens R, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2010;13(3):175-81.
- Gobbens RJ, Krans A, van Assen MA. Validation of an integral conceptual model of frailty in older residents of assisted living facilities. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2015;61(3):400-10.
- Huang EY, Lam SC. Review of frailty measurement of older people: Evaluation of the conceptualization, included domains, psychometric properties, and applicability. *Aging Med (Milton)*. 2021;4(4):272-91.
- Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics*. 2002;2(1):1.
- RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2015. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks-zijn-er-verschillen-in-kwetsbaarheid>.
- van Campen C. Kwetsbare Ouderen. Planbureau SeC; 2011. Beschikbaar via: https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/697/http__www.scp.nl_8080_gvisapi_dsplug.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

B.2 Communicatie met kwetsbare ouderen

Aanbeveling(en)

Formuleer eerst de communicatiedoelen: wát wil de zorgverlener samen met de kwetsbare oudere bereiken?

Bepaal vervolgens welke strategie het effectiefst is voor het overbrengen van de boodschap die gecommuniceerd dient te worden: hóé geeft de zorgverlener dit vorm?

Wees daarbij alert op voldoende begrip bij de kwetsbare oudere en of er sprake is van beperkingen in de visus en/of gehoor die de communicatie kunnen beïnvloeden. Betrek, indien wenselijk en in overleg met de kwetsbare oudere, een mantelzorgverlener.

Hieronder staan voorbeelden van veel gebruikte communicatiestrategieën en stappen in de communicatie om effectief te communiceren met kwetsbare ouderen.

Aanbevolen communicatiedoelen- en strategieën:

- Een goede relatie opbouwen met de kwetsbare oudere.
- Informatie verzamelen bij de kwetsbare oudere. Vraag eventueel toestemming voor een heteroanamnese.
- Duidelijke informatie geven. Wees daarbij attent op kwetsbare ouderen met lage gezondheidsvaardigheden.
- De kwetsbare oudere betrekken bij het nemen van beslissingen*
- Gewenst gedrag stimuleren door middel van communicatiestrategieën.
- Reageer op emoties.

* Stappen in de communicatie met kwetsbare ouderen bij het nemen van beslissingen:

Deze stappen bevorderen betrokkenheid van de kwetsbare oudere en het proces van samen beslissen:

- 1 Voorbereiding: Kijk naar de voorgeschiedenis van de kwetsbare oudere en naar de acute problemen. Controleer eerder gemaakte afspraken, deze kunnen behulpzaam zijn om het gesprek te openen en richting geven.
- 2 Doelen: Bespreek met de kwetsbare oudere dat er een gezondheidsprobleem is en dat er meerdere mogelijkheden zijn voor behandeling en zorg. Vertel dat het goed is om eerst een aantal algemene zaken te bespreken.
- 3 Keuzes: Vat samen wat er tot nu toe besproken is en leg de kwetsbare oudere uit dat hij een keuze heeft. Maak duidelijk waar de keuze over gaat en formuleer het belangrijkste behandeldoel.
- 4 Opties: Bepaal aan de hand van het behandeldoel wat de opties zijn en bespreek de voor- en nadelen van elke optie.
- 5 Besluitvorming: Vraag of de kwetsbare oudere klaar is om een beslissing te nemen. Misschien heeft de kwetsbare oudere meer tijd nodig en heeft hij nog vragen. Formuleer samen het besluit. Het kan zijn dat de kwetsbare oudere liever heeft dat de (paramedische) zorgprofessional het besluit neemt. Benoem dit dan expliciet en sluit aan bij de waarden en doelen van de kwetsbare oudere.
- 6 Evaluatie: Bespreek met de kwetsbare oudere of hij tevreden is over het gesprek en het genomen besluit.

Aanvullende tips zijn te vinden in bijlage B.2.1. Ten aanzien van diëtetiek is dit model uitgewerkt in F.2 'Gezamenlijke besluitvorming over dieetinterventies en kwaliteit van leven'. Raadpleeg G.3 'Multidisciplinaire benadering bij probleemgedrag' voor zeer complexe communicatievraagstukken bij kwetsbare ouderen met gedrags- en/of communicatieproblemen.

Aanleiding

Het toepassen van communicatiestrategieën bij kwetsbare ouderen kan een positieve bijdrage leveren aan de therapeut-patiëntrelatie, de patiënttevredenheid, de patiëntenparticipatie, het zelfmanagement en het gevoel van autonomie (Simmons-Mackie 2010; Simmons-Mackie 2016; Van Rijssen 2021). Vanuit de praktijk bestaat de behoefte om meer handvatten te

krijgen voor effectieve en prettige communicatie-strategieën met kwetsbare ouderen. Niet alleen is er bij kwetsbare ouderen soms sprake van onderliggende aandoeningen die de communicatie kunnen beïnvloeden, ook hebben kwetsbare ouderen soms een ander perspectief op het begrip kwetsbaarheid. Voor paramedische professionals (fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, huidtherapie, logopedie, diëtetiek) is het daarom belangrijk te weten op welke manier het beste met de kwetsbare ouderen kan worden gecommuniceerd over de problemen en doelstellingen.

Een communicatiestrategie betreft: keuzes die gemaakt kunnen worden door de zorgverlener of kwetsbare oudere (een van de communicerende partijen) over de wijze waarop informatie gedeeld wordt.

Hieronder kunnen bijvoorbeeld vallen:

- Het gebruik van bepaalde hulpmiddelen, zoals afbeeldingen, geschreven tekst (zin of woord)
- De inzet van motivational interviewing-technieken
- Het nemen van extra tijd
- Een kwetsbare oudere die iemand meeneemt naar een consult
- Zorgen voor een rustige ruimte, zonder achtergrondgeluid (radio/tv)

Hierbij is het niet zozeer van belang wat het effect of resultaat is van de gegeven zorg, maar welke rol communicatie heeft gespeeld in de patiëntervaring. Een voorbeeld is patiënttevredenheid met betrekking tot samen beslissen.

Uitgangsvraag

Welke aspecten zijn belangrijk in de communicatie met kwetsbare ouderen en het systeem hieromheen?

Conclusies op basis van de literatuur

Conclusie systematisch literatuuronderzoek

Geconcludeerd werd dat patiëntgerichte communicatiestrategieën die gericht zijn op gepersonaliseerde zorg, patiëntparticipatie en 'samen beslissen' effectief zijn (op patiëntparticipatie) bij oudere patiënten. Er zijn verschillende strategieën waarmee tot zelfmanagementdoelstellingen gekomen kan worden.

Conclusie niet-systematisch literatuuronderzoek

De meeste ouderen willen altijd samen beslissen (67%). Dit leidt tot positieve effecten op het gebied van patiënttevredenheid, beter geïnformeerde patiënten (en hierdoor minder angstig), therapietrouw, betere relatie tussen zorgprofessional, patiënt en naasten, gevoel van autonomie van de patiënt, aansluiting bij daadwerkelijke problemen van de oudere, en gevoel van meerwaarde van zorgprofessionals.

Rationale van de aanbeveling

Verschiedende communicatiedoelen en -strategieën leiden tot een betere therapeut-patiëntrelatie, patiëntparticipatie en tot betere behandelplannen en -beslissingen. Door de geïncludeerde literatuur wordt hiervan een overzicht gegeven door middel van zes communicatiedoelen met bijbehorende strategieën én een zes-stappenplan dat leidt tot betere patiëntparticipatie en 'samen beslissen'. De werkgroep is van mening dat de voordelen van toepassing van de communicatiestrategieën opwegen tegen de extra tijd die het zorgverleners wellicht zal kosten om de strategieën te implementeren.

De werkgroep is van mening dat het toepassen van de communicatiestrategieën een belangrijke bijdrage levert aan het leveren van goede zorg.

Daarom beveelt de werkgroep aan om de communicatiestrategieën, zoals besproken in deze module, aan te bevelen in de communicatie met kwetsbare ouderen.

B.3 Organisatie van zorg

Aanbevelingen

Wees op de hoogte van de rol, expertise en competenties van andere paramedische zorgprofessionals in de behandeling van kwetsbare ouderen.

Stem met de betrokken zorg- en hulpverleners van de kwetsbare oudere af op welke wijze multidisciplinaire samenwerking op lokaal of regionaal niveau wordt georganiseerd.

Informatie-uitwisseling met de verwijzer en dossiervoering

Stuur een korte rapportage naar de verwijzer bij aanvang en bij afsluiting van het behandeltraject.

Stuur een tussentijdse update:

- als antwoord op het verzoek om informatie door de arts;
- als antwoord op een consultatieaanvraag van de arts.

Overweeg een tussentijdse update:

- als de kwetsbare oudere lang onder behandeling blijft of bij een afwijkend beloop; stuur op gezette tijden een rapportage over het ingezette traject.

Stel verslagen en eindrapportages op conform de vigerende 'Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus)' en de beroepsspecifieke richtlijnen voor verslaglegging.

Aanleiding

Tijdens de knelpuntenanalyse van deze multidisciplinaire richtlijn kwam vanuit de betrokken paramedische disciplines naar voren dat onderlinge afstemming, samenwerking en 'organisatie van zorg' belangrijke aandachtspunten zijn. Aangegeven werd dat het van belang is dat paramedische professionals op de hoogte zijn van elkaars expertise en competenties, zodat het raadplegen van of het doorverwijzen naar een andere paramedische discipline optimaal kan plaatsvinden. De module 'organisatie van zorg' is daarmee, evenals de andere modules, op basis van een geprioriteerd knelpunt in de richtlijn opgenomen.

In het behandelproces van kwetsbare ouderen wordt samengewerkt met veel zorg- en hulpverleners. In de huidige module wordt beschreven welke zorg- en hulpverleners betrokken kunnen zijn in dit behandelproces en hoe de samenwerking georganiseerd is. Hiervoor is de onderstaande uitgangsvraag opgesteld.

Uitgangsvraag

Hoe is de multidisciplinaire zorg bij kwetsbare ouderen georganiseerd?

Rationale van de aanbeveling

In overleg met de werkgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren voor deze uitgangsvraag, maar de informatie op niet-systematische wijze te vergaren en narratief uit te werken met behulp van de kennis en expertise van de werkgroep. Hierbij is besloten zoveel mogelijk aan te sluiten bij de 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen (LESA) (Verlee 2017) en de hierop gebaseerde 'Handreiking kwetsbare ouderen thuis' (Leids

Universitair Medisch Centrum 2019). De LESA geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen en hun teams, onder wie de paramedici. Uitgangspunt is dat die werkafspraken altijd worden gemaakt in samenspraak met de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften, mogelijkheden en omstandigheden van de betrokken kwetsbare oudere (Verlee 2017).

Toelichting

Organisatie van multidisciplinaire samenwerking

In het behandelproces van kwetsbare ouderen wordt regelmatig samengewerkt met verschillende zorg- en hulpverleners. Juist bij de groep kwetsbare ouderen is de afstemming tussen zorg- en hulpverleners cruciaal voor de kwaliteit van zorg in de verschillende settings, zoals eerste- en tweedelijnszorg, thuiswonende ouderen, ziekenhuissetting en zorginstellingen. Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag met problematiek in verschillende domeinen (Verlee 2017). Bij de behandeling van kwetsbare ouderen zijn vele zorgverlenende deskundigen betrokken, zoals genoemd in kader 1 in de praktijkrichtlijn.

In de zorg voor kwetsbare ouderen vormen de huisarts en wijkverpleegkundige samen het kernteam en wordt dit desgewenst aangevuld met een specialist oudergeneeskunde, sociaal werker of een andere zorg- of hulpverlener (zoals een paramedicus) (Verlee 2017).

In de paragrafen 'Rol van de paramedici' en 'Expertise van overige zorg- en hulpverleners' wordt dit verder toegelicht.

Uitgangspunten in de samenwerking

Om goed te kunnen samenwerken is het van belang dat zorg- en hulpverleners een visie op goede zorg voor ouderen met elkaar delen en dat zij werken vanuit dezelfde uitgangspunten. De werkgroep is van mening aan te sluiten bij de geformuleerde uitgangspunten uit de LESA (Verlee 2017). De gedeelde uitgangspunten staan daarom hierna beschreven:

- 1 **Kwaliteit van leven** | De rol van de zorg- of hulpverlener is om aandacht te besteden aan kwaliteit van leven en regelmatig met de oudere te bespreken hoe de uiteenlopende wensen bij de inrichting van de zorg gewogen moeten worden. Zij realiseren zich dat 'kwaliteit van leven' door ouderen verschillend wordt ingevuld en dat zowel de invulling als de omstandigheden kunnen veranderen.
- 2 **Eigen regie** | Goede zorg voor ouderen sluit zoveel mogelijk aan bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de ouderen en bij het vermogen van de ouderen tot aanpassing en zelfmanagement.
- 3 **Participatie in de samenleving** | De zorg- of hulpverlener heeft oog voor de sociale omstandigheden, zoals het behouden of mogelijk uitbreiden van een sociaal netwerk en preventie van eenzaamheid.
- 4 **Clïëntgerichtheid en continuïteit zijn leidend** | De oudere zelf bepaalt de doelen.
- 5 **Teamwerk** | Het is voor de zorg- en hulpverleners duidelijk wie voor welke taken verantwoordelijk is, wie de coördinatie en regie heeft bij de zorg voor de kwetsbare ouderen en wie het aanspreekpunt is. De precieze afspraken zullen afhangen van de lokale of regionale situatie.

Bron: Verlee (2017)

Afspraken in de samenwerking

Het is van belang om afspraken in de samenwerking te maken op lokaal of regionaal niveau over de taakverdeling in de samenwerking in de zorg voor kwetsbare ouderen. Kennis hebben van de regionale en lokale netwerken is dan ook cruciaal voor bijvoorbeeld samenwerking en doorverwijzingen. Voor de volgende onderwerpen is van belang om met het kernteam en andere (paramedische) zorgprofessionals en hulpverleners af te stemmen:

- 1 **Signalering kwetsbaarheid** | Het is van belang om af te spreken:
 - hoe de kwetsbaarheid bij ouderen gesignaleerd wordt
 - wat het beleid is wanneer er vermoed wordt dat er sprake is van een kwetsbare oudere
 - welke meetinstrumenten er gebruikt worden voor het vaststellen van de kwetsbaarheid.

- 2 **Probleeminventarisatie** | Gebruikmakend van de bevindingen uit de probleeminventarisatie formuleren de huisarts en/of de wijkverpleegkundige samen met de kwetsbare oudere de gewenste zorgresultaten. Zij maken op basis daarvan een (gezamenlijk) zorgplan.
- 3 **Communicatie en coördinatie** | Communicatie over en coördinatie van deze zorg is van groot belang voor goede en continue zorg. Belangrijke onderwerpen hierin zijn:
 - De vraag wie de zorg coördineert. Dit kan eventueel ook de kwetsbare oudere zelf of een mantelzorger zijn. In elk geval wordt de coördinator in overleg met de kwetsbare oudere bepaald. Het is van belang dat de kwetsbare oudere een goede relatie heeft met de desbetreffende coördinator.
 - De vraag wie het aanspreekpunt is voor de kwetsbare oudere en zijn naasten en naar welke (schriftelijke, mondelinge) informatie verwezen wordt.
 - De informatie-uitwisseling. Een belangrijke voorwaarde voor een adequate (volledige) registratie, (relevante) rapportage en (snelle) uitwisseling van medische gegevens en gegevens met betrekking tot de zorg is een goede informatie-uitwisseling. Zie voor de toelichting hiervan de paragraaf 'Informatie-uitwisseling'.
 - Het zorgplan. Het is van belang af te stemmen of er een zorgplan wordt opgesteld en zo ja hoe dat gebeurt, wie dat coördineert en beheert en wie aanpassingen kan doen en welke domeinen worden beschreven.
 - Overleg. Het verdient aanbeveling dat er afspraken gemaakt worden over het starten of benutten van het multidisciplinair overleg (MDO) en/of gestructureerd periodiek overleg (GPO).

Bronnen: Digitaal samenwerkingsplatform (2020), Leids Universitair Medisch Centrum (2019), NPCF (2014), Verlee (2017)

Interprofessionele samenwerking

Kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door een veelheid aan verschillende factoren zoals onder andere blijkt uit het conceptueel model van kwetsbaarheid (Gobbens 2010). Om de negatieve uitkomsten door kwetsbaarheid zoveel mogelijk te verminderen of te voorkomen is effectieve interprofessionele samenwerking nodig. Samenwerking tussen paramedici, maar ook tussen paramedici en andere professionals in zorg en welzijn. Samenwerking komt de kwaliteit van zorg ten goede en zorgt dat je als professional aansluit bij het huidige beleid waarin passende zorg een prominente plaats heeft (Zorginstituut Nederland 2022). In dit kader wordt samenwerking tussen zorgprofessionals specifiek benoemd als voorwaarde om passende zorg te leveren op basis van de volgende principes:

- 1 Passende zorg is waardegedreven.
- 2 Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de cliënt tot stand.
- 3 Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek.
- 4 Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Uit bestaande kennis (Cobben 2016; Tsakitzidis 2012; Valentijn 2013; Zorginstituut Nederland 2022) zijn de volgende belangrijke aspecten met betrekking tot interprofessionele samenwerking naar voren gekomen:

- Meerdere disciplines zijn bij de zorg en ondersteuning betrokken (binnen en buiten de zorg).
- Er zijn gezamenlijke overleggen en bijeenkomsten.
- Er is een gemeenschappelijk doel en een gemeenschappelijke visie.
- Er is gelijkwaardigheid tussen disciplines.
- Professionals weten wat hun eigen krachten en beperkingen zijn.
- Er wordt gebruikgemaakt van een gezamenlijk zorgplan.
- Er worden concrete afspraken gemaakt over de taakverdeling t.b.v. het zorgplan.
- Disciplines hebben kennis van elkaars vakgebied.
- Er wordt een holistische aanpak gebruikt.
- Er wordt cliëntgecentreerd gewerkt.
- Samen beslissen met de cliënt wordt toegepast.
- De cliënt is actief betrokken.

- De behoeften en mogelijkheden van de cliënt staan centraal en niet de ziekte.
- Er is één aanspreekpunt voor de cliënt en naaste.
- Er is gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het zorgplan.
- Alternatieven buiten het zorgdomein worden overwogen.

Bovenstaande bevindingen zijn met name afkomstig van projecten in de eerstelijnszorg. Kenmerkend (en voorwaardelijk) voor interdisciplinaire samenwerking is dat deze één plan, één coördinator en één team vereist. De werkgroep verwacht dat professionals graag volgens bovenstaande werkwijze willen werken.

Verwijzing

Het inschakelen van paramedici valt meestal onder de (eind)verantwoordelijkheid van de huisarts in overleg met het kernteam.

Informatie-uitwisseling

Er zijn gedurende de behandeling van kwetsbare ouderen diverse momenten aan te wijzen waarop de paramedici stilstaan bij de informatie-uitwisseling met de verwijzer (meestal de huisarts).

In de richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus' (HASP-paramedicus) zijn op basis van consensus van de werkgroep aanbevelingen gevormd voor deze informatie-uitwisseling. De aanbevelingen voor de informatie-uitwisseling van de paramedicus naar de arts zijn overgenomen in deze richtlijn (NHG 2020).

Zie voor informatie over dossiervoering de vigerende 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' van het KNGF, de 'Richtlijn Verslaglegging' van de VvOCM, de 'NVH-richtlijn Huidtherapeutische dossiervoering', de 'Richtlijn verslaglegging ergotherapie', de 'Richtlijn Logopedische dossiervorming' en de 'Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus' (HASP-paramedicus). (KNGF 2019; VvOCM 2020; NVH 2017; Ergotherapie Nederland 2016; Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 2019; NHG 2020).

Rol van de paramedici

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut biedt deskundige hulp en ondersteuning wanneer bewegen niet meer vanzelfsprekend is. Dit gebeurt bij dreigende of bestaande gezondheidsproblemen die te relateren zijn aan het bewegend functioneren. Fysiotherapie ondersteunt bij het in beweging komen en blijven, op een manier die past bij de invulling die de patiënt aan zijn leven wil geven. Dit gebeurt in directe interactie en samenspraak met de patiënt en zijn leefomgeving en met oog voor de samenhang met eventuele andere vraagstukken in het leven van de patiënt. Fysiotherapie is daarmee een specialistische professie met bewegend functioneren als uitgangspunt en biedt ondersteuning op maat bij het stimuleren, hervinden, behouden en/of optimaliseren van het bewegend functioneren.

Een fysiotherapeut werkt lichaams-, bewegings- en persoonsgericht: met hoofd, hart en handen. Hierbij hanteert hij de volgende uitgangspunten:

- Redeneren vanuit het bio-psychosociaal model.
- Het bewegend functioneren van de patiënt in zijn eigen leefomgeving staat centraal.
- Handelen volgens evidence-based practice.
- Handelen volgens wettelijke kaders en beroeps- en kwaliteitsstandaarden.
- Op ethische wijze fysiotherapeutisch handelen; naar de waarden die daarbij horen en de normen waartoe de waarden leiden.

Fysiotherapeutische zorg en ondersteuning zijn geïndiceerd bij een hulpvraag gerelateerd aan het bewegend functioneren, binnen de specifieke leefomgeving van de individuele patiënt. Daarbij ondersteunt de fysiotherapeut het zelfmanagement van de patiënt in relatie tot het betekenisvol bewegend functioneren, als voorwaarde voor behoud

en verbetering van de regie over het eigen leven, inclusief een gezonde leefstijl. Dit betekent dat het per patiënt kan verschillen of fysiotherapeutische zorg geïndiceerd is of dat de hulpvraag (mede) beantwoord kan worden door een andere (zorg)professional.

De rol, positie en werkzaamheden van de fysiotherapeut, de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het *Beroepsprofiel van de fysiotherapeut* (KNGF 2021).

Daarnaast zijn er fysiotherapeuten met een verbijzondering (specialisatie) en een eigen beroepsinhoudelijke vereniging. Voor deze verbijzonderingen binnen de fysiotherapie is een specifieke deskundigheid erkend door het KNGF, zoals beschreven in de *Beroepscode voor de Fysiotherapeut* (KNGF 2022). Hieronder vallen bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) en de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB). Deze verbijzonderingen zijn opgenomen in het *Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL* (KRF NL) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie (www.kwaliteitshuisfysiotherapie.nl) waarmee het op een goed niveau brengen en houden van de kennis en vaardigheden van deze zorgprofessionals worden gewaarborgd. Een beschrijving van de rol, positie en werkzaamheden van de fysiotherapeutische specialisaties, de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in de *beroepsprofielen van de specialisaties* (KNGF).

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de fysiotherapeut staan beschreven in *aandoeningsspecifieke richtlijnen voor de fysiotherapeut* (KNGF).

Oefentherapeut

De oefentherapeut ondersteunt mensen met (langdurige) klachten of beperkingen in het dagelijks bewegen om (weer) de regie te krijgen, invulling te kunnen geven aan hun leven en mee te kunnen doen in de samenleving. Zo werkt de oefentherapeut aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie: hij voorkomt verergering van klachten, verdere complicaties van de aandoening en een verslechtering van kwaliteit van leven. Hierbij ligt het accent op het vermogen van mensen om zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden en (lichamelijke) veranderingen. De oefentherapeut levert persoonsgerichte zorg en richt zich op het houdings- en beweeggedrag en het bewegend functioneren (functies, activiteiten en participatie). Hierbij is er specifiek aandacht voor de factoren (motoriek, cognitie, motivatie, emotie en omgeving) die het probleem ten aanzien van bewegend functioneren in stand houden dan wel beïnvloeden.

De oefentherapeut heeft altijd voor ogen dat een cliënt binnen de therapie 'iets' geleerd heeft; dit kan zijn op het niveau van bewustwording, inzicht, lichaamsbesef, motorische vaardigheid en de toepassing in de dagelijkse context. Dit leren bereikt de oefentherapeut vanuit twee belangrijke pijlers: motorisch leren en gedragsverandering. Deze kunnen vanuit de benaderingswijze van het bio-psychosociaal model niet los van elkaar worden gezien. Medische kennis wordt gecombineerd met de analyse van het beweeggedrag om duurzaam leren bewegen te bewerkstelligen. Wanneer gedragsverandering niet meer mogelijk is, probeert de therapeut zoveel als mogelijk via bewegen beweging uit te lokken en te stimuleren, zodat de aanwezige motorische capaciteiten behouden blijven.

De oefentherapeut:

- werkt vanuit het bio-psychosociaal model
- zet de patiënt met zijn hulpvraag, in zijn context centraal
- handelt volgens evidence-based practice en de aandoeningsspecifieke richtlijnen
- handelt binnen wettelijke kaders en volgens de beroepscode.

De rol, positie en werkzaamheden van de oefentherapeut, de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het *Beroepsprofiel Oefentherapeut* en *Beroepsprofiel Geriatrie-oefentherapeut* (VvOCM 2018). Daarnaast zijn er vier specialisaties met een eigen beroepsprofiel, te weten: kinderoefentherapie, psychosomatische oefentherapie, bekkenoefentherapie en geriatrie oefentherapie.

Oefentherapeuten en de gespecialiseerde oefentherapeuten staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Daarmee worden de werkervaring, kwaliteit en deskundigheid gewaarborgd.

Zie tevens het Beroepsprofiel Oefentherapeut (VvOCM 2018) en de Beroepscode Oefentherapeut (VvOCM 2019).

Ergotherapeut

'Ergotherapie is gebaseerd op de gedachte dat wat mensen met hun tijd doen, hun dagelijkse activiteiten, van cruciaal belang is voor hun welzijn. Het zijn de dagelijkse activiteiten die het leven uiteindelijk zinvol maken.'

De ergotherapeut helpt mensen van alle leeftijden die een beperking ervaren, en hun naasten met de uitvoering van dagelijkse activiteiten die voor hen belangrijk zijn. Een ergotherapeut kijkt vooral naar wat iemand nog wél kan. De aanpak is persoonsgericht, met de focus op eigen regie, en draagt bij aan het mogelijk maken van de dagelijkse activiteiten van mensen in de eigen omgeving en het weer meedoen in de maatschappij. Ergotherapie is gericht op activiteiten, participatie, gezondheid en welbevinden van mensen die een beperking ervaren. Dat geldt ook voor mantelzorgers.

Op basis van gezamenlijke besluitvorming ondersteunt de ergotherapeut de keuzes van de persoon. Ergotherapeutische interventie (en preventie) is gericht op:

- het benutten, trainen of vergroten van de mogelijkheden in het uitvoeren van activiteiten
- het aanpassen of gebruikmaken van de omgeving.

Ergotherapie is een paramedisch beroep en heeft zes algemene uitgangspunten. Deze vormen samen het fundament van het beroep. Ergotherapie:

- is gericht op dagelijkse activiteiten
- is persoonsgericht
- wordt zo mogelijk aangeboden in de eigen omgeving
- is gebaseerd op bewijs
- maakt gebruik van technologie
- is gemeenschapsgericht.

Het verbinden van het biomedisch, psychosociaal en maatschappelijk perspectief en dit vertalen naar activiteiten in het dagelijks leven zijn de kracht en meerwaarde van het beroep ergotherapie.

Ergotherapie is geïndiceerd bij een hulpvraag gerelateerd aan zelfredzaamheid en zelfzorg binnen de persoonlijke leefomgeving, woonomgeving of werkomgeving.

De behandeling kan starten na een verwijzing van huisarts of specialist. Daarnaast kunnen personen gebruikmaken van Directe Toegang Ergotherapie (DTE) en zelf rechtstreeks een ergotherapeut benaderen.

De meeste ergotherapeuten professionaliseren zich na hun basisopleiding in specifieke werkvelden of doelgroepen door middel van werkervaring en scholing. Ergotherapie Nederland erkent daarnaast drie specialisaties, waaronder ouderenergotherapie.

Ergotherapeuten zijn paramedische professionals. Zij staan in nauw contact met professionals van andere disciplines en organisaties in zorg en welzijn, werken veel met hen samen en worden verwacht zich te houden aan de beroepscode en gedragsregels.

Het beroep ergotherapeut valt onder artikel 34 van De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en is hierdoor een beschermde opleidingstitel. De kwaliteit van de beroepsgroep wordt bewaakt met behulp van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Elke vijf jaar dienen ergotherapeuten zich te laten herregisteren in het KP.

De rol, positie en werkzaamheden van de ergotherapeut en de context waarbinnen deze plaatsvinden, staan beschreven in het 'Algemeen beroepsprofiel ergotherapeut' en de 'Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut' (Ergotherapie Nederland 2023; Ergotherapie Nederland 2015). De competenties die daarvoor nodig zijn, worden nader weergegeven in het 'Competentieprofiel Ergotherapeut' (Landelijk Opleidingsoverleg Ergotherapie 2023). Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de ergotherapeut staan beschreven in aandoeningsspecifieke richtlijnen voor de ergotherapeut (Ergotherapie Nederland).

Huidtherapeut

De huidtherapeut is dé paramedicus voor de zorg van ons grootste orgaan: de huid. Bijna twee miljoen mensen in Nederland hebben een huidaandoening. Dit belemmert hun dagelijkse doen. De huidtherapeut vervult voor deze mensen een belangrijke rol in het leren voorkomen van, omgaan met en adequaat behandelen van huidproblemen. Iedereen kan bij de huidtherapeut terecht met huidproblemen: van een medische indicatie (zoals acne, brandwondlittekens, eczeem en lymfoedeem) tot cosmetisch gewenst (zoals huidverbetering en verwijderen van overbeharing en tatoeages). Ook kan een bezoek aan de huidtherapeut preventief zijn om een probleem of verergering van een probleem te voorkomen.

De zorg van de huidtherapeut bestaat uit begeleiding, advies, educatie, het uitvoeren van verrichtingen en/of het aanmeten en leveren van hulpmiddelen. De huidtherapeut is hiermee de rechterhand van de huisarts en de medisch specialist. Volgens het Staatsblad (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 2010) worden de volgende zaken tot de deskundigheid van de huidtherapeut gerekend:

- Het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een arts gewenst of noodzakelijk is, en bij constatering daarvan het verwijzen naar een arts.
- Het onderzoeken van een patiënt met een stoornis, beperking of handicap van de huid, ten gevolge van een pathologisch trauma of congenitale afwijking, en op basis van de verkregen gegevens, het opstellen van een behandelplan.
- Het behandelen van de patiënt met als doel het opheffen, verminderen of compenseren van een stoornis, beperking of handicap van de huid, het optimaliseren van de huidfuncties alsmede het geven van advies en instructie.
- Het aanmeten en verstrekken van medische hulpmiddelen en prothesen alsmede het adviseren met betrekking tot het gebruik daarvan.
- Het geven van advies en voorlichting aan een patiënt.

De huidtherapeut is aangeduid als paramedisch behandelaar die preventieve, curatieve en palliatieve huidzorg biedt binnen de gezondheidszorg. De belangrijkste grondslag van deze huidtherapeutische zorg is dat dit altijd als doel heeft om de problemen die door de patiënt worden ervaren, op het gebied van activiteiten en/of participatieproblemen in relatie tot de huid, te verminderen of op te heffen. Daardoor draagt de zorg van de huidtherapeut bij aan de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt.

De rol, positie en werkzaamheden van de huidtherapeut, de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het Beroepsprofiel Huidtherapeut (NVH 2023). Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de huidtherapeut staan beschreven in kwaliteitsinstrumenten voor de huidtherapeut (NVH).

Diëtist

Een optimale voedingsstatus voor ieder mens als basis voor een gezond leven. Dat is waar de diëtist deskundige hulp bij biedt. Dit doet hij vanuit drie invalshoeken waarop de diëtetiek is gebaseerd, op wetenschappelijke kennis, 'evidence-based practice', en 'practice-based evidence', over het consumeren van voeding, het functioneren van het menselijk lichaam en de psychologie van gedragsverandering.

Diëtisten zijn opgeleid om dieetbehandelingen te geven aan mensen met een complexe medische geschiedenis.

De diëtist maakt de dieetbehandeling samen met de patiënt/cliënt op maat. Dit betekent dat deze doelgroepgericht en cultuursensitief is, aansluit bij medische condities (aandoening, bloedwaarden en medicatie) en in lijn is met levensovertuigingen, voorkeuren, smaak, sociale context en financiële situatie van een persoon.

Een gepersonaliseerde dieetbehandeling bestaat uit een dieetadvies in combinatie met begeleiding en/of coaching door de diëtist. Deze begeleiding ondersteunt de gewenste gedragsverandering en kan op individueel niveau gegeven worden, in groepsvorm of in de vorm van een programma, zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie. De duur van de behandeling is afhankelijk van de complexiteit van de aandoening, de gezondheidsproblemen, de persoonlijke wensen en de gekozen behandelvorm.

Het volgen van een gepersonaliseerd dieetadvies maakt bij veel aandoeningen het verschil. Het gaat hier bijvoorbeeld om aandoeningen als diabetes mellitus type 1 en 2, cardiovasculaire aandoeningen, maag-, darm- en leverziekten, oncologische aandoeningen, longaandoeningen, obesitas, ondervoeding, chronische nierschade, allergieën en inflammatoire aandoeningen.

Een geslaagde dieetbehandeling kan het verloop van de aandoening verbeteren en bijdragen aan genezing of vermindering van klachten. Ook kunnen de kwaliteit van leven, het functioneren en de conditie van de patiënt significant worden verbeterd. Dit leidt bijvoorbeeld tot het voorkomen van ondervoeding, sneller herstel na operatie, beter volhouden van een chemokuur, minder complicaties, minder medicatie en minder klachten.

De rol, positie en werkzaamheden van de diëtist, de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het Beroepsprofiel Diëtist (NVD 2013). Dit beroepsprofiel uit 2013 wordt momenteel herzien.

Daarnaast bestaan er diëtisten met een specifieke deskundigheid. De NVD kent 35 officieel erkende netwerken en expertgroepen met een specifieke deskundigheid, aandachtsgebied of specialisatie (NVD).

Informatie over indicaties en doelstellingen van de dieetbehandeling staan beschreven in de *Artsenwijzer Diëtetiek* (NVD). Daarnaast wordt er uitgebreide aanvullende informatie beschreven in het visiedocument van de NVD (NVD 2022).

Logopedist

De logopedist zet diens expertise in bij het beantwoorden van vragen en het aanpakken van problemen op het gebied van communicatieve, participatie-, taal-, spraak-, gehoor-, stem-, cognitie- en primaire mondfuncties zoals (veilig) eten, drinken, slikken en ademen. Problemen op het gebied van primaire mondfuncties kunnen grote impact hebben op de lichamelijke gezondheid. Bijvoorbeeld: regelmatig verslikken kan bij ouderen leiden tot ernstige longontstekingen. Door oplossingen te zoeken voor problemen rond effectieve communicatie, primaire mondfuncties en/of ademen, draagt de logopedist bij aan de gezondheid, het welbevinden en de (communicatieve) participatie van het individu en aan een inclusievere samenleving. Logopedie ondersteunt (preventief) in de communicatie en bij het bevorderen van de primaire mondfuncties, op een manier die past bij de invulling die de cliënt aan zijn leven wil geven. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en zijn leefomgeving en met aandacht voor eventuele andere vraagstukken in het leven van de cliënt. Aandacht voor preventie op al deze verschillende terreinen draagt bij aan het terugdringen van (zorg)kosten en bevordert participatiemogelijkheden en levenskwaliteit.

Het werk van de logopedist bestaat uit verschillende rollen afgeleid van het CanMeds-model. De rol van de logopedist vormt de kern van het vak en staat centraal in dit model. De logopedist beschikt over de competenties om een aantal uiteenlopende rollen te vervullen op een geïntegreerde samenhangende manier. In al deze rollen oriënteert de logopedist zich op de samenleving, beroepsethiek en vakinhoudelijke overwegingen. De logopedist past logopedische kennis en vaardigheden en professionele waarden toe bij het leveren van hoogwaardige en veilige, cliëntgerichte zorg. Afhankelijk van de context en/of vraag vervult de logopedist ook een of meer van de andere rollen: professional, communicator, samenwerkingspartner, coach, ondernemer en innovator.

Een logopedist richt zich in een breed bereik op functioneren en participatie en werkt methodisch. Hierbij hanteert hij de volgende uitgangspunten:

- Leveren van doelmatige zorg, waarbij het functioneren en de participatie van de cliënt in zijn eigen leefomgeving centraal staat, vastgelegd in het ICF-model en volgens shared decision making.
- Handelen volgens evidence-based practice.
- Handelen volgens wettelijke kaders en beroeps- en kwaliteitsstandaarden.
- Ethisch handelen volgens de basisprincipes in de zorgcontext, met respect voor autonomie van de cliënt en diens wensen en overtuigingen, niet schaden en zoveel mogelijk weldoen om het welzijn van de cliënt en diens omgeving te bevorderen.

Logopedische zorg en ondersteuning zijn geïndiceerd bij een (preventieve) hulpvraag gerelateerd aan communicatieve participatie, taal, spraak, gehoor, stem, cognitie en het functioneren van de primaire mondfuncties binnen de specifieke leefomgeving van de individuele patiënt. De logopedist maakt hierbij maximaal gebruik van de zelfredzaamheid van de cliënt, met ondersteuning van de mogelijkheden in zijn leefomgeving en van praktische, technische en digitale hulpmiddelen.

De rol, positie en werkzaamheden van de logopedist, de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het Beroepsprofiel Logopedist en de Beroepscode Logopedisten (NVLF 2017; NVLF 2023).

Expertise van overige zorg- en hulpverleners

In de zorg voor kwetsbare ouderen vormen de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige samen het kernteam en wordt dit desgewenst aangevuld met een specialist oudergeneeskunde, sociaal werker, (paramedische) zorgprofessionals of andere hulpverleners (Verlee 2017). Zorg- en hulpverleners die tevens als consulent, hoofd- of medebehandelaar betrokken zijn bij kwetsbare ouderen, zijn genoemd in kader 1 van de praktijkrichtlijn. Hieronder worden de (belangrijkste) zorg- en hulpverleners van het kernteam beschreven.

Huisarts

De (kader)huisarts screent de patiënt op alarmsymptomen en diagnosticeert, informeert en coördineert de zorg. De huisarts kan de patiënt verwijzen voor nadere diagnostiek of behandeling naar een groot scala aan zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn. Verwijzing vindt plaats op basis van de aard van de problematiek, de hulpvraag, de voorkeur van de patiënt en de lokale beschikbaarheid en deskundigheid van zorgverleners.

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de huisarts bij kwetsbare ouderen staan beschreven in aandoeningsspecifieke richtlijnen voor de huisarts (Nederlands Huisartsen Genootschap).

De werkzaamheden van de huisarts, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het competentieprofiel van de huisarts (Huisartsenopleiding Nederland 2016)

De praktijkondersteuner huisarts (POH)

Een praktijkondersteuner bij de huisarts (POH) ondersteunt de huisarts bij zijn werk. De huisarts blijft altijd eindverantwoordelijk voor de zorg.

De werkzaamheden van de POH, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het Beroepsprofiel van de praktijkondersteuners (Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen).

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde behandelt en begeleidt patiënten met een complexe zorgproblematiek. Meestal zijn dat kwetsbare ouderen met complexe chronische aandoeningen, maar soms ook jongere patiënten. De specialist ouderengeneeskunde kijkt niet alleen naar het ziektebeeld, maar óók naar de gevolgen van de gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van de persoon en zijn omgeving.

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde staan beschreven in *aandoeningsspecifieke richtlijnen voor de specialist ouderengeneeskunde (Verenso)*.

De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde (Verenso 2019).

Sociaal werker

Sociaal werkers zijn professionals die integraal helpen, uitgaan van de hele mens en diens welzijn en veerkracht versterken: rond gezondheid, psychische gesteldheid, financiële situatie, gezin, werk en sociaal functioneren.

Het sociaal werk werkt in buurten en het sociaal domein als partner nauw samen met gemeenten, ggz, huisartsen, politie en justitie, onderwijs, jeugdzorg, woningcorporaties en ondernemers.

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de sociaal werker staan beschreven in *kwaliteitsproducten voor de sociaal werker* en zijn te vinden op de website van de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk).

De werkzaamheden van de sociaal werkers, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden, en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het Beroepsprofiel van de sociaal werker (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk 2022).

Bronnen

- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk. Beroepsprofiel van de Sociaal Werker. Utrecht: BPSW; 2022. Beschikbaar via: <https://www.bpsw.nl/app/uploads/Beroepsprofiel-van-de-Sociaal-Werker.pdf>.
- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk. Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk. Beschikbaar via: <https://www.bpsw.nl>.
- Cobben C, Van Dongen J, Van Bokhoven L, Daniëls R. Best practices interprofessionele samenwerking. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning. 2016;11:6-11.
- Digitaal samenwerkingsplatform. Protocol DSP Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen & Dementie Digitaal samenwerkingsplatform.; 2020. Beschikbaar via: <https://www.pozob.nl/wp-content/uploads/2020/01/Protocol-Zorgprogramma-KODementie-2020.pdf>.
- Ergotherapie Nederland. Aandoeningsspecifieke richtlijnen Ergotherapie Nederland. Beschikbaar via: <https://info.ergotherapie.nl/Richtlijn>.
- Ergotherapie Nederland. Algemeen beroepsprofiel ergotherapie. 2023. Beschikbaar via: <https://www.beroepsprofielergotherapeut.nl>.
- Ergotherapie Nederland. Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. 2015. Beschikbaar via: <https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2020/05/Beroepscode-ergotherapeuten.pdf>.
- Ergotherapie Nederland, Langelaan M, Bouma M, Wissels M. Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie: Ergotherapie Nederland (EN), ; 2016.
- Gobbens R, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. J Nutr Health Aging. 2010;13(3):175-81.
- Huisartsenopleiding Nederland. LHV. Competentieprofiel van de huisarts, NHG,. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland; 2016. Beschikbaar via: <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Competentieprofiel-huisarts.pdf>.

- KNGF. aandoeningsspecifieke richtlijnen KNGF. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen>.
- KNGF. Beroepscode voor de fysiotherapeut. Leidraad voor het professioneel fysiotherapeutisch handelen. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2022. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/beroepscode-voor-de-fysiotherapeut/beroepscode-voor-de-fysiotherapeut-2022-leidraad-voor-het-professioneel-fysiotherapeutisch-handelen.pdf>.
- KNGF. Beroepsprofiel fysiotherapeut. Over het vakgebied en rollen en competenties van de fysiotherapeut. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2021. Beschikbaar via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf.
- KNGF. Beroepsprofielen van de specialisaties. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/article/kngf/beroepsinhoudelijke-verenigingen>.
- KNGF. Fysiotherapeutische dossiervoering 2019 versie 1.1. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2019. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019/downloads/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019-verantwoording-en-toelichting-versie-1.1.pdf>.
- kwaliteitsregisterparamedici.nl. Kwaliteitsregister Paramedici. Stichting Kwaliteitsregister Paramedici; Beschikbaar via: <http://kwaliteitsregisterparamedici.nl>.
- Landelijk Opleidingsoverleg Ergotherapie. Competentieprofiel Ergotherapeut. 2023. Beschikbaar via: <https://www.competentieprofielergotherapie.nl>.
- Leids Universitair Medisch Centrum L, ARGO. Kwetsbare ouderen thuis. handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. LUMC, Laego, ARGO; 2019. Beschikbaar via: <https://www.kwetsbareouderenthuis.nl/docs/handreiking/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019.pdf>.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaarden. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/over-nhg-richtlijnen>.
- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen. Competentieprofielen praktijkondersteuner. Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO); Beschikbaar via: <https://www.nvvpo.nl/vakinhoud/competentieprofielen>.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Richtlijn Logopedische dossiervorming. Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf); 2019. Beschikbaar via: <https://mijn.nvlf.nl/stream/nvlf-richtlijn-logopedische-dossiervorming-juni-2019>
- NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus)2020. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/praktijkvoering/samenwerken/gegevensuitwisseling-ha-paramedicus>.
- NPCF. Informatieoverdracht in de keten voor (kwetsbare) ouderen. Kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de (kwetsbare) ouderen. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie; 2014. Beschikbaar via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/614-informatieoverdracht-in-de-keten-voor-kwetsbare-ouderen/file>.
- NVD. Artsenwijzer diëtetik. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; Beschikbaar via: <https://www.artsenwijzerdiëtetik.nl>.
- NVD. Beroepsprofiel diëtist. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; 2013. Beschikbaar via: https://nvdiëtist.nl/app/uploads/2021/09/Beroepsprofiel_2013.pdf.
- NVD. Een VISIE op de DIËTETIEK en de DIËTIST in 2030. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; 2022. Beschikbaar via: https://nvdiëtist.nl/app/uploads/2022/01/NVD_visie_digitaal.pdf.
- NVD. Landelijke kennisnetwerken en expertgroepen. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; Beschikbaar via: <https://nvdiëtist.nl/landelijke-kennisnetwerken-en-expertgroepen/>.
- NVH. Beroepsprofiel Huidtherapeut. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten; 2023. Beschikbaar via: <https://nvh.huidtherapie.nl/de-huidtherapeut/beroepsprofiel>.
- NVH. Huidtherapeutische dossiervoering. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten; 2017. Beschikbaar via: <https://nvh.huidtherapie.nl/praktijkvoering/kwaliteitsinstrumenten>.
- NVH. Kwaliteitsinstrumenten. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten; Beschikbaar via: <https://nvh.huidtherapie.nl/praktijkvoering/kwaliteitsinstrumenten>.
- NVLF. Beroepscode voor Logopedisten. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie; 2017. Beschikbaar via: <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/12/Beroepscode-23102017-1.pdf>.

- NVLF. Beroepsprofiel Logopedist. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie; 2023. Beschikbaar via: https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2023/01/NVLF_Beroepsprofiel_Logopedist_2023-1.pdf.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. 2010. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2010-285.pdf>.
- Simmons-Mackie N, Raymer A, Armstrong E, Holland A, Cherney LR. Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2010;91(12):1814-37.
- Simmons-Mackie N, Raymer A, Cherney LR. Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2016;97(12):2202-21.
- Tsakitzidis GVR, P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg: Standaard Uitgeverij; 2012.
- Valentijn PS, SM. Opheij, W. Bruijnzeels, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integrated Care*. 2013;13.
- Van Rijssen M, Ketelaar M, Vandenborre K, Oostveen J, Veldkamp M, Van Ewijk M, Visser-Meily J, Gerrits E. Evaluating communication partner training in healthcare centres: Understanding the mechanisms of behaviour change. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2021;56(6):1190-203.
- Verenso. Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde; 2019. Beschikbaar via: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VERENSO_Competentieprofiel2019.pdf.
- Verenso. Richtlijnen en praktijkvoering. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde; Beschikbaar via: <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering>.
- Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholst GWL, Rijnbeek C, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen J. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts & Wetenschap*. 2017(60):S1-S12.
- Verlee E VdSR, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholst GWL, Rijnbeek C, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen J. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare Ouderen. *Huisarts & Wetenschap*. 2017;60.
- VvCOM. Beroepscode Oefentherapeut. Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; 2019. Beschikbaar via: <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepscode.pdf?ver=2020-02-27-110823-253>.
- VvOCM. Beroepsprofiel oefentherapeut. Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; 2018. Beschikbaar via: <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810>.
- VvOCM. Richtlijn verslaglegging. Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; 2020. Beschikbaar via: <https://vvocm.nl/Portals/2/VvOCM%20richtlijn%20verslaglegging%202022.pdf>.
- Zorginstituut Nederland. Kader Passende zorg. Zorginstituut Nederland; 2022. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-fd05c13ac5ac4177f0ba7c67746e5d1a32c164ca/pdf>.

C Fysio- en oefentherapie

C.1 In kaart brengen van beschermende en risicofactoren voor kwetsbaarheid

Aanbeveling

Breng onderstaande beschermende en risicofactoren in kaart bij ouderen met (een verdenking op) kwetsbaarheid.

Screening op kwetsbaarheid

Start met de Groningen Frailty Indicator (GFI) wanneer je eerst meer duidelijkheid wil krijgen over de kwetsbaarheidsstatus van de oudere (zie ook B.1 'Meetinstrumenten voor kwetsbaarheid'). Indien er een sterk vermoeden is van kwetsbaarheid, wordt aanbevolen direct de Evaluative Frailty Index for Physical Activity (EFIP) in te zetten tijdens de anamnese. Aanbevolen en optionele meetinstrumenten zijn doorgaans beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.

(Hetero)anamnese

Tijdens de anamnese brengt de therapeut die voorspellende factoren voor kwetsbaarheid in kaart waarvoor geen meetinstrumenten noodzakelijk zijn.

- **Sociodemografische gegevens** | leeftijd, geslacht, en financiële stress;
- **Leefomgeving** | woonsituatie, aanpassingen in huis;
- **Leefgewoonten** | beweeggedrag (fysieke activiteit), daginvulling, slaapgedrag- en kwaliteit/ slaapproblemen, rookgedrag, alcoholgebruik, voedingsinname (inclusief gewichtsverlies/ voedingsstatus);
- **Ziekte** | medische voorgeschiedenis, aanwezigheid van comorbiditeiten, visuele of auditieve beperkingen;
- **Zorg en ondersteuning** | (acute) ziekenhuisopname in de afgelopen periode, medicijngebruik, belastbaarheid van eventuele mantelzorg;
- **Het fysiek functioneren** | ADL-functioneren, valgeschiedenis en valrisico, mictie- en defecatieklachten;
- **Het sociaal functioneren** | sociaalmaatschappelijke deelname, partnerstatus (getrouwd, samenwonend, alleenstaand) en sociale steun;
- **Het cognitief en psychisch functioneren** | cognitief functioneren, depressieve gevoelens en valangst.

Houd hierbij rekening met het volgende:

- Bij problemen met het cognitief functioneren wordt aanbevolen om bedoelde informatie zoveel mogelijk te verkrijgen uit een heteroanamnese (naaste, mantelzorger, thuiszorg/wijkverpleging/ verzorgende). Daarnaast wordt aanbevolen om gegevens over het cognitief functioneren op te vragen bij de huisarts of praktijkondersteuner huisarts (POH).
- Vraag het medicatieoverzicht op bij de huisarts indien de oudere of diens naaste dan wel mantelzorger daarover niet beschikt.
- Vraag de valgeschiedenis en het valrisico breed uit. Denk daarbij aan val- en beweegangst, valfrequentie, -letsel, -omstandigheden en balansvaardigheid. Zie hiervoor ook de **Valanalyse** van VeiligheidNL (VeiligheidNL 2023).
- Bevraag kwetsbare ouderen op visuele beperkingen. Vraag daarnaast naar auditieve beperkingen bij kwetsbare ouderen die een gehoorapparaat dragen, hoofdpijn- of nekklachten hebben of een beroerte of auto-ongeluk hebben gehad. Vraag ook naar het gebruik van hulpmiddelen, vraag of deze nog voldoen en adviseer hier indien nodig in.

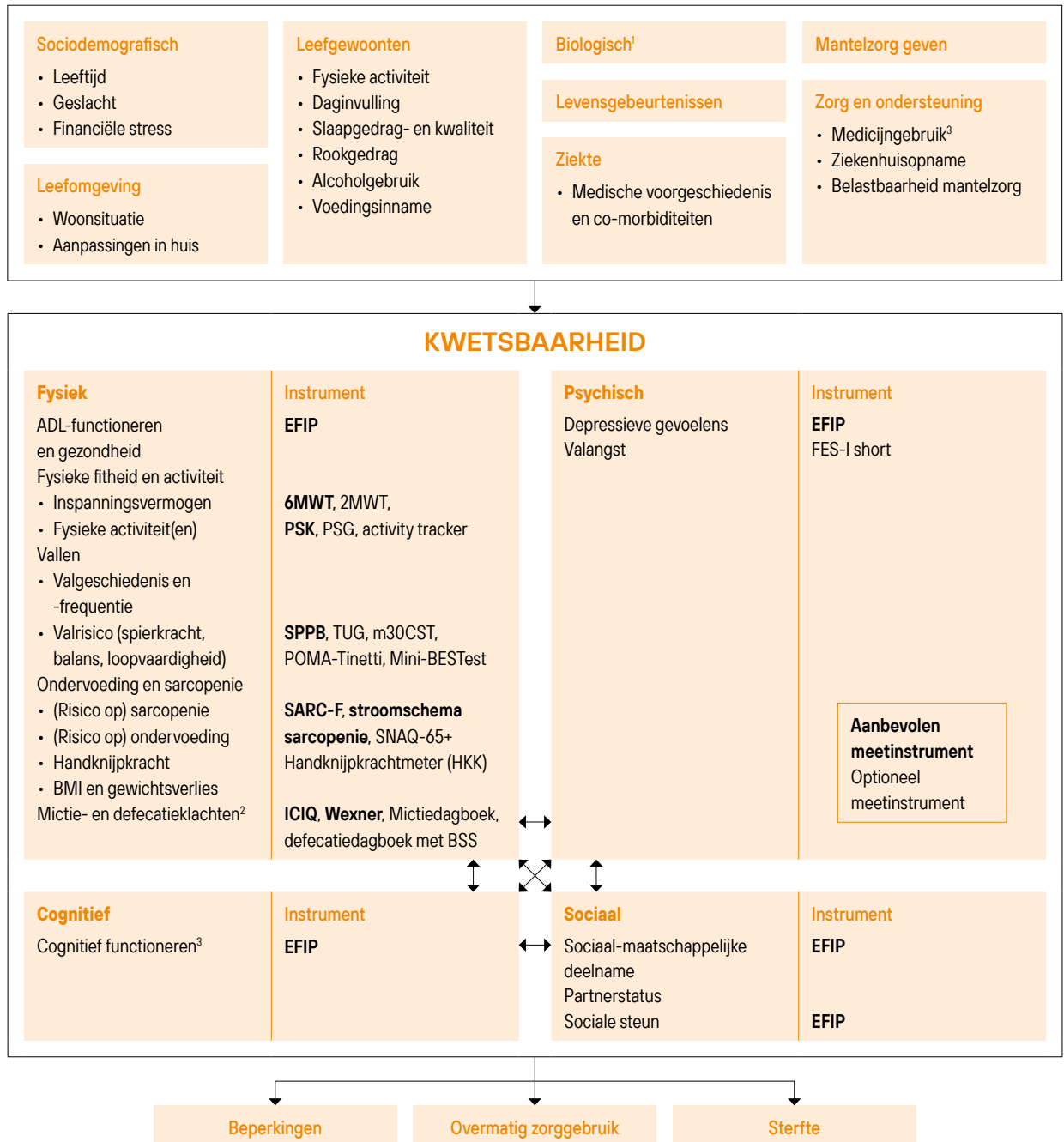
Onderzoek van fysieke factoren

Zet meetinstrumenten in voor het betrouwbaar in kaart brengen van de volgende factoren:

- zelf-gerapporteerde gezondheid
- fysieke fitheid en fysieke activiteit
- valrisico en valangst
- ondervoeding en sarcopenie
- mictie- en/of defecatieklachten; indien uit de anamnese is gebleken dat hier sprake van is.

C.1 Fysio- en oefentherapie | In kaart brengen van beschermende en risicofactoren voor kwetsbaarheid

Figuur C.1.1 geeft een totaaloverzicht van de in kaart te brengen factoren en hieraan gekoppelde meetinstrumenten, aan de hand van het model van kwetsbaarheid van het RIVM (RIVM 2015). Hierna zijn per factor de aanbevolen en optionele meetinstrumenten opgenomen.



1. Met biologische factoren wordt bijv. longfunctie, bloeddruk, totale en HDL cholesterol of bepaalde biomarkers bedoeld (deze worden niet door fysio- of oefentherapeut in kaart gebracht); 2. Deze meetinstrumenten worden alleen aanbevolen indien er uit de anamnese sprake blijkt te zijn van mictie- of defecatieklachten; 3. Vraag deze informatie op bij de huisarts of praktijkondersteuner huisarts (POH), of via een hetero-anamnese (naast mantelzorg, thuiszorg/wijkverpleging/verzorgende). EFIP = Evaluative Frailty Index for Physical Activity; 6MWT = Zes Minuten Wandeltest; PSK = Patient Specifieke Klachtenlijst; PSG = Patient Specific Goal-setting; SPPB = Short Physical Performance Battery; TUG = Timed-Up and Go; 30CST = 30-second Chair Stand Test; POMA-Tinetti = Performance Oriented Mobility Assessment volgens Tinetti; Mini-BESTest = Mini Balance Evaluation Systems Test; SARC-F = Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls; SNAQ-65+ = Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+; ICIQ = International Consultation on Incontinence Questionnaire; BSS = Bristol Stoelgangsschaal; FES-I = Falls Efficacy Scale International.

Figuur C.1.1 | In kaart te brengen factoren tijdens het diagnostisch proces

Wees terughoudend met het in kaart brengen van de volgende, in de literatuur gevonden factoren: opleidingsniveau, migratieachtergrond (land van herkomst), culturele betrokkenheid, albuminegehalte (serumniveau) en het C-reactive proteïne (CRP; 4e kwartiel; een inflammatoire marker), gezien de beperkte meerwaarde van de verkregen informatie, de vraag of in kaart brengen van deze informatie praktisch haalbaar is, of omdat navraag doen gevoelig kan liggen.

Neem de **aanbevolen** meetinstrumenten af bij alle kwetsbare ouderen, tenzij er een patiëntspecifieke aanleiding is om dit niet te doen, zoals een verminderde cognitie of als afname van het instrument fysiek niet uitvoerbaar is. Neem de **optionele** meetinstrumenten enkel af wanneer hiervoor een patiëntspecifieke aanleiding bestaat, namelijk:

- als er aanleiding is om een parameter in kaart te brengen waarvoor geen van de aanbevolen meetinstrumenten geschikt is of
- als er aanleiding is om een parameter in kaart te brengen met een ander meetinstrument dan het hiervoor aanbevolen meetinstrument.

Algehele kwetsbaarheid en gezondheid

Aanbevolen meetinstrumenten

- Gebruik de *Evaluative Frailty Index for Physical Activity* (EFIP) om algehele kwetsbaarheid (op het gebied van fysiek, sociaal, psychologisch en cognitief functioneren) en de zelf-gerapporteerde gezondheid in kaart te brengen.

Fysieke fitheid en fysieke activiteit

Aanbevolen meetinstrumenten

- Gebruik de *Zes Minuten Wandeltest* (6MWT) om het functioneel inspanningsvermogen vast te stellen.
- Gebruik de *Patient Specifieke Klachtenlijst* (PSK) om de belastende fysieke activiteiten vast te stellen.

Optionele meetinstrumenten

- Overweeg de *Twee Minuten Wandeltest* (2MWT) indien je het fysieke inspanningsvermogen wilt vaststellen en de 6MWT niet uitvoerbaar is voor de oudere.
- Overweeg de *Patient Specific Goal-setting methode* (PSG) indien je de belastende fysieke activiteiten in kaart wilt brengen en gezamenlijke besluitvorming tijdens de behandeling wilt bevorderen.
- Overweeg een activity tracker in te zetten die geschikt is voor ouderen om de fysieke activiteit in kaart te brengen en te evalueren gedurende de behandelperiode. Zie ook C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag'.

Valrisico (balans, spierkracht, loopvaardigheid) en valangst

Aanbevolen meetinstrumenten:

- Gebruik de *Short Physical Performance Battery* (SPPB) om het valrisico vast te stellen.

Optionele meetinstrumenten:

- Overweeg de *Timed Up & Go test* als je een snelle inschatting van het valrisico wilt maken in de thuissituatie.
- Overweeg de *30-second Chair Stand Test* (30CST) (i.p.v. de originele CST binnen de SPPB) bij ouderen die moeite hebben met opstaan; indien nodig mogen de arMLEUNINGEN gebruikt worden. Let op: bij het gebruik van de arMLEUNINGEN tijdens de test geldt een afkapwaarde van zeven herhalingen voor het vaststellen van het valrisico.
- Overweeg de *Performance Oriented Mobility Assessment volgens Tenetti* (POMA-Tinetti) als je meer wilt weten over de balans in verschillende situaties en over de kwaliteit van het looppatroon.
- Overweeg de *Mini Balance Evaluation Systems Test* (Mini-BESTTest) als je meer wilt weten over reactieve houdingscontrole en sensorische oriëntatie van de oudere.

- Overweeg de Falls Efficacy Scale International (7 items) (FES-I short) als je wilt weten bij welke activiteiten er precies sprake is van valangst en je het effect van de therapie op valangst vast wilt stellen.

Ondervoeding en sarcopenie

Bij een vermoeden van gewichtsverlies of ondergewicht wordt aanbevolen om de body mass index (BMI) objectief in kaart te brengen. Bij een vermoeden van overgewicht is een inschatting van de BMI voldoende.

Aanbevolen meetinstrumenten:

- Gebruik de Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls (SARC-F) als eerste stap voor screening op het risico op sarcopenie.
- Indien er uit de SARC-F volgt dat er sprake is van risico op sarcopenie, volg dan de stappen uit het stroomschema sarcopenie van de European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) om verder te screenen op de aanwezigheid van sarcopenie, mits individuele meetinstrumenten uit dit stroomschema beschikbaar zijn. Overweeg hierbij samenwerking met een diëtist.

Optionele meetinstrumenten:

- Overweeg de Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+ (SNAQ-65+) om het risico op ondervoeding te meten bij een vermoeden op ondervoeding of recentelijk gewichtsverlies (hiermee wordt niet de rode vlag van > 5 kg gewichtsverlies per maand bedoeld). Overweeg hierbij samenwerking met een diëtist.
- Overweeg een handknijpkrachtmeter (HKK) om maximale handknijpkracht te meten, mits dit instrument beschikbaar is.

Mictie- en defecatieklachten

De werkgroep beveelt aan om actief in de anamnese uit te vragen of er sprake is van mictie- en/of defecatieklachten (bijv. (stress/urge-) urine- of fecale incontinentie, frequent nachtelijk plassen (nycturie), obstipatie, recidiverende urineweginfecties of verzakkingsklachten). De volgende meetinstrumenten zijn aanbevolen indien uit de anamnese blijkt dat hier sprake van is:

Aanbevolen meetinstrumenten:

- Gebruik de International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) om urine-incontinentie vast te stellen.
- Gebruik de Wexner-score om defecatieklachten vast te stellen.

Optionele meetinstrumenten:

- Overweeg het mictiedagboek als je meer wilt weten over de mictieklachten.
- Overweeg het defecatedagboek met Bristol Stoelgangsschaal (BSS) indien je defecatieklachten uitgebreider in kaart wil brengen.

Aanvullende aanbeveling

- Consulteer een gespecialiseerde discipline indien aanvullend onderzoek naar mictie- en/of defecatieklachten gewenst is. Dit geldt ook wanneer de therapeut zichzelf niet bekwaam acht in de behandeling van deze klachten. Zie hiervoor B.3 'Organisatie van zorg'.

Aanleiding

Kwetsbaarheid bij ouderen kan zich in verschillende domeinen uiten, waaronder het fysieke, cognitieve, sociale en psychische domein en kan de effectiviteit van een fysio- of oefentherapeutische interventie negatief beïnvloeden (RIVM 2015). Uit de knelpuntenanalyse uitgevoerd onder fysio- en oefentherapeuten bleek dat er veel uiteenlopende factoren kunnen meespelen bij het ontstaan van kwetsbaarheid bij ouderen. Bij kwetsbare ouderen is er bijvoorbeeld een grote kans op negatieve major life events, zoals ziekte (van naasten), ziekenhuisopname of sterfgevallen. Daarnaast zorgt interactie tussen verschillende factoren in deze domeinen voor extra complexiteit. Het bepalen van het risico op kwetsbaarheid als complex gezondheidsprobleem bij ouderen vindt dan ook niet altijd tijdig en/of volledig plaats.

Fysio- en oefentherapeuten gaven hierbij aan handvatten te missen om de fysieke, sociale, psychologische en cognitieve status van de kwetsbare oudere in kaart te brengen en hierbij kort en bondig tot de kern van het probleem en de hulpvraag te komen. Er zijn hierbij een veelvoud van testen en vragenlijsten beschikbaar en het is niet duidelijk welke meetinstrumenten het beste voor welke factoren ingezet kunnen worden.

Naast bovengenoemde knelpunten speelt ook preventie een steeds belangrijkere rol, met een signalerende rol voor de fysio- of oefentherapeut. Hierbij is belangrijk om een breed en volledig beeld te krijgen van de kwetsbare oudere. Het is daarom van belang inzicht te hebben in factoren die een belangrijke rol spelen bij de fysieke fitheid, het fysiek functioneren en (veranderingen) de kwaliteit van leven bij deze doelgroep. Met deze informatie kan de fysio- en oefentherapeut vervolgens passende interventies aanbieden die op maat zijn gemaakt voor iedere kwetsbare oudere. Hiermee kan, vanwege het dynamische karakter van kwetsbaarheid, kwetsbaarheid worden verminderd naar een meer robuuste gezondheidsstatus.

Deze module bestaat uit de samenvoeging van twee uitgewerkte uitgangsvragen, namelijk:

Uitgangsvraag 1a

Welke factoren (fysiek, cognitief, sociaal en psychisch, omgeving) spelen een belangrijke rol in het ontstaan van kwetsbaarheid bij ouderen en welke van deze factoren dienen in kaart te worden gebracht tijdens het diagnostisch proces?

Uitgangsvraag 1b

Hoe en wanneer kunnen de factoren (fysiek, cognitief, sociaal en psychisch, omgeving) die een rol spelen bij kwetsbaarheid het beste in kaart worden gebracht tijdens het diagnostisch proces en gedurende het behandeltraject?

Setting | Het gaat om kwetsbare ouderen in verschillende settings: thuiswonend, ziekenhuissetting en in zorginstellingen. Belangrijk is dat het hierbij altijd gaat om kwetsbare ouderen.

Conclusies op basis van de literatuur

Uit de geïncludeerde studies zijn 30 prognostische factoren naar voren gekomen die in meer of mindere mate een rol spelen bij (de verandering van) kwetsbaarheid bij ouderen.

Vermeld dient te worden dat er verschillende factoren zijn die wél een relatie met kwetsbaarheid hebben maar niet - of door weinig studies - als prognostische factor gepresenteerd worden. De reden hiervoor is dat deze factoren zijn opgenomen in de meetinstrumenten die kwetsbaarheid meten, zoals de factor vermoeidheid en loopsnelheid. Andere factoren komen wel naar voren uit het literatuuronderzoek, maar krijgen een (zeer) lage bewijskracht als gevolg van het gering aantal studies dat de betreffende factor wél als prognostische factor heeft geanalyseerd, zoals bij gewichtsverlies en fysieke activiteit.

Uit het literatuuronderzoek werd geconcludeerd dat de volgende factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van kwetsbaarheid bij ouderen:

Sociodemografisch

- Leeftijd
- Geslacht
- Partnerstatus
- Financiële stress
- Opleidingsniveau
- Migratiestatus

Leefomgeving

- Woonlocatie
- Leefgewoonten
- Rookgedrag
- Alcoholgebruik
- Fysieke activiteit
- Slaapproblemen (slaapgedrag- en kwaliteit)

Ziekte/biologisch

- Comorbiditeiten
- Albumin (serum level)
- C-reactive protein (CRP)
- Kwetsbaarheids-fenotype (pre-kwetsbaar/kwetsbaar vs. niet kwetsbaar)

Zorg en ondersteuning

- Medicijngebruik
- Ziekenhuisopname in het verleden
- Sociale steun

Fysiek

- Zelfgerapporteerde gezondheid
- Zintuigelijke beperking (auditief of visus)
- Eetproblemen
- Fysieke fitheid/ functioneren
 - Fysiek presteren
 - Mobiliteit
 - Loopvaardigheid
 - Vitaliteit
 - Spierkracht (beenspierkracht en handknijpkracht)
- Valgeschiedenis
- Sarcopenie
- Gewichtsverlies
- BMI/ obesitas
- Mictie- en defecatieklachten

Cognitief

- Cognitief functioneren

Psychisch

- Depressieve gevoelens

Sociaal

- Sociaal-maatschappelijke deelname
- Culturele betrokkenheid

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep heeft ondanks de vaak (zeer) lage bewijskracht aanbevelingen geformuleerd voor het wel of niet in kaart brengen van de gevonden factoren. Daarbij zijn keuzes ten aanzien van de sterkte van de aanbeveling losgelaten, aangezien dit sterk samenhangt met het wel of niet gebruiken van meetinstrumenten en de keus voor wélk meetinstrument.

De werkgroep heeft een onderverdeling gemaakt tussen factoren die - in de context van de oefentherapie en fysiotherapie - met óf zonder meetinstrument in kaart kunnen worden gebracht. Het komt bij factoren die zonder meetinstrument in kaart kunnen worden gebracht dan ook voor dat factoren met een lage bewijskracht toch worden aanbevolen om in kaart te brengen. Informatie over (de aanwezigheid van) deze factoren is vaak snel en betrouwbaar uit te vragen met slechts één of enkele vragen. Daarmee kan, zonder dat het veel tijd kost, snel ingeschat worden of een oudere een hoog risico op kwetsbaarheid heeft. Bij factoren die wel met een meetinstrument in kaart dienen te worden gebracht, is de werkgroep voorzichtiger geweest met het aanbevelen hiervan. Echter, enkele van deze factoren, zoals fysieke fitheid, vallen bij uitstek binnen het domein van de oefen- en fysiotherapie, waarbij ze niet alleen bijdragen aan de inschatting van het risico op kwetsbaarheid, maar ook vaak aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt, en als baseline-meting kunnen worden meegenomen.

Algehele kwetsbaarheid en gezondheid

Voor het in kaart brengen van de algehele kwetsbaarheid en gezondheid kiest de werkgroep als aanbevolen meetinstrument de EFIP. Dit meetinstrument brengt de verschillende facetten van kwetsbaarheid in kaart en is goed hanteerbaar in de praktijk, mits er voldoende tijd beschikbaar is tijdens de intake. De therapeut kan er ook voor kiezen de EFIP in meerdere sessies af te nemen. De klinimetrische kwaliteit is goed. Ook kan de EFIP evaluatief ingezet worden en biedt het instrument aanknopingspunten voor multidisciplinaire samenwerking. In B.1 'meetinstrumenten voor kwetsbaarheid' wordt voor de verschillende paramedische disciplines de GFI aanbevolen, welke minder uitgebreid is dan de EFIP. Binnen de fysio- en oefentherapie vervangt de EFIP daarom de GFI, tenzij de therapeut eerst een korte screening wil doen op kwetsbaarheid.

Fysieke fitheid en fysieke activiteit

Voor het in kaart brengen van het inspanningsvermogen kiest de werkgroep de 6MWT als aanbevolen meetinstrument, en daarnaast de PSK om belastende fysieke activiteiten vast te stellen. De 6MWT heeft een goede klinimetrische kwaliteit en een goede hanteerbaarheid. Ook zijn voor deze test uitgebreide normwaarden en MCID-waarden beschikbaar. De uitvoerbaarheid hangt af van de fysieke status van de patiënt. Daarom is ervoor gekozen om de 2MWT als optioneel meetinstrument aan te bevelen, indien de 6MWT niet uitvoerbaar is voor de patiënt. De werkgroep heeft ervoor gekozen om de PSG als optioneel meetinstrument aan te bevelen, aangezien deze minder bekend is in het werkveld en daarnaast veel tijd kost. Het meetinstrument kan echter wel van meerwaarde zijn in de behandeling.

Voor het meten van fysieke activiteit kiest de werkgroep voor een optionele aanbeveling om een activity tracker in te zetten die geschikt is voor ouderen. Fysieke activiteit is een zeer belangrijk onderdeel binnen de fysio- en oefentherapeutische behandeling bij kwetsbare ouderen. Om deze reden is het van belang om het beweeggedrag in kaart te brengen en gedurende de behandeling te kunnen evalueren. Bovendien kan een activity tracker ook als onderdeel van de interventie dienen: het zelf monitoren van het eigen gedrag geldt als bewezen gedragsveranderingstechniek (Michie 2013). In C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag' wordt hier dieper op in gegaan. Echter, het inzetten van een activity tracker past niet altijd bij de voorkeuren van een kwetsbare oudere, niet alle trackers zijn goed hanteerbaar, er zijn kosten aan verbonden voor de oudere, en de klinimetrische kwaliteit van veel trackers, uitzonderingen daargelaten, is nog (te) laag voor kwetsbare ouderen. Om deze reden is er voor een optionele aanbeveling gekozen.

Valrisico (balans, spierkracht, loopvaardigheid) en valangst

Voor het in kaart brengen van het valrisico (balans, spierkracht en loopvaardigheid) kiest de werkgroep als aanbevolen meetinstrument de SPPB. Dit meetinstrument brengt door de drie verschillende onderdelen meerdere facetten van het valrisico in kaart, waardoor het veelzijdige informatie oplevert over balans, spierkracht en loopvaardigheid. Daarnaast wordt dit meetinstrument ook aanbevolen in de World guidelines for falls prevention en in de recent uitgebrachte Valanalyse van VeiligheidNL (Montero-Odasso 2022; VeiligheidNL 2023). De klinimetrische kwaliteit en hanteerbaarheid zijn goed, en er zijn normwaarden beschikbaar.

Daarnaast worden de TUG, POMA-Tinetti, MINI-Besttest, de 30CST en FES-I als optionele meetinstrumenten aanbevolen, indien de therapeut meer wil weten over specifieke facetten van de balans of het valrisico. De 30CST is een alternatief indien het opstaan uit de stoel zonder gebruik van de handen (de CST/FTSTS-test binnen de SPPB) niet mogelijk is voor de oudere.

Ondervoeding en sarcopenie

Voor een eerste stap ter screening op risico op sarcopenie kiest de werkgroep als aanbevolen meetinstrument de SARC-F. Indien hieruit blijkt dat er sprake is van risico op sarcopenie, worden de vervolgstappen van het stroomschema sarcopenie van de EWGSOP aanbevolen om verder te screenen op aanwezigheid van sarcopenie. Hierbij sluit de werkgroep aan bij deze Europese richtlijn, waarbij de bijbehorende meetinstrumenten grotendeels overeenkomen met tests die binnen deze huidige richtlijn ook voor andere parameters (inspanningsvermogen en valrisico) aanbevolen worden. Daarnaast is ervoor gekozen om de SNAQ-65+ als optionele aanbeveling toe te voegen vanwege de relatie van sarcopenie met

ondervoeding. De HKK als onderdeel van het stroomschema sarcopenie is ook een veel gebruikt en valide instrument om algehele spierkracht te meten, waarbij vanwege mogelijk beperkte beschikbaarheid in de praktijk ervoor gekozen is om deze optioneel aan te bevelen.

Mictie- en defecatieklachten

Het uitgebreid meten van mictie- en/of defecatieklachten is niet nodig als de kwetsbare oudere geen klachten ervaart rondom de mictie en defecatie. Echter, deze klachten kunnen ook over het hoofd worden gezien als ze geen onderdeel uitmaken van de primaire hulpvraag. Daarom kiest de werkgroep ervoor om aan te bevelen om in de anamnese actief uit te vragen of er sprake is van mictie- of defecatieklachten.

Indien dit het geval is kiest de werkgroep de ICIQ om urine-incontinentie vast te stellen en de Wexner om defecatieklachten vast te stellen. Deze vragenlijsten zijn goed hanteerbaar voor de oudere en hebben een goede klinimetrische kwaliteit.

Het mictiedagboek wordt vanwege een lagere hanteerbaarheid alleen optioneel aanbevolen; indien de therapeut meer informatie wil over de mictieklachten. Hetzelfde geldt voor het defecatedagboek met BSS.

De keuze voor deze meetinstrumenten ligt in lijn met de meetinstrumenten die worden aanbevolen in de Flowcharts NVFB-NVFG voor de geriatriefysiotherapeut en in het Evidence Statement Anale Incontinentie van het KNGF (KNGF 2013; KNGF 2021).

Bronnen

- KNGF. Evidence Statement Anale Incontinentie. 2013. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/evidence-statements/anale-incontinentie/downloads/es-anale-incontinentie.pdf>.
- KNGF. Flowcharts NVFB-NVFG voor de geriatriefysiotherapeut. 2021. Beschikbaar via: <https://nvfg.kngf.nl/article/educatie/flowcharts-nvfb-nvfg-voor-de-geriatriefysiotherapeut>.
- Michie S, Richardson M Fau - Johnston M, Johnston M Fau - Abraham C, Abraham C Fau - Francis J, Francis J Fau - Hardeman W, Hardeman W Fau - Eccles MP, Eccles Mp Fau - Cane J, Cane J Fau - Wood CE, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med.* 2013(1532-4796 (Electronic)).
- Montero-Odasso MA-O, van der Velde N, Martin FA-O, Petrovic M, Tan MP, Ryg JA-O, Aguilar-Navarro S, Alexander NB, Becker C, Blain HA-O, Bourke R, Cameron ID, Camicioli R, Clemson L, Close J, Delbaere K, Duan L, Duque GA-O, Dyer SM, Freiburger E, Ganz DA, Gómez F, Hausdorff JM, Hogan DB, Hunter SMW, Jauregui JR, Kamkar N, Kenny RA, Lamb SE, Latham NK, Lipsitz LA, Liu-Ambrose T, Logan P, Lord SR, Mallet L, Marsh D, Milisen KA-O, Moctezuma-Gallegos R, Morris ME, Nieuwboer A, Perracini MA-O, Pieruccini-Faria F, Pighills A, Said C, Sejdic E, Sherrington C, Skelton DA, Dsouza S, Speechley M, Stark S, Todd C, Troen BR, van der Cammen T, Verghese J, Vlaeyen E, Watt JA, Masud T. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *LID - 10.1093/ageing/afac205 [doi] LID - afac205. Age Ageing.* 2022;51(1468-2834 (Electronic)).
- RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2015.
- VeiligheidNL. De valanalyse. 2023. Beschikbaar via: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/interventie/de-valanalyse>.

C.2 Persoonsgerichte interventies

Aanbevelingen

- Overweeg om voor fysieke training bij kwetsbare ouderen een persoonsgerichte interventie in te zetten. Met name bij zeer kwetsbare ouderen heeft een persoonsgerichte interventie de voorkeur boven een niet-persoonsgerichte interventie.
- Overweeg selectieve preventie, zoals een groepsinterventie (persoonsgericht waar mogelijk), bij ouderen in een voorstadium van kwetsbaarheid of met een verhoogd risico op kwetsbaarheid.
- Informeer (kwetsbare) ouderen over de beweegrichtlijnen voor volwassenen en ouderen (Gezondheidsraad 2017). Zie verder C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag'.

De FITT-trainingsprincipes (frequentie, intensiteit, tijd en type) geven richting aan de invulling van deze aanbevelingen, zodat de oudere een op maat gemaakte interventie kan worden aangeboden en deze interventie flexibel kan worden ingezet. Onder het kopje 'conclusies op basis van de literatuur' wordt beschreven hoe hier invulling aan gegeven kan worden.

Algemene aandachtspunten bij persoonsgerichte interventies*

- Bespreek persoonlijke uitkomstdoelen. Vraag daarbij naar belangrijke en specifieke activiteiten die de kwetsbare oudere niet of moeilijk kan uitvoeren.
- Stel een geïndividualiseerd en multidisciplinair behandelplan op met de kwetsbare oudere, inclusief gedragsdoelen ten aanzien van de persoonsgerichte interventie. Betrek hierbij indien mogelijk ook andere zorgprofessionals (multidisciplinair), zorgverleners, naasten en familie.
- Wees alert ten aanzien van zelfregulatie en zelfmanagement van de kwetsbare oudere.
- Breng fysieke beperkingen en mogelijkheden van de kwetsbare oudere in kaart.
- Wees alert op asymmetrie in de houding, het beweegpatroon en de balansvaardigheid.
- Wees alert op medicijngebruik.
- Setting zorgcentra: informeer andere collega's over de persoonlijke uitkomstdoelen van de kwetsbare oudere.
- Laat kwetsbare ouderen samen oefenen waarbij men van elkaar kan leren en elkaar van feedback kan voorzien.
- Maak gebruik van (visuele) hulpmiddelen die passen bij de individuele kenmerken van de oudere.
- Varieer tijdens weerstandstraining, niet alleen de weerstand, maar ook de beweegsnelheid.

* Zie B.2 'Communicatie met kwetsbare ouderen' voor informatie over communicatie met kwetsbare ouderen en het bespreken van persoonlijke doelen.

Algemene aandachtspunten bij zelfstandige interventie-elementen (thuis oefenen)**

- Voeg aan het interventieprogramma thuisoefeningen toe die zelfstandig uit te voeren zijn. Betrek hierbij partner, familie en/of mantelzorger om de kans op een goede therapietrouw te vergroten.
- Adviseer en stimuleer kwetsbare ouderen ook buiten de training om fysiek actief te zijn. Bespreek daarbij ook het lokale aanbod aan passende activiteiten.
- Geef advies en ondersteuning voor het veilig kunnen volgen van een thuisoefenprogramma.
- Overweeg huisbezoeken.
- Zet blended therapie in voor gepersonaliseerde coaching. Denk hierbij aan digitale ondersteuning, zoals applicaties voor tablet en telefoon.
- Maak gebruik van activity trackers, zoals stappentellers, waarmee de oudere zelf zijn doelen op het gebied van bewegen kan monitoren.
- Maak gebruik van een (digitaal) activiteitendagboek.
- Maak gebruik van telefonische follow-upgesprekken, ook na de interventieperiode.

** Zie C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag' voor informatie en concrete handvatten over het stimuleren van gezond bewegen in de eigen omgeving van kwetsbare ouderen.

Aanleiding

Door de American College of Sports Medicine (ACSM) zijn trainingsprincipes ontwikkeld voor het behouden en verbeteren van cardiorespiratoire, musculoskeletale en neuromotor-fitness bij volwassenen (ACSM 2023; Garber 2011). Met betrekking tot fysieke activiteit zijn trainingsprincipes tevens specifiek uitgewerkt voor (kwetsbare) ouderen (Chodzko-Zajko 2009; Nelson 2007).

Echter, vanuit de praktijk bestaat de behoefte om meer inzicht te krijgen in belangrijke aandachtspunten bij het trainen van fysieke fitheid, functionele mobiliteit en loopvaardigheid bij kwetsbare ouderen; en in de vraag hoe het oefenprogramma aan te passen is aan de situatie en mogelijkheden van de kwetsbare oudere. Concreet betekent dit inzicht krijgen in de effectiviteit van op maat gemaakte interventies voor kwetsbare ouderen ten opzichte van niet op maat gemaakte (one size fits all) interventies. Tevens is het voor de oefen- en fysiotherapiepraktijk belangrijk om te weten hoe deze persoonsgerichte interventies er precies uitzien, uit welke componenten ze bestaan en welke eigenschappen ze kennen in termen van type training, opbouw, intensiteit, frequentie en duur.

Literatuuronderzoek geeft inzicht in de effectiviteit van op maat gemaakte interventies en de eigenschappen van deze interventies.

Uitgangsvraag

Hoe kan de training voor kwetsbare ouderen het beste worden opgebouwd ter behoud of verbetering van het fysiek functioneren?

Conclusies op basis van de literatuur

Conclusies op basis van de literatuur voor onderzoeksvraag 1

- Persoonsgerichte interventies lijken de fysieke fitheid te verbeteren (zeer lage kwaliteit van bewijs).
- Persoonsgerichte interventies lijken de functionele mobiliteit te verbeteren (lage kwaliteit van bewijs).
- Het wetenschappelijk bewijs is zeer onzeker over het effect van persoonsgerichte interventies op de kwaliteit van leven (zeer lage kwaliteit van bewijs).
- Persoonsgerichte interventies lijken het ADL te verbeteren (zeer lage kwaliteit van bewijs).
- Het wetenschappelijke bewijs is zeer onzeker over het effect van persoonsgerichte interventies op de loopsnelheid (zeer lage kwaliteit van bewijs).
- Het wetenschappelijke bewijs is zeer onzeker over het effect van persoonsgerichte interventies op de kwetsbaarheid zelf (zeer lage kwaliteit van bewijs).

Conclusies op basis van de literatuur voor onderzoeksvraag 2

Om inzicht te krijgen in de werkzame elementen van de persoonsgerichte interventies is een samenvatting gemaakt van de interventiebeschrijvingen uit de 15 gevonden RCT's. Hier zijn een beknopte discussie en conclusie van de systematische review aan toegevoegd (Hill 2015). Daarbij zijn de persoonsgerichte aspecten van de interventie uitgelicht. De samenvatting van deze interventiebeschrijvingen is te vinden in bijlage C.2.7.

Om fysio- en oefentherapeuten concrete handvatten te geven ten aanzien van de invulling van persoonsgerichte interventies is samen met de werkgroep een indeling gemaakt van de geïdentificeerde persoonsgerichte aspecten over de FITT-principes (Frequentie, Intensiteit, Tijd en Type), zoals beschreven in het boek ACSM's Exercise Testing and Prescription 2nd Edition (ACSM 2023). Deze indeling wordt hieronder gepresenteerd.

Frequentie van de interventie

- Uiteenlopend van 1x per week tot 3x per week voor fysio- en oefentherapie in de eerste lijn (en zorgcentra).
Duur: 10 weken tot 12 maanden.

- 2 tot 5x per week voor de ziekenhuissetting en geriatrische revalidatiezorg.
- Zorg tussen intensieve (kracht- en weerstand) trainingssessies voor voldoende hersteltijd.

Intensiteit van de interventie

- Herzie het trainingsprogramma wekelijks om de intensiteit geleidelijk te verhogen.
- Stem de intensiteit af met bijvoorbeeld de Borgschaal of op basis van iemands subjectieve perceptie van inspanning (OMNI-schaal, range 5-7).
- Bij kracht- en weerstandstraining:
 - stem de intensiteit af op basis van bijvoorbeeld de vergelijking van Brzycki;
 - maak gebruik van periodieke (maximaal)tests. Kies voor submaximaaltests indien dit geschikter, wenselijker of passender is.
- Bij looptraining: stem de intensiteit af op basis van de 6-MWT.
- Bij balanstraining: laat oefeningen oplopen in moeilijkheidsgraad.

Tijd

- Uiteenlopend, en afhankelijk van de frequentie, opbouwend van 5 minuten per dag naar 1 uur per dag.
- Trainingstijd bij thuisstraining kan flexibel worden verdeeld over meerdere momenten van de dag.

Type interventie

- warming-up en coolingdown
- balanstraining
- rompstabiliteit
- kracht- en weerstandsoefeningen, zowel voor boven- als onderlichaam
- looptraining en wandelaanbevelingen
- uithoudingsvermogen
- mobiliteitsoefeningen
- transfertraining
- functionele training
- flexibiliteitsoefeningen
- rekoefeningen
- exergaming / virtual reality
- basis/korte voedingsadviezen
- advisering van sociaal-fysieke groepsactiviteiten (wandelingen maken, gymnastiek)
- advisering van sociaal-culturele activiteiten

Algemene aandachtspunten bij persoonsgerichte interventies

- Bespreek persoonlijke uitkomstdoelen. Vraag daarbij naar belangrijke en specifieke activiteiten die de patiënt niet of moeilijk kan uitvoeren
- Stel een geïndividualiseerd en (waar mogelijk) multidisciplinair behandelplan op met de patiënt, inclusief gedragsdoelen t.a.v. de persoonsgerichte interventie. Betrek hierbij indien mogelijk ook andere zorgprofessionals (multidisciplinair), zorgverleners, naasten en familie
- Wees alert m.b.t. zelfregulatie en zelfmanagement van de patiënt
- Breng fysieke beperkingen en mogelijkheden van de patiënt in kaart
- Wees alert op asymmetrie in de houding, het beweegpatroon en de balansvaardigheid
- Wees alert op medicijngebruik
- Setting zorgcentra: informeer andere collega's over de persoonlijke uitkomstdoelen van de patiënt
- Laat patiënten samen oefenen, waarbij men van elkaar kan leren en elkaar van feedback kan voorzien

- Maak gebruik van (visuele) hulpmiddelen passend bij individuele kenmerken
- Varieer, naast de weerstand, ook de beweegselheid tijdens weerstandstraining

Algemene aandachtspunten bij zelfstandige interventie-elementen (thuis oefenen)

- Voeg thuisoefeningen aan het interventieprogramma toe die zelfstandig uit te voeren zijn. Betrek hierbij partner, familie en/of mantelzorger om de kans op succes te vergroten
- Adviseer/stimuleer patiënten om ook buiten de training om fysiek actief te zijn. Bespreek daarbij ook het lokale aanbod aan passende activiteiten (zie C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag' voor concrete handvatten hiervoor)
- Geef advies en ondersteuning voor het veilig kunnen volgen van een thuisoefenprogramma
- Overweeg huisbezoeken
- Zet digitale ondersteuning in, zoals applicaties voor tablet en telefoon, voor gepersonaliseerde coaching
- Maak gebruik van activity trackers, zoals stappentellers, waarmee de patiënt zelf zijn uitkomstdoelstellingen kan monitoren (zie C.5 'Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag')
- Maak gebruik van (digitale) activiteitendagboeken
- Maak gebruik van telefonische follow-upgesprekken, ook na de interventieperiode

Rationale van de aanbeveling

Ondanks de lage tot zeer lage bewijskracht voor de cruciale en belangrijke uitkomstmaten is er op vijf van de zes uitkomstmaten een klinisch relevant verschil gevonden in het voordeel van persoonsgerichte interventies ten opzichte van niet-persoonsgerichte interventies. De werkgroep geeft op basis van de beschikbare bewijskracht uit RCT's, de klinische expertise uit de werkgroep en het patiëntperspectief de voorkeur aan persoonsgerichte interventies ten opzichte van niet-persoonsgerichte interventies. Voor alle kwetsbare ouderen en met name voor de zeer kwetsbare ouderen hebben persoonsgerichte interventies voordelen ten opzichte van niet-persoonsgerichte interventies. Ouderen in een voorstadium van kwetsbaarheid of met een verhoogd risico op kwetsbaarheid kunnen ook gebaat zijn bij niet-persoonsgerichte (groeps)interventies.

Naast de inzet van persoonsgerichte of niet-persoonsgerichte interventies wordt geadviseerd om (kwetsbare) ouderen te informeren over (en aan te sporen tot bewegen aan de hand van) de beweegrichtlijnen voor volwassenen en ouderen (Gezondheidsraad 2017).

Bronnen

- ACSM. ACSM's Exercise Testing and Prescription. 2nd ed: American College of Sports Medicine; 2023.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2009;41(7):1510-30.
- Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2011;43(7):1334-59.
- Gezondheidsraad. Samenvatting Beweegrichtlijnen 2017. 2017. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsraad.nl/binaries/gezondheidsraad/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017/samenvatting-Beweegrichtlijnen-2017.pdf>.
- Hill KD, Hunter SW, Batchelor FA, Cavalheri V, Burton E. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2015;82(1):72-84.
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castaneda-Sceppa C. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. 2007;14.

C.3 Balanstraining

Aanbevelingen

- Pas conventionele balanstraining (loop-, balans- en functionele training) toe bij kwetsbare ouderen of ouderen met een verhoogd valrisico. De training kan zowel in groepsverband als individueel worden toegepast. De werkgroep adviseert op basis van de hulpvraag, mobiliteit en context van de oudere een keuze te maken voor training in de thuissituatie, training op locatie of een combinatie hiervan. Zie voor meer informatie C.2 'Persoonsgerichte interventies' en C.4 'Functioneel trainen'.
- Overweeg de toepassing van Tai Chi bij kwetsbare ouderen of ouderen met een verhoogd valrisico.
- Overweeg de toepassing van proactieve en reactieve parcoursestraining bij kwetsbare ouderen of ouderen met een verhoogd valrisico, bijvoorbeeld om te variëren op conventionele balanstraining.
- Wees terughoudend met de toepassing van een exergaming interventie bij kwetsbare ouderen of ouderen met een verhoogd valrisico, tenzij de apparatuur voor exergaming laagdrempelig beschikbaar is, exergaming past binnen de voorkeuren van de oudere en het gegeven wordt als een aanvullende interventie.
- Wees terughoudend met het toepassen van balansbordtraining als aparte trainingsinterventie bij kwetsbare ouderen of ouderen met een verhoogd valrisico, tenzij deze training veilig gegeven kan worden en gegeven wordt als aanvullende interventie op conventionele balanstraining.

In C.3 'Verantwoording' staat uitleg over de inhoud van de verschillende typen balanstraining.

Aanvullende aanbeveling

Bovenstaande aanbevelingen t.a.v. valpreventie gaan specifiek over het onderdeel balans. Behalve op balans is het van belang breder op het valrisico in te spelen: zie hiervoor de *Valanalyse* (VeiligheidNL 2023a). Overweeg hierbij interdisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld met de ergotherapeut voor (loop)hulpmiddelen of andere valpreventie-maatregelen in de thuissituatie (Zie D.3 'Ergotherapeutische benaderingen en interventies').

Aanleiding

Veel kwetsbare ouderen kampen met valangst, een verhoogd valrisico, en daadwerkelijk vallen (Montero-Odasso 2022). Dit heeft nadelige gevolgen voor het fysieke functioneren en de kwaliteit van leven. Uit de knelpuntenanalyse bij de oefenen en fysiotherapie bleek dat valangst en een verhoogd valrisico knelpunten zijn bij de therapie; ze geven een verhoogde kans op inactiviteit bij de kwetsbare oudere en mogelijk ook voorzichtigheid bij de therapeut, waardoor het beoogde oefenprogramma niet of slechts gedeeltelijk uitgevoerd wordt. Dit is nadelig omdat het effect van de therapie hierdoor minder wordt. Bovendien is er juist veel wetenschappelijk bewijs dat (een combinatie van) verschillende typen beweging of trainingen positief effect hebben op het balansvermogen en het valrisico bij kwetsbare ouderen (Hopewell 2018). Beweegprogramma's zijn hierbij onderdeel van een veel breder pakket aan valpreventie-maatregelen, zoals maatregelen om het huis veiliger te maken, een analyse en mogelijk aanpassen van het medicatiegebruik, of het aanpakken van voetproblemen, problemen met het zicht en gehoor of incontinentieklachten (FMS 2017; Montero-Odasso 2022; VeiligheidNL 2023a).

In Nederland zijn er specifieke valpreventieprogramma's ontwikkeld ('In Balans', 'Vallen Verleden Tijd' en het 'Otago oefenprogramma') waarvan bewezen is dat ze het valrisico bij (kwetsbare) ouderen kunnen verlagen (VeiligheidNL 2023b). Dit zijn groepsprogramma's die verschillende elementen bevatten, bijvoorbeeld krachtraining, looptraining, flexibiliteitsoefeningen en verschillende vormen van balanstraining. In de richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), wordt ten aanzien van fysieke training aanbevolen een beweegprogramma

te geven dat zich richt op balans, spierkracht en mobiliteit (FMS 2017). Dit geldt zowel voor groepslessen als voor individuele programma's. Hierbij wordt echter geen specificatie gegeven hoe de balanstraining precies vormgegeven moet worden. Ook binnen het Position Statement van de ACSM 'exercise and physical activity for Older Adults', binnen de WHO-richtlijn 'integrated care for older people' en de 'World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative' wordt aanbevolen balansoefeningen te geven als onderdeel van een multi-component beweegprogramma (en multi-factoriële risicoanalyse en interventie), echter er wordt geen specifiek type balanstraining aanbevolen (ACSM 2009; Montero-Odasso 2022; WHO 2017).

Uitgangsvraag

Welke vorm van balanstraining kan bijdragen aan het verminderen van valangst en valrisico bij kwetsbare ouderen?

Conclusies op basis van de literatuur

Cruciale uitkomstmaten

- *Conventionele balanstraining* resulteert in een vermindering van het aantal valincidenten en het aantal mensen die een val doormaken.
- *Tai Chi* resulteert waarschijnlijk in een vermindering van het aantal valincidenten en het aantal mensen die een val doormaken.
- *Proactieve en reactieve parcoustraining* resulteert waarschijnlijk in een vermindering van het aantal valincidenten en het aantal mensen die een val doormaken.

Belangrijke uitkomstmaten

- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of proactieve en reactieve parcoustraining resulteert in een afname van het valrisico.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker over het effect van exergaming op afname van het valrisico en de afname van valangst.
- Het wetenschappelijk bewijs is zeer onzeker over het effect van balansbordtraining op afname van het valrisico.

Rationale van de aanbeveling

- Conventionele balanstraining geeft een groot effect op de cruciale uitkomstmaat, met een hoge bewijskracht, waarbij de toepasbaarheid hoog is en ouderen veel waarde hechten aan deze interventie. Om deze reden is gekozen voor een sterke aanbeveling voor deze interventie.
- Tai Chi geeft een groot effect op de cruciale uitkomstmaat met een redelijke bewijskracht, waarbij er waarschijnlijk variatie is in voorkeuren van ouderen en beschikbaarheid. Om deze reden is gekozen voor een zwakke aanbeveling voor deze interventie.
- Proactieve en reactieve parcoustraining geeft een groot effect op de cruciale uitkomstmaat met een redelijke bewijskracht. De toepasbaarheid is in de praktijksituatie hoog, maar in de thuissituatie is de toepasbaarheid lager. De kosten zijn laag, maar kunnen oplopen door aanschaf van materialen. Om deze reden is gekozen voor een zwakke aanbeveling voor deze interventie.
- Exergaming geeft een klein effect op de belangrijke uitkomstmaat, met een lage bewijskracht. Hierbij zijn er mogelijk hoge kosten aan verbonden. Om deze reden is gekozen voor een zwakke aanbeveling tegen deze interventie.
- Balansbordtraining heeft een onduidelijk effect met een lage bewijskracht, en kan een risico vormen op vallen bij kwetsbare ouderen. De interventie is niet goed toepasbaar in de thuissituatie. Het is niet geschikt als op zich staande training. Om deze reden is gekozen voor een zwakke aanbeveling tegen deze interventie; tenzij deze veilig toegepast kan worden en onderdeel is van een totaaltraining.

Bronnen

- ACSM. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(7):1510-30.
- FMS. Preventie van valincidenten bij ouderen. 2017.
- Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JC, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):Cd012221.
- Montero-Odasso MA-O, van der Velde N, Martin FA-O, Petrovic M, Tan MP, Ryg JA-O, Aguilar-Navarro S, Alexander NB, Becker C, Blain HA-O, Bourke R, Cameron ID, Camicioli R, Clemson L, Close J, Delbaere K, Duan L, Duque GA-O, Dyer SM, Freiburger E, Ganz DA, Gómez F, Hausdorff JM, Hogan DB, Hunter SMW, Jauregui JR, Kamkar N, Kenny RA, Lamb SE, Latham NK, Lipsitz LA, Liu-Ambrose T, Logan P, Lord SR, Mallet L, Marsh D, Milisen KA-O, Moctezuma-Gallegos R, Morris ME, Nieuwboer A, Perracini MA-O, Pieruccini-Faria F, Pighills A, Said C, Sejdic E, Sherrington C, Skelton DA, Dsouza S, Speechley M, Stark S, Todd C, Troen BR, van der Cammen T, Verghese J, Vlaeyen E, Watt JA, Masud T. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. LID - 10.1093/ageing/afac205 [doi] LID - afac205. *Age Ageing.* 2022;51(1468-2834 (Electronic)).
- VeiligheidNL. De valanalyse. 2023a. Beschikbaar via: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/interventie/de-valanalyse>.
- VeiligheidNL. Erkende programma's voor valpreventie. 2023b. Beschikbaar via: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/valpreventie-bij-ouderen#content>.
- WHO. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.

C.4 Functioneel trainen

Aanbevelingen

- Pas een functionele trainingscomponent toe bij alle kwetsbare ouderen die een trainingsinterventie ontvangen.
- Draag er zorg voor dat de oefeningen ook goed uit te voeren zijn in de thuissituatie. Overweeg daarom één of meerdere huisbezoeken om zorg te dragen voor de gewenste uitvoering van de functionele oefeningen.

Tabel C.4.1 in sectie 'Kenmerken van de functionele training interventies' kan worden geraadpleegd voor voorbeelden van functionele oefeningen.

Aanleiding

Oefen- en fysiotherapeutische interventies blijken effectief om verschillende aspecten van de gezondheid en fysieke fitheid bij kwetsbare ouderen en ouderen in een voorstadium van kwetsbaarheid of met een verhoogd risico op kwetsbaarheid, te verbeteren (Jadczak et al., 2018). Ook is er goede evidentie gevonden voor de effectiviteit van oefen- en fysiotherapie en fysieke training bij kwetsbare ouderen in een eerdere systematische analyse van de literatuur in het kader van de ontwikkeling van de KNGF Bewegingstandaard Kwetsbare ouderen in 2015 (van Abbema & Weening-Dijksterhuis, 2015). In deze bewegingstandaard luidt de conclusie: "Bij kwetsbare ouderen is een samengesteld beweegprogramma het meest aangewezen type training. Effectieve componenten zijn: spierkrachttraining, balanstreining, oefenen van de gewrichtsmobiliteit, oefenen van de functionele mobiliteit, trainen van het uithoudingsvermogen en trainen van ADL-vaardigheden."

Echter, er bestaat praktijkvariatie in aangeboden trainingen binnen de oefen- en fysiotherapie en er is vanuit de praktijk vraag naar meer duiding met betrekking tot de rol van functioneel trainen als onderdeel van de totale interventie en het effect van functioneel trainen op verschillende gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Functioneel trainen is gericht op het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven waarbij een taakspecifieke handeling wordt uitgevoerd (bijv. tas oppakken van grond, lopen en deze verderop op de bovenste plank leggen of bijv. lopen met dienblad met glaasje water). Oefentherapeuten integreren oefeningen veelal in de dagelijkse activiteiten van de cliënt en ook bij (geriatrie)-fysiotherapeuten is functioneel trainen vaak een onderdeel van een interventie. Er worden daarbij regelmatig oefenprogramma's in de praktijk/oefenzaal gegeven waarin functioneel trainen is opgenomen. Tevens wordt functioneel trainen veel ingezet bij home-based interventies, waarbij een patiënt thuis oefeningen doet als onderdeel van een interventie- of behandeltraject. Functionele training kan bij kwetsbare ouderen een onderdeel zijn van het totale behandelplan. Echter, wat precies de meerwaarde van deze vorm van training is ten opzichte van niet-functionele trainingsinterventies bij deze populatie, is onduidelijk.

Deze module richt zich dan ook op het inzichtelijk maken van de (aanvullende) waarde van functioneel trainen bij kwetsbare ouderen. Daarnaast is het van belang om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van functionele training bij kwetsbare ouderen in termen van opbouw, frequentie en intensiteit. Dit geeft namelijk concrete inzichten die van belang zijn voor de praktijk.

Uitgangsvraag

Wat is bij kwetsbare ouderen de effectiviteit van functioneel trainen op de fysieke fitheid en wat zijn de kenmerken van deze functionele trainingen?

Conclusies op basis van de literatuur

- Interventies met een functioneel trainen-component lijken de fysieke fitheid te verbeteren (lage kwaliteit van bewijs).
- Interventies met een functioneel trainen-component verbeteren waarschijnlijk de functionele mobiliteit (redelijke kwaliteit van bewijs).
- Interventies met een functioneel trainen-component lijken de ADL te verbeteren (lage kwaliteit van bewijs).
- Het wetenschappelijke bewijs is zeer onzeker over het effect van interventies met een functioneel trainen-component op de kwaliteit van leven (zeer lage kwaliteit van bewijs).

Kenmerken van de functionele training-interventies

In onderstaande tabel is gepresenteerd welke functionele oefeningen interventiegroepen ontvingen ten opzichte van de controlegroepen. Deze functionele oefeningen hebben bijgedragen aan de verschillen op de uitkomstmaten tussen interventie- en controlegroepen. Let wel: in verschillende studies ontving de interventiegroep ook aanvullende niet-functionele oefeningen.

Tabel C.4.1 | De (extra) functionele oefeningen die de interventiegroepen ontvingen (t.o.v. de controlegroepen)

| | |
|---------------------|--|
| Arrieta 2018, 2019 | lopen: gewichtsoverdracht van het ene been naar het andere been, lopen met kleine obstakels, proprioceptieve oefeningen en stapoefeningen, vanuit stoel opstaan balanstraining: oefeningen met toenemende moeilijkheidsgraad, beginnend met het verminderen van armsteun tijdens balansoefeningen |
| Gretebeck 2019 | functionele circuittraining: dagelijkse functionele taken, waaronder opstaan uit een stoel, bukken om voorwerpen op te rapen, over een opstapje stappen, grote stappen nemen, reiken naar en het dragen van kleine voorwerpen met verschillende gewichten |
| Gronstedt 2013 | gepersonaliseerde functionele training op basis van een lijst van moeilijke activiteiten: fysieke en dagelijkse activiteiten in verschillende combinaties, zoals transfers, lopen, balans, training in persoonlijke verzorging, aankleden en eten |
| Jahanpeyma 2021 | Otago-programma: oefeningen zoals kniebuigingen, lopen en omdraaien, zijwaarts lopen, zitten-opstaan, traplopen |
| Liao 2019 | exergaming (Kinect-systemen): tai chi en balansspellen (ramen lappen, 'vuurwerk raken' en goudvissen grijpen voor balanstraining) |
| Parker 2015 | lopen en zitten-opstaan-oefeningen, en andere noodzakelijk bewegingen, zoals heen en weer gaan naar de eetkamer |
| Sales 2017 | het gebruik van een seniorentrainingspark: lopen op verschillende oppervlakken, gebruik van een balanskruk en evenwichtsbalk, trap-/opstaptraining, zitten-opstaan, traplopen, 'schroevendraaien'. |
| Shahtahmassebi 2019 | motorische oefeningen: aanspannen van de buikspieren, verschillende 'brugposities' en een loop-balansprogramma. |
| Suikkanen 2021 | ADL-taken, zoals traplopen, afwassen, de was doen, hout stapelen, buiten lopen, boodschappen doen daarnaast verschillende statische, dynamische en dubbeltaakoefeningen op basis van het Otago-programma, tandemstand, squats, en lopen |
| Tsaih 2012 | loopgerelateerde functionele taken in gewichtsdragende posities: voor- en achterwaarts stappen op vlakke grond, van een kruk op- en afstappen, lopen, lopen tussen parallelle stangen, lopen op een loopband, traplopen |

Bronnen: Arrieta 2018; Arrieta 2019; Gretebeck 2019; Gronstedt 2013; Jahanpeyma 2021; Liao 2019; Parker 2015; Sales 2017; Shahtahmassebi 2019; Suikkanen 2021; Tsaih 2012

Rationale van de aanbeveling

Uit de gevonden wetenschappelijke literatuur blijkt functioneel trainen een positief klinisch relevant effect te hebben op de twee cruciale uitkomstmaten fysieke fitheid (lage kwaliteit van bewijs) en functionele mobiliteit (redelijke kwaliteit van bewijs). De positieve ervaringen die het werkveld en de werkgroep al geruime tijd hebben met functioneel trainen bij patiënten, onder wie kwetsbare ouderen, en de voordelen hiervan voor kwetsbare ouderen zelf, rechtvaardigen een sterke aanbeveling. De expert-opinie vanuit de werkgroep heeft hierin dan ook een doorslaggevende weging gekregen. Kies daarom bij alle kwetsbare ouderen voor trainingsinterventies mét een functioneel trainen-component, indien er gekozen wordt voor een trainingsinterventie. Wees daarbij attent op de transferbaarheid van de oefeningen naar de thuissituatie.

Bronnen

- Arrieta H, Rezola-Pardo C, Zarrasquin I, Echeverria I, Yanguas JJ, Iturburu M, Gil SM, Rodriguez-Larrad A, Irazusta J. A multicomponent exercise program improves physical function in long-term nursing home residents: A randomized controlled trial. *Exp Gerontol.* 2018;103:94-100.
- Arrieta H, Rezola-Pardo C, Gil SM, Virgala J, Iturburu M, Antón I, González-Templado V, Irazusta J, Rodriguez-Larrad A. Effects of Multicomponent Exercise on Frailty in Long-Term Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2019;67(6):1145-51.
- Gretebeck KA, Blaum CS, Moore T, Brown R, Galecki A, Strasburg D, Chen S, Alexander NB. Functional Exercise Improves Mobility Performance in Older Adults With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *J Phys Act Health.* 2019;16(6):461-9.
- Gronstedt H, Frandin K, Bergland A, Helbostad JL, Granbo R, Puggaard L, Andresen M, Hellstrom K. Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. *Gerontology.* 2013;59(3):220-9.
- Jahanpeyma P, Kayhan Kocak FO, Yildirim Y, Sahin S, Senuzun Aykar F. Effects of the Otago exercise program on falls, balance, and physical performance in older nursing home residents with high fall risk: a randomized controlled trial. *Eur Geriatr Med.* 2021;12(1):107-15.
- Liao YY, Chen IH, Wang RY. Effects of Kinect-based exergaming on frailty status and physical performance in prefrail and frail elderly: A randomized controlled trial. *Sci.* 2019;9(1):9353.
- Parker C, Hill K, Cobden J, Davidson M, McBurney H. Randomized controlled trial of the effect of additional functional exercise during slow-stream rehabilitation in a regional center. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation.* 2015;96(5):831-6.
- Sales M, Polman R, Hill KD, Levinger P. A Novel Exercise Initiative for Seniors to Improve Balance and Physical Function. *J Aging Health.* 2017;29(8):1424-43.
- Shahtahmassebi B, Hebert JJ, Hecimovich M, Fairchild TJ. Trunk exercise training improves muscle size, strength, and function in older adults: A randomized controlled trial. *Scand J Med Sci Sports.* 2019;29(7):980-91.
- Suikkanen S, Soukkio P, Aartolahti E, Kääriä S, Kautiainen H, Hupli MT, Pitkälä K, Sipilä S, Kukkonen-Harjula K. Effect of 12-Month Supervised, Home-Based Physical Exercise on Functioning Among Persons With Signs of Frailty: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2021;102(12):2283-90.
- Tsaih PL, Shih YL, Hu MH. Low-intensity task-oriented exercise for ambulation-challenged residents in long-term care facilities: a randomized, controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012;91(7):616-24.

C.5 Aandachtspunten bij zelfmanagement van gezond beweeggedrag

Aanbevelingen

Overweeg met onderstaande **contextuele factoren** rekening te houden bij het stimuleren van gezond beweeggedrag van de kwetsbare oudere. Deze factoren kunnen volgens de kwetsbare oudere hierbij belangrijk zijn. Bij de beoordeling van deze factoren heeft de werkgroep onderscheid gemaakt tussen belangrijke en zeer belangrijke factoren, op basis van bewijskracht, relevantie en waarde voor kwetsbare ouderen.

- **zeer belangrijk** | De individuele context van de kwetsbare oudere ten aanzien van het bewegen tijdens het diagnostisch en behandelproces.
 - Met de context worden de individuele fysieke en psychologische capaciteit, motivatie en de sociale en fysieke omgeving en mogelijkheden van de oudere bedoeld (gebaseerd op het COM-B model).
 - Hiervoor kunnen de meetinstrumenten uit C.1 'In kaart brengen van beschermende en risicofactoren voor kwetsbaarheid' gebruikt worden, waaronder de EFIP.
 - Het verstrekken van informatie over beweegactiviteiten en -programma's in de buurt van de oudere, als vervolg of aanvulling op de behandeling, kan bevorderend zijn voor het behoud van gezond beweeggedrag.
 - Door uit te vragen wat de oudere in het verleden aan beweging of sport heeft gedaan, kan aangesloten worden op het kennisniveau, de interesse en de belevingswereld van de oudere.
 - Op basis van deze factoren kan het behandelproces individueel aangepast worden, zoals het toevoegen van spelelementen voor het vergroten van de motivatie, het toepassen van persoonsgerichte interventies (zie C.2 'Persoonsgerichte interventies') om de fysieke capaciteit te verbeteren en/of samen te werken met het sociale domein of de ergotherapeut om de fysieke en sociale omgeving te verbeteren.

Overweeg met onderstaande **interventie-eigenschappen** rekening te houden bij het stimuleren van gezond beweeggedrag van de kwetsbare oudere. Deze eigenschappen kunnen volgens de kwetsbare oudere hierbij belangrijk zijn. Bij de beoordeling van deze eigenschappen heeft de werkgroep onderscheid gemaakt tussen *belangrijke* en *zeer belangrijke* factoren, op basis van bewijskracht, relevantie en waarde voor kwetsbare ouderen.

- **zeer belangrijk** | Het opstellen van individueel relevante uitkomst- en gedragsdoelen die toepasbaar zijn in het ADL en structuur geven aan de interventie.
 - Een SMART-doel op activiteiten- en participatieniveau is bijvoorbeeld 'Ik durf en kan zelfstandig boodschappen doen bij de supermarkt, waarvoor ik 500 meter buiten moet kunnen lopen met mijn rollator.'
- **belangrijk** | Feedback geven op zowel het beweeggedrag en oefeningen als op uitkomsten.
 - Bijvoorbeeld het aanreiken van een stappenteller/'activity tracker' of het laten bijhouden van een activiteiten-dagboek met momenten waarop matig-intensief bewogen wordt, en het bespreken van de resultaten hiervan.
- **zeer belangrijk** | Adviseren om aan te sluiten bij een groep met gelijkgestemden of bij een beweegmaatje om de sociale steun ten aanzien van bewegen te optimaliseren.
- **belangrijk** | Instructies over oefeningen laten aansluiten op het kennisniveau van de oudere.
 - Bijvoorbeeld niet al te uitgebreide instructie als de oudere al op de hoogte is.
- **belangrijk** | Informatie aanbieden over de invloed van oefenen en bewegen op kwetsbaarheid.
 - Bijvoorbeeld informatie over de effecten van bewegen op het voorkomen en beperken van (sociale) kwetsbaarheid en het verlagen van de ziektelast van eventuele comorbiditeit.
- **belangrijk** | Het visueel aanbieden van de oefeningen of het gewenste beweeggedrag.
 - Bijvoorbeeld oefeningen voordoen of oefeningen uittekenen, een online platform gebruiken, (oefen)apps gebruiken of Nederland in Beweging of andere filmpjes van oefeningen.

- **belangrijk** | Reminders aanbieden voor het bewegen of doen van oefeningen in het ADL.
 - In overleg met de oudere kunnen de volgende reminders aangeboden worden: Bijvoorbeeld het koppelen van een oefening aan bepaalde handelingen, zoals traplopen of tandenpoetsen of post-its met oefeningen plakken op plaatsen in huis waar de oudere vaak komt. De oudere kan wekkers zetten of afspreken met een wandel- of oefenmaatje. Ook kan sommige technologie reminders geven, zoals een 'activity tracker' die trillingen geeft.
- **belangrijk** | Het aanreiken van strategieën om het beweeggedrag te kunnen toepassen in het dagelijks leven.
 - In overleg met de oudere kunnen motorische leerstrategieën toegepast worden, zoals impliciete, expliciete of foutloos leren strategieën, waardoor het beweeggedrag in het dagelijks leven kan worden ingeslepen en routines kunnen ontstaan.
- **belangrijk** | Het toepassen van beloningen bij het behalen van beweeg- of oefendoelen.
 - In overleg met de oudere kunnen beloningen aangeboden worden door middel van diploma's, competitie met een oefen- of wandelmaatje, uitdagingsbadges op een smartwatch of punten in een wandelapp, bijvoorbeeld de 'ommetje-app'.
- **belangrijk** | Het aanbieden van een follow-up na het afsluiten van de behandeling en het aanbieden van passende informatie over beweegfaciliteiten in de buurt van de oudere.

Overweeg met onderstaande **overige factoren** rekening te houden in de behandeling van de kwetsbare oudere. Deze factoren kunnen volgens de kwetsbare oudere belangrijk zijn voor het stimuleren en behouden van gezond beweeggedrag. Bij de beoordeling van deze factoren heeft de werkgroep onderscheid gemaakt tussen *belangrijke* en *zeer belangrijke* factoren, op basis van bewijskracht, relevantie en waarde voor kwetsbare ouderen.

- **belangrijk** | Het belang dat ouderen hechten aan kwaliteiten en eigenschappen van de therapeut in de benadering van de oudere.
 - Bijvoorbeeld empathie, vertrouwen en positiviteit. De oudere wil gehoord en gesteund worden, begeleiding krijgen en de oefeningen op een leuke manier aangeboden krijgen, passend bij de interesse van de oudere.
 - Afhankelijk van de cognitieve capaciteit van de oudere kan gekozen worden voor Motivational Interviewing.
 - Zie B.2 'Communicatie met kwetsbare ouderen'.
- **zeer belangrijk** | Het regelmatig evalueren/reflecteren van de interne en externe interventie effecten voor het verhogen van de motivatie van de oudere.
 - Interne effecten betreffen bewustzijn van het eigen beweeggedrag, fysieke en mentale gevolgen zoals sterker worden, meer balans, meer energie, meer concentratie bij de oudere.
 - Externe effecten betreffen zich bewust zijn van de invloed van de omgeving en de sociale gevolgen van de interventie.
- **belangrijk** | Het toepassen van technologie in de behandeling.
 - Een voorbeeld van technologie is de MISS Activity, een 'activity tracker' die specifiek is ontwikkeld voor ouderen (zie C.1 'In kaart brengen van beschermende en risicofactoren voor kwetsbaarheid'). Om in te kunnen schatten of het toepassen van technologie in de behandeling geschikt is voor de oudere kan de Checklist Blended Fysiotherapie gebruikt worden (Everaers 2019).

Aanleiding

Voor kwetsbare ouderen is het lastig om genoeg te bewegen in het dagelijks leven. Uit een studie van Jansen (2015) bleek dat geen van de deelnemende (kwetsbare) ouderen voldoet aan de door de World Health Organisation aanbevolen dagelijkse hoeveelheid beweging (Jansen 2015), mede door functionele belemmeringen, zoals evenwichtsproblemen, pijn en vermoeidheid (RIVM 2016). Een zittende leefstijl heeft negatieve gevolgen voor hun gezondheid, kwaliteit van leven en zelfstandigheid en vergroot zo de kwetsbaarheid van de oudere (Haider 2019; Navarrete-Villanueva 2021). Het stimuleren en behouden van gezond beweeggedrag bij kwetsbare ouderen is daarom een belangrijk doel van oefen- en fysiotherapie. Om dit doel te bereiken is zelfmanagement een cruciaal onderdeel van de therapie. Onlangs is de richtlijn zelfmanagement gepubliceerd door de KNGF en VvOCM (2022). Hierin worden aanbevelingen gedaan voor methoden om zelfmanagement

te bevorderen en te ondersteunen, zoals motivational interviewing en het 5A-model (KNGF/VvOCM 2022). Uit de literatuur blijkt echter dat gedragsveranderingstechnieken voor het bevorderen van zelfmanagement minder goed werken bij ouderen (French 2014), waardoor aanvullende technieken nodig zijn (Sullivan 2016). Mogelijk door minder goed cognitief en lichamelijk functioneren, maar ook door verminderde motivatie voor een betere gezondheid op de langere termijn (French 2014; McPhee 2016). Uit de knelpuntenanalyse bij oefen- en fysiotherapie bleek dat ook in de praktijk het bevorderen van zelfmanagement voor gezond beweeggedrag bij kwetsbare ouderen als knelpunt ervaren wordt. Zo worden adviezen niet altijd goed opgevolgd door de kwetsbare oudere, onder andere door de verminderde motivatie, waardoor ze lastiger in beweging te krijgen zijn en gezond beweeggedrag moeilijker volhouden. Het is daarom van belang om juist bij de kwetsbare ouderen zelf te achterhalen welke specifieke aandachtspunten zij belangrijk vinden om hun zelfmanagementvaardigheden voor gezond beweeggedrag te verbeteren.

Uitgangsvraag

Hoe kan gezond beweeggedrag gestimuleerd worden en behouden blijven bij kwetsbare ouderen?

Conclusies op basis van de literatuur

De aandachtspunten die volgens de kwetsbare oudere belangrijk zijn bij het verbeteren van zijn zelfmanagementvaardigheden voor gezond beweeggedrag zijn ingedeeld op de hoofdthema's: *Individuele eigenschappen t.a.v. bewegen* op basis van het COM-B-model (Michie 2014), *Interventie-eigenschappen* op basis van de BCT-taxonomie (Michie 2013) en *Overige aandachtspunten*. Vooraf heeft de werkgroep besloten dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen cruciale en belangrijke uitkomstmaten, omdat alle aandachtspunten als even belangrijk worden gezien. Op basis van de resultaten en de GRADE CERQual-analyse kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

Individuele eigenschappen t.a.v. bewegen

- *Capability* (Capaciteit/vaardigheid), betreffende de psychologische en fysieke capaciteit van de kwetsbare oudere, heeft naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk invloed op het beweeggedrag.
- *Motivation* (Motivatie), betreffende de reflectieve en automatische motivatie van de kwetsbare oudere, heeft naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk invloed op het beweeggedrag.
- *Opportunity* (Mogelijkheden), betreffende de fysieke en sociale omgeving/mogelijkheden, heeft naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk invloed op het beweeggedrag.

Interventie-eigenschappen

- *Goals and planning* (Doelen en plannen), bestaande uit goal setting, action planning en review behaviour goal(s), hebben naar de mening van de kwetsbare oudere een positief effect op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- *Feedback and monitoring* (Feedback en monitoren), bestaande uit feedback on behaviour, self-monitoring of behaviour en feedback on outcome(s) of behaviour (zowel op het beweeggedrag als op oefeningen en veiligheid), hebben naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk een positief effect op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- *Social support* (Sociale steun), in de vorm van een groep of één andere oudere/één ander sportmaatje, heeft naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk een positief effect op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is zeer onzeker of *Shaping knowledge* (Vorming van kennis), inclusief de manier waarop instructies gegeven worden bij de oefeningen, naar de mening van de kwetsbare oudere invloed heeft op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Natural consequences* (Natuurlijke gevolgen) naar de mening van de kwetsbare oudere invloed heeft op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.

- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Comparison of behaviour* (Vergelijken van gedrag) naar de mening van de kwetsbare oudere invloed heeft op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Associations* (Associaties) onderdeel prompts/cues (reminders thuis), naar de mening van de kwetsbare oudere invloed hebben op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- *Repetition and substitution* (Herhaling en vervanging), bestaande uit behaviour substitution (oefeningen als alternatief voor dagelijkse fysieke activiteiten), habit formation (een routine genereren), generalisation of target behaviour (toepassen van oefeningen in het dagelijks leven) en graded tasks (begeleiding bij opbouw beweegactiviteiten), hebben naar de mening van de kwetsbare oudere waarschijnlijk een positief effect op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Reward and threat* (Beloning en bedreiging), waarbij het gaat om sociale rewards zoals smileys of sterren, naar de mening van de kwetsbare oudere invloed hebben op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of het ontbreken van *Nazorg* (6-12 maanden na de interventie) naar de mening van de kwetsbare oudere invloed heeft op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.

Andere aandachtspunten

- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Kwaliteiten en eigenschappen van de therapist* naar de mening van de kwetsbare oudere invloed hebben op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- *Interventie-effecten*, bestaande uit interne en externe gevolgen van de beweeginterventie, hebben naar de mening van de kwetsbare oudere een positief effect op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.
- Het wetenschappelijk bewijs is onzeker of *Technologie gerelateerde factoren* naar de mening van de kwetsbare oudere invloed hebben op het meer gaan bewegen door de kwetsbare oudere.

Rationale van de aanbeveling

Er zijn, op basis van de aandachtspunten die door kwetsbare ouderen zijn aangegeven, drie conditionele aanbevelingen geformuleerd als antwoord op de uitgangsvraag: Hoe kan gezond beweeggedrag gestimuleerd worden en behouden blijven bij kwetsbare ouderen? Deze aandachtspunten zijn naar de mening van de werkgroep en de kwetsbare ouderen belangrijk, maar de effectiviteit van de aandachtspunten in de behandeling is niet onderzocht in de literatuur, waardoor er geen sterke aanbevelingen geformuleerd zijn.

Het belang van de verschillende factoren is beoordeeld aan de hand van de acht criteria van het EtD-proces, waaronder bewijskracht, relevantie en waarde voor de patiënt.

- Overweeg met de volgende *contextuele factoren* rekening te houden in de behandeling van een kwetsbare oudere, want deze factoren kunnen volgens de kwetsbare oudere belangrijk zijn voor het stimuleren en behouden van gezond beweeggedrag:
 - Het besteden van aandacht aan de *individuele eigenschappen t.a.v. bewegen* (Capaciteit, Motivatie en Mogelijkheden) heeft een redelijke kwaliteit van bewijs, is als zeer relevant beoordeeld en patiënten hechten er een grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als zeer belangrijk te beoordelen.
- Overweeg met de volgende *interventie-eigenschappen* rekening te houden in de behandeling van een kwetsbare oudere, want deze eigenschappen kunnen volgens de kwetsbare oudere belangrijk zijn voor het stimuleren en behouden van gezond beweeggedrag:
 - De interventie-eigenschap 'Doelen en planning' heeft een hoge kwaliteit van bewijs, is als zeer relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als zeer belangrijk te beoordelen.
 - De interventie-eigenschap 'Feedback en monitoren' heeft een redelijke kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.

- De interventie-eigenschap 'Sociale steun' heeft een redelijke kwaliteit van bewijs, is als zeer relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als zeer belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Vorming van kennis' heeft een zeer lage kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er een redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Natuurlijke gevolgen' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Vergelijking van gedrag' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als enigszins relevant beoordeeld en patiënten hechten er een redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Associaties' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er een redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Herhaling en vervanging' heeft een redelijke kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Beloning en bedreiging' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als enigszins relevant beoordeeld en patiënten hechten er redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- De interventie-eigenschap 'Nazorg' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
- Overweeg met de volgende *overige factoren* rekening te houden in de behandeling van een kwetsbare oudere, want deze factoren kunnen volgens de kwetsbare oudere belangrijk zijn voor het stimuleren en behouden van gezond beweeggedrag:
 - Het aandachtspunt 'Kwaliteiten en eigenschappen van de therapeut' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.
 - Het aandachtspunt 'Interventie effecten' heeft een hoge kwaliteit van bewijs, is als relevant beoordeeld en patiënten hechten er grote waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als zeer belangrijk te beoordelen.
 - Het aandachtspunt 'Technologie gerelateerde factoren' heeft een lage kwaliteit van bewijs, is als enigszins relevant beoordeeld en patiënten hechten er een redelijke waarde aan. Om deze redenen is ervoor gekozen om deze factor als belangrijk te beoordelen.

Bronnen

- Everaers MC. Feasibility of the Dutch Blended Physiotherapy Checklist Utrecht: Utrecht University; 2019.
- French DP, Olander EK, Chisholm A, Mc Sharry J. Which behaviour change techniques are most effective at increasing older adults' self-efficacy and physical activity behaviour? A systematic review. *Ann Behav Med.* 2014;48(2):225-34.
- Haider S, Grabovac I, Dorner TE. Effects of physical activity interventions in frail and prefrail community-dwelling people on frailty status, muscle strength, physical performance and muscle mass-a narrative review. *Wien Klin Wochenschr.* 2019;131(11-12):244-54.
- Jansen FM, Prins RG, Etman A, van der Ploeg HP, de Vries SI, van Lenthe FJ, Pierik FH. Physical activity in non-frail and frail older adults. *PLoS One.* 2015;10(4):e0123168.
- KNGF/VvOCM. KNGF-richtlijn Zelfmanagement. Amersfoort/Utrecht: KNGF/VvOCM; 2022. Beschikbaar via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/zelfmanagement/kngf-richtlijn_zelfmanagement_praktijkrichtlijn_2022.pdf.

- McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17(3):567-80.
- Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
- Michie SA, L.; West, R. . *The behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions*. London: Silverback; 2014.
- Navarrete-Villanueva D, Gómez-Cabello A, Marín-Puyalto J, Moreno LA, Vicente-Rodríguez G, Casajús JA. Frailty and Physical Fitness in Elderly People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med*. 2021;51(1):143-60.
- RIVM. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2016.
- Sullivan AN, Lachman ME. Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity. *Front Public Health*. 2016;4:289.

D Ergotherapie

D.1 In kaart brengen van relevante factoren voor kwetsbaarheid

Aanbevelingen

Breng informatie in kaart over de persoon, de activiteiten en de omgeving van de kwetsbare oudere. Beperk het aantal methoden en meetinstrumenten dat je inzet om overbelasting van de kwetsbare oudere te voorkomen.

Overweeg om bij kwetsbare ouderen bij het in kaart brengen van **de persoon** specifiek aandacht te hebben voor:

- het levensverhaal/levensgebeurtenissen;
- coping(strategieën);
- symptomen van ziekte, comorbiditeit of ouderdom en specifiek voor slaappatroon, vermoeidheid, voedingstoestand (o.a. onder- of overgewicht en onbedoelde/niet gewenste verandering), pijn en huidconditie;
- fysiek functioneren en houding;
- sensorische vaardigheden, met extra aandacht voor gezichtsvermogen, gevoels- en tastzin, geur, gehoor, proprioceptie, interoceptie en vestibulair systeem;
- gevoelens en emoties;
- cognitief functioneren.

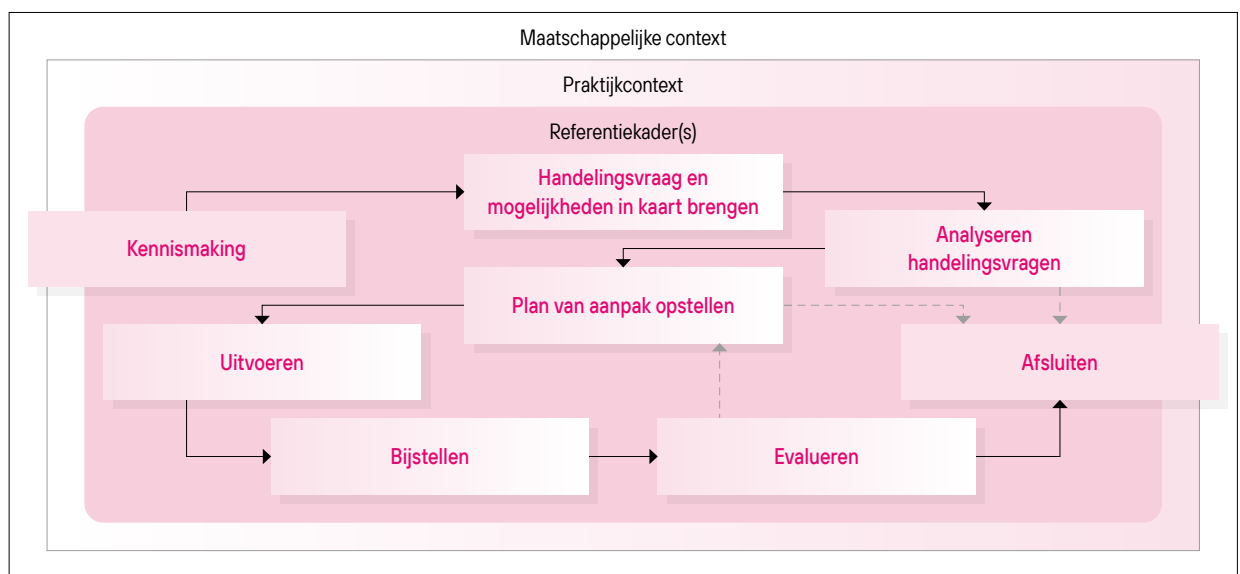
Overweeg om bij kwetsbare ouderen bij het in kaart brengen van **activiteiten** specifiek aandacht te hebben voor:

- veranderingen in activiteiten (verminderde activiteiten) als gevolg van ouderdom, ziekte of veranderingen in interesses;
- activiteiten die een persoon nog wel kan uitvoeren (ondanks beperkingen en/of ziekte) en als betekenisvol worden ervaren;
- welke ondersteuning er bij de uitvoer van betekenisvolle activiteiten nodig is vanuit fysieke en/of sociale omgeving.

Overweeg om bij kwetsbare ouderen bij het in kaart brengen van de **omgeving** specifiek aandacht te hebben voor:

- de sociale omgeving;
- de fysieke omgeving, in ieder geval de woning en directe woonomgeving;
- formeel zorggebruik.

Verzamel bij kwetsbare ouderen op een systematische wijze informatie volgens de stappen uit een ergotherapeutisch procesmodel, zie de figuur. Gebruik hierbij bijvoorbeeld het Canadian Performance and Process Framework (CPPF).



□ Cliënt □ Therapeut — Basisroute - - - alternatief

Bron: Grondslagen van de ergotherapie (2017)

Figuur D.1.1 | Het ergotherapeutisch proces voor het verzamelen van informatie over de kwetsbare oudere

Ethisch dilemma voorkomen

Het doel van het verzamelen van informatie is om samen met de persoon die in behandeling is, behandeldoelen op te stellen die aansluiten bij de wensen van de persoon en die van de naaste(n). Hierbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor een mogelijk verschil in hulpvraag tussen de persoon die in behandeling is en de naaste(n), omdat er sprake kan zijn van conflicterende belangen, teneinde een ethisch dilemma te voorkomen.

Methoden en instrumenten

De voor de ergotherapeut relevante thema's zijn opgenomen in de volgende tabel met voorbeelden van bijbehorende meetinstrumenten.

Tabel D.1.1 | Voorbeelden van methoden en meetinstrumenten om relevante informatie in kaart te brengen bij kwetsbare ouderen

| Informatie relevante thema's | Methode/meetinstrument |
|---|---|
| Persoon | |
| levensverhaal/levensgebeurtenissen | <ul style="list-style-type: none"> • etnografisch interview (onderdeel van Ergotherapie bij mensen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis (EDOMAH)) • rollenlijst • Occupational Performance History Interview 2.1 (OPHI-II) |
| coping(strategieën) | <ul style="list-style-type: none"> • observatie |
| symptomen van ziekte, comorbiditeit of ouderdom | <ul style="list-style-type: none"> • uitvragen tijdens intake (met naaste) • dossier van kwetsbare oudere raadplegen |
| fysiek functioneren en houding | <ul style="list-style-type: none"> • (gestructureerde) observatie • Assessment of Motor and Process skills (AMPS) • afstemming met oefen-/fysiotherapeut indien betrokken |
| sensorische vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> • (gestructureerde) observatie • afstemming met oefen-/fysiotherapeut indien betrokken |
| gevoelens en emoties | <ul style="list-style-type: none"> • uitvragen tijdens intake (met naaste) • afstemming met psycholoog indien betrokken • Occupational Performance History Interview 2.1 (OPHI-II) |
| cognitief functioneren | <ul style="list-style-type: none"> • zie D.2 'Meetinstrumenten voor cognitief functioneren' |
| Activiteiten | |
| veranderingen in activiteiten | <ul style="list-style-type: none"> • Canadian Occupational Performance Measure 5th ed. (COPM) • Activity Card Sort (ACS) • Occupational Performance History Interview-Version 2.1 (OPHI-II) |
| uitvoeren van betekenisvolle activiteiten | <ul style="list-style-type: none"> • (gestructureerde) observatie • Canadian Occupational Performance Measure 5th ed. (COPM) • Assessment of Motor and Process skills (AMPS) |
| benodigde ondersteuning vanuit sociale of fysieke omgeving bij het uitvoeren van activiteiten | <ul style="list-style-type: none"> • uitvragen tijdens intake (met naaste) |

D.1 Ergotherapie | In kaart brengen van relevante factoren voor kwetsbaarheid

| Informatie relevante thema's | Methode/meetinstrument |
|------------------------------|--|
| Omgeving | |
| sociale omgeving | <ul style="list-style-type: none">• dossier van kwetsbare oudere raadplegen• uitvragen tijdens intake (met naaste)• Toolkit Mantelzorg voor paramedici |
| fysieke omgeving | <ul style="list-style-type: none">• observatie• Handreiking Ergotherapeutisch Huisbezoek• Format Functioneel Advies - Landelijk Normenkader Hulpmiddelen |
| formeel zorggebruik | <ul style="list-style-type: none">• dossier van kwetsbare oudere raadplegen |

De tabel is samengesteld door de werkgroep en berust op practice-based overwegingen. De voorbeelden dienen ter illustratie en zijn niet uitputtend. De methoden en meetinstrumenten worden in deze richtlijn niet verder beschreven en zijn niet onderzocht. Deze tabel is toegevoegd om meer context te geven bij de aanbevelingen

Aanleiding

De ergotherapeut richt zich in de behandeling op de wensen en/of problemen van de kwetsbare oudere. De behandeling start met informatie verzamelen en uitvragen om daarna samen met de kwetsbare oudere doelen te stellen om richting te geven aan de inhoud van de behandeling. Een belangrijk onderdeel van dit proces bestaat uit een holistisch beeld vormen van de persoon. Dit houdt in dat de persoon als geheel wordt beschouwd, bestaande uit interacterende delen, in plaats van als een som van verschillende onderdelen. De naaste van de kwetsbare oudere wordt vaak betrokken bij de behandeling. Er bestaat voor ergotherapeuten geen standaardset van informatie die minimaal in kaart moet worden gebracht voor de functionele diagnostiek bij kwetsbare ouderen om een holistisch beeld te vormen. Daarnaast is er geen eenduidigheid in de wijze waarop deze informatie systematisch verzameld dient te worden. Vanuit de praktijk komt het signaal om hier meer handvatten voor te willen krijgen.

Uitgangsvraag

Welke doelgroepspecifieke informatie dient een ergotherapeut in kaart te brengen om een holistisch beeld te krijgen van de kwetsbare oudere binnen diens specifieke context, mogelijkheden en behoeften, om samen met de oudere tot een behandeldoel te komen? En hoe dient een ergotherapeut deze informatie systematisch te verzamelen?

Conclusies op basis van de literatuur

Informatie die een ergotherapeut in kaart dient te brengen om een holistisch beeld te krijgen van de kwetsbare oudere, is gecategoriseerd in de volgende thema's: persoon, activiteiten en omgeving. Deze thema's zijn onderverdeeld in verschillende subthema's, gebaseerd op modellen die vermeld staan in de Grondslagen van Ergotherapie (2022), C-MOPE, PEO-P, MOHO en OTPF. In tabel D.1.2 (zie tabel D.1.1 in de verantwoording voor het uitgebreide overzicht) staat een schematisch overzicht van de factoren met betrekking tot het in kaart brengen van informatie, die uit de literatuur zijn geëxtraheerd.

Tabel D.1.2 | Belangrijke factoren om in kaart te brengen binnen ergotherapie

| Hoofdthema en subthema's | Factoren |
|---|---|
| Persoon | |
| Persoonsfactoren/ levensloop- determinanten | <ul style="list-style-type: none"> • Geslacht en leeftijd <ul style="list-style-type: none"> - Vrouwelijk geslacht is positief geassocieerd met hogere COPM-P&S-scores na een ergotherapeutische interventie • Burgerlijke staat • Leef-/woonsituatie (alleenwonend, met partner, etc.) • Opleidingsniveau • Huidige werkstatus • Levensverhaal/levensgebeurtenissen • Voorkeuren en interesses en veranderingen hierin • Persoonlijke keuzes en doelen (gerelateerd aan (sociale) activiteiten, pijn/symptomen, inzet van strategieën of leefsituatie) • Motivatie <ul style="list-style-type: none"> - Hogere bereidheid tot verandering was positief geassocieerd met het behalen van doelen • Kennis van en informatiebehoefte over ziekte en activiteiten • Zelfvertrouwen • Mate waarin iemand moeite doet om zaken te organiseren en te plannen • Interpersoonlijke karakteristieken die invloed kunnen hebben op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten: <ul style="list-style-type: none"> - Bereidheid om risico's te nemen - Communicatiestijl, verbaal en non-verbaal - Capaciteiten voor interactie, om behoeften te communiceren en emoties en gevoelens uit te drukken en anderen te vertrouwen - Behoeftes aan controle, voorkeur voor autonomie in verstandshouding - Reactie(vermogen) op verandering en uitdaging, capaciteit om zich aan te passen, reactie op verschillen in mensen - Voorkeuren en mogelijkheden ten aanzien van het geven en ontvangen van feedback <p>Voorkeuren voor interacties, om andere mensen te vertrouwen en voor het ontvangen van fysieke aanraking</p> |
| Fysiologie (van ziekte of ouderdom) | <ul style="list-style-type: none"> • Type ziekte(n) (o.a. kanker, beroerte, ziekte van Parkinson, hartfalen) • Ernst van de ziekte • Beloop van de ziekte (o.a. tijd van beroerte tot ontslag naar revalidatiesetting of thuissituatie) • Symptomen van de ziekte, comorbiditeiten of ouderdom, o.a. vermoeidheid, pijn, huidconditie • Energieniveau • Slaappatroon en vermoeidheid algemeen • Voedingsstatus • Pijn <ul style="list-style-type: none"> - Een hogere mate van pijn is negatief geassocieerd met het halen van doelen - Aanwezigheid van pijn voorspelde slechtere COPM-P&S-scores na een ergotherapeutische interventie • Comorbiditeit <p>Een fractuur, neurologische aandoening anders dan een beroerte, duizeligheid of balansproblemen als voornaamste aandoening, en ongemak, angst of depressie voorspelden slechtere COPM-P&S-scores na een ergotherapeutische interventie</p> |
| Motorische vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> • Fysieke (on)mogelijkheden, houding, lichamelijke functies, fysieke capaciteit, uithoudingsvermogen, loopvaardigheid |
| Sensorische vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> • Gezichtsvermogen, gevoels- en tastzin, geur en gehoor worden minder naarmate een persoon veroudert |

| Hoofdthema en subthema's | Factoren |
|--|---|
| Cognitief functioneren | <ul style="list-style-type: none"> • Executieve (dis)functie(s) • Geheugen(verlies) • Aandacht • Leervermogen • Concentratievermogen • (Ziekte-)inzicht • Emotieregulering • Cognitieve flexibiliteit • Invloed van cognitie op het veilig uitvoeren van activiteiten <p>Ouderen met milde cognitieve problematiek hadden meer baat bij de HOME-interventie dan die zonder cognitieve problematiek</p> |
| Psychologisch functioneren | <ul style="list-style-type: none"> • Positieve of negatieve mentale toestand (depressie, stress en angst) • Veerkracht • Copingstrategieën: Welke worden door personen natuurlijk toegepast en met welke strategieën hebben zij meer moeite. Deze copingstrategieën beïnvloeden het aanpassingsvermogen van een persoon. Het vasthouden aan hoop om een activiteit weer te kunnen uitvoeren, is cruciaal om de grens op te zoeken en om te verbeteren. Genoemde copingstrategieën zijn: <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassen van activiteiten, pacing, prioriteiten stellen, plannen, uitleg geven aan anderen (over ziekte/mogelijkheden), hulp vragen/krijgen van anderen, gebruik van humor, menselijke aanraking, uitdrukken van woede, jezelf toespreken, houden van hoop en jezelf gelukkig prijzen • Gevoelens en emoties: Ziekte en verlies van functie kunnen tot diverse emoties en gevoelens leiden en worden beïnvloed door copingstrategieën en persoonlijkheid. Genoemde emoties en gevoelens zijn: <ul style="list-style-type: none"> - Woede, vrees of bezorgdheid, neerslachtigheid, angst om te vallen - Gevoel van zinloosheid, leegheid door gebrek aan (mogelijkheden voor) betekenisvolle activiteiten (vervreemding) - Gevoel van erbuiten vallen door fysieke beperkingen (marginalisatie) - Verschillende emoties passen bij verschillende fases van ziekte, bijvoorbeeld bij een beroerte: <ul style="list-style-type: none"> - Fase van shock - Fase waarin het hele leven verandert - Fase waarin persoon doorgaat met zijn leven en zijn best moet blijven doen • Mentale vermoeidheid |
| Kwaliteit van leven | Algemene kwaliteit van leven of gerelateerd aan gezondheid |
| Zingeving | <ul style="list-style-type: none"> • Zingeving of spiritualiteit gaat om het geven van betekenis aan de activiteiten die iemand doet in het leven, en om betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten in de eigen (sociale) omgeving en voldoening krijgen uit deze activiteiten • Ouderen houden zich bezig met wilsverklaringen en langdurige zorg vanwege hun leeftijd en gezondheid <p>Mensen met een chronische ziekte, zoals de ziekte van Parkinson, omschrijven hun spirituele ervaring als leven met dagelijkse onzekerheid, maken van plannen voor de toekomst en zorgen voor een betekenisvol leven</p> |
| Dagelijks handelen/activiteiten | |
| Activiteiten | <ul style="list-style-type: none"> • Wensen van persoon met betrekking tot uitvoeren van betekenisvolle (dagelijkse) activiteiten • Veranderingen in activiteiten (verminderde activiteiten) als gevolg van ouderdom, ziekte of veranderingen in interesses, zoals vallen (valpreventie, valrisico) • Activiteiten die een persoon nog wel uit kan voeren (ondanks beperkingen en/of ziekte) |

| Hoofdthema en subthema's | Factoren |
|-----------------------------------|---|
| Activiteiten (vervolg) | <ul style="list-style-type: none"> • Type activiteiten <ul style="list-style-type: none"> - Ontspanning/vrije tijd - Rust/slappen - Huishouden - ADL en IADL - Zelfzorg - Communicatie - Mobiliteit binnens- en buitenshuis - Activiteiten om achteruitgang te voorkomen, zowel mentaal als fysiek • Intensiteit van activiteiten (laag, middel, hoog) • Hoeveelheid van activiteiten (tijd per week) • Tevredenheid met activiteit • Uitvoer van activiteit, o.a.: <ul style="list-style-type: none"> - Mate van (on)afhankelijkheid bij uitvoeren van activiteiten - Hoeveel (extra) tijd en moeite kost een activiteit, hoe lang kan een persoon een activiteit volhouden • Relevantie van, belangrijkheid van, plezier in en waarde van een activiteit voor de persoon • Balans/disbalans: geen activiteiten of een gebrek of overschot aan activiteiten • Alternatieve oplossingen als iemand een activiteit niet kan uitvoeren <p>Benodigde ondersteuning voor uitvoeren van activiteiten vanuit sociale/fysieke omgeving</p> |
| Mobiliteit buitenshuis en vervoer | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteit buitenshuis en gebruik van vervoer, zoals auto <p>Autorijden: hiervoor zijn strategische vaardigheden (o.a. bepalen van doel van de reis, navigeren), tactische vaardigheden (besluitvorming tijdens het rijden, aanpassen aan weersomstandigheden) en operationele vaardigheden (bedienen van de auto, visuele en motorische skills) van invloed en deze worden beïnvloed door fysieke, sensorische, cognitieve factoren, emotieregulering en inzicht</p> |
| Omgeving | |
| Sociale omgeving | <ul style="list-style-type: none"> • Het sociale domein kan onderverdeeld worden in verschillende subdomeinen: cultuur en sociaal beleid in de buurt, sociale ondersteuning, zowel instrumentaal als emotioneel, en sociaal kapitaal (sociaal netwerk) • In het sociale domein wordt het begrip 'community' beschreven: de fysieke omgeving, de mensen in de omgeving en in het sociale netwerk en de betekenis die een persoon toekent hieraan • Een sociaal leven bestaat uit sociale activiteiten en sociale netwerken, waarin een persoon contact maakt met anderen, zoals: werk, vrije tijd, support van familie en vrienden en support van professionals, instanties of de maatschappij <ul style="list-style-type: none"> - Na de HOME-interventie hadden ouderen met steun van familie verbeterde participatie, en ouderen zonder steun hadden geen verbeterde participatie • De grootte van een sociaal netwerk (van een persoon of binnen een gemeenschap) bepaalt hoeveel sociale participatie plaats kan vinden • Door beperkingen en ziekte kunnen personen sociale activiteiten of contacten verliezen, blijven relaties met anderen in stand ondanks ziekte of beperkingen, krijgen zij hulp of delegeren zij activiteiten aan anderen en kunnen zij door relaties met anderen ergens toebehoren <p>Omstandigheden buiten de macht van de persoon kunnen sociale participatie belemmeren (deprivatie)</p> |
| Fysieke omgeving | <ul style="list-style-type: none"> • De fysieke omgeving (woonplaats, omgeving, buurt) is onderdeel van de community • Aanpassingen in huis en de omgeving die de persoon al heeft toegepast, en bereidheid van de persoon om aanpassingen te maken • Obstakels in de omgeving; verminderde toegang binnens- en buitenshuis, hulpmiddelen of meubels die toegang blokkeren, ongeschikte meubels <p>Het behalen van doelen (n.a.v. ergotherapeutische interventie) lukte vaker als personen gevaren in de thuisomgeving hadden (zoals gebrek aan trapleuning) ten opzichte van mensen die geen gevaren in de thuisomgeving hadden</p> |

| Hoofdthema en subthema's | Factoren |
|--------------------------|---|
| Formeel zorggebruik | <ul style="list-style-type: none"> • Huidig gebruik van hulp thuis, professioneel of informeel • Ziekenhuisopnames/behandelingen in het verleden • Type behandeling en medicatie |
| Technologie | <ul style="list-style-type: none"> • Welke ondersteunende instrumenten of hulpmiddelen worden voor welke activiteit gebruikt • (On)succesvol gebruik van ondersteunende instrumenten of hulpmiddelen in het dagelijks leven • Bereidheid om ondersteunende instrumenten of hulpmiddelen te gebruiken • Gebruik van telefoon |

Factoren waar een specifieke aanbeveling voor is geformuleerd, zijn **dikgedrukt** aangegeven in de tabel.

Het proces van verzamelen van deze informatie dient de ergotherapeut systematisch uit te voeren binnen het methodisch handelen, zoals ook weergegeven in het **CPPF-model** en beschreven in **tabel D.1.1**, bestaande uit de volgende stappen:

- 1 Kennismaken door aangaan van behandelrelatie
- 2 Handelingsvraag en mogelijkheden in kaart brengen, waarbij informatie verzameld wordt over oudere, omgeving en taak; het erbij betrekken van naasten of huisbezoek kunnen daarbij behulpzaam zijn
- 3 Analyseren handelingsvragen, beeld vormen van de oudere en de doelen (prioriteren problemen, selecteren doelen); aandachtspunten:
 - a Betrokkenheid van professionals bij wilsonbekwaamheid en/of kwetsbaarheid
 - b Betrokkenheid van naasten
 - c Inzetten van stimulerende vaardigheden
- 4 Plan van aanpak opstellen waarin algemene strategie is bepaald, op basis van de behoeften van het verkregen beeld en met gebruik van een gestructureerde werkwijze gebaseerd op een (ergotherapeutisch) model
- 5 Uitvoeren plan van aanpak
- 6 Bijstellen
- 7 Evalueren, nagaan van reactie op het plan
- 8 Afsluiting

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep beoordeelt het in kaart brengen van factoren met betrekking tot de persoon, activiteiten en omgeving als uiterst belangrijk en common practice. Daarom wordt er een sterke aanbeveling geformuleerd ten aanzien van die drie thema's. Om een holistisch beeld te krijgen van de kwetsbare ouderen zijn alle subthema's ook van belang om in kaart te brengen. Aangezien de inventarisatie van informatie met betrekking tot de persoon, activiteiten en omgeving valt onder de huidige werkwijze van ergotherapeuten bij het opstarten van de behandeling, heeft de werkgroep beoordeeld welke factoren anders of essentieel zijn bij de behandeling van kwetsbare ouderen. Daarom worden de aanbevelingen geformuleerd per thema, waarbij alleen de factoren worden uitgelicht die de werkgroep als het meest van invloed acht op kwetsbaarheid bij ouderen. Omdat het bewijs niet voldoende op kwaliteit beoordeeld kon worden en het effect van het in kaart brengen van deze informatie niet is meegenomen, is er gekozen voor zwakke aanbevelingen ten aanzien van de specifieke factoren. De aanbevelingen zijn gebaseerd op best practice en expert opinion van de leden van de werkgroep.

Persoon

Het in kaart brengen van het levensverhaal is belangrijk omdat dit duidelijkheid geeft over copingstrategieën die de oudere in het verleden heeft gebruikt. De werkgroep beoordeelt het in kaart brengen van psychologische factoren, met name copingstrategieën en gevoelens en emoties, als essentieel. Informatie over coping is essentieel voor de inhoud van het behandeltraject. Bepaalde gevoelens en emoties kunnen een barrière vormen voor het aanslaan van de behandeling.

De fysieke fragiliteit, die zich uit in verminderde eetlust, vermoeidheid en andere symptomen van ziekte, comorbiditeit en ouderdom, heeft grote invloed op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en op participatie bij kwetsbare ouderen. Dit vormt de kern van de behandeling van de ergotherapeut. Daarnaast is er sprake van risico op ondervoeding, skin tears en decubitus. De aanbevelingen zijn daarom gericht op het in kaart brengen van symptomen, voedingsstatus, huidconditie en vermoeidheid en het ondervangen van de risicofactoren. Omdat bepaalde fysieke mogelijkheden voorwaardelijk kunnen zijn voor bepaalde interventies, beoordeelt de werkgroep dat de fysieke mogelijkheden van kwetsbare ouderen in kaart moeten worden gebracht.

Er is vaak sprake van sensorische en cognitieve achteruitgang. Daarnaast heeft de oudere niet altijd het juiste inzicht of voldoende inzicht in de eigen vaardigheden en ziekte. Daarom is het in kaart brengen van sensorische en cognitieve vaardigheden essentieel. Omdat de duur van een behandeling, de duur van het behandeltraject en de invulling van de behandelingen afhankelijk zijn van cognitief functioneren, moet deze factor volledig in kaart worden gebracht.

Activiteiten

De werkgroep beoordeelt het in kaart brengen van activiteiten, met name de huidige activiteiten, verandering in activiteiten en balans/disbalans, als essentieel. Ergotherapeuten richten zich op het kunnen of blijven uitvoeren van betekenisvolle (dagelijkse) activiteiten. Het is een standaard onderdeel van de ergotherapeutische behandeling om activiteiten in kaart te brengen. Dit wordt erkend in contracten met zorgverzekeraars. Het is wenselijk om activiteiten te observeren bij kwetsbare ouderen, bij voorkeur in de eigen woonomgeving. Er kan namelijk sprake zijn van verminderd zelf- en ziekte-inzicht en over- of onderschatting zowel bij de oudere als bij de naaste. Informatie over de activiteiten vormt de basis van de invulling van de ergotherapie behandeling. Door het in kaart brengen van de huidige dagelijkse activiteiten en de veranderingen in activiteiten als gevolg van ouderdom of ziekte, krijgen zowel de oudere als naaste en de ergotherapeut inzicht in mogelijke oorzaken en gevolgen. Aansluiten bij wat betekenisvol is voor de oudere en daarbij passende behandeldoelen opstellen, kan de kwaliteit van leven vergroten. Wanneer de kwetsbare oudere ondersteund wordt in het (blijven) kunnen uitvoeren van activiteiten, wordt de kans op langer zelfstandig thuis wonen vergroot. Met de huidige druk op de zorg is dit een wenselijk effect. Daarnaast draagt het bij aan een mindere belasting van de naaste.

Omgeving

De werkgroep beoordeelt het in kaart brengen van de sociale omgeving als essentieel. Het netwerk, bestaande uit de partner, kinderen, familie, vrienden en kennissen, moet goed in beeld zijn. Hierbij moet aandacht zijn voor de grootte en draagkracht van het netwerk en de verschillende rollen van de personen. Ergotherapeuten wordt vaak gevraagd om de sociale omgeving te inventariseren en met de toenemende vergrijzing van de bevolking zal dit steeds vaker gebeuren. De werkgroep beoordeelt het in kaart brengen van de fysieke omgeving als essentieel. Hierbij moet specifiek aandacht zijn voor valrisico. Vanwege de lage bewijskracht is er gekozen voor een zwakke aanbeveling.

Overige subthema's

Voor de subthema's zingeving, mobiliteit buitenshuis en vervoer, zorggebruik en technologie is het EtD-proces niet doorlopen. Deze subthema's zijn wel belangrijk om in kaart te brengen, maar de opbrengsten of het inventariseren daarvan zijn niet afwijkend van andere doelgroepen. Daarom wordt er in deze module verder geen aandacht aan besteed.

Bronnen

- van Hartingsveldt M, Kos D, le Granse M. Grondslagen van ergotherapie: Bohn Stafleu van Loghum; 2022.

D.2 In kaart brengen van cognitief functioneren

De volgende aanbevelingen richten zich op de essentiële factoren en aandachtsgebieden bij het in kaart brengen van het cognitief functioneren bij kwetsbare ouderen. Ze beschrijven dus onderdelen van en niet het totaalpakket aan informatie dat de ergotherapeut op dit gebied verzamelt.

Aanbevelingen

- Gebruik de *Assessment of Motor and Process skills (AMPS)* of het *Perceive Recall Plan Perform-systeem (PRPP)* om het cognitief functioneren tijdens een dagelijkse activiteit gestructureerd in kaart te brengen bij kwetsbare ouderen.
- Overweeg de *Allen Cognitive Level Screen (ACLS)* af te nemen als het doel is om het niveau van cognitief functioneren te bepalen en de daaraan gekoppelde zorgadviezen aan professionals en naasten te kunnen verstrekken. Neem de ACLS af in combinatie met observaties van het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld door middel van bovenstaand aanbevolen meetinstrumenten AMPS of PRPP.

Een ergotherapeut die niet geschoold is in een van deze meetinstrumenten, kan vragenlijsten afnemen die zijn gebaseerd op deze meetinstrumenten of andere methoden gebruiken om cognitief functioneren te beschrijven. Deze methoden leiden echter niet naar een genormeerde interpretatie en de resultaten zijn dan ook descriptief.

Aanleiding

Een van de dingen waar ergotherapeuten regelmatig voor worden gevraagd, is om het cognitief functioneren in kaart te brengen bij kwetsbare ouderen. Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat ergotherapeuten verschillende instrumenten gebruiken om cognitief functioneren in kaart te brengen en dat het onduidelijk is op basis van welke criteria een juiste keuze gemaakt kan worden voor een bepaald instrument. Volgens het model International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zijn de hogere cognitieve functies gecorreleerd aan doelgericht gedrag, zoals voorkomt bij het nemen van beslissingen, abstract denken, plannen en het uitvoeren van plannen, mentale flexibiliteit, en aan het bepalen van welk gedrag adequaat is onder welke omstandigheden, vaak uitvoerende functies genoemd (Cieza and Stucki 2008; Stucki 2008). Cognitief functioneren legt de link tussen cognitieve functies en dagelijks handelen. Deze module richt zich specifiek op het cognitief functioneren in het dagelijks leven, niet op cognitieve functies en/of achteruitgang. Instrumenten waarmee neurocognitieve stoornissen in kaart kunnen worden gebracht, worden in deze module niet besproken. Voor cognitief functioneren wordt de volgende definitie gehanteerd: "De wijze waarop een mens zijn beschikbare cognitieve capaciteiten in het hier en nu inzet om betekenisvolle activiteiten zo goed mogelijk uit te voeren. Binnen deze definitie wordt ook de complexiteit van de activiteiten, de persoonlijke- en de omgevingsfactoren meegenomen." (Lindenschot 2022, p. 36).

Uitgangsvraag

Welk(e) instrument(en) kan een ergotherapeut het beste gebruiken om het cognitief functioneren in dagelijkse activiteiten bij kwetsbare ouderen in kaart te brengen?

Conclusies op basis van de literatuur

- **AMPS-P** | De gevonden literatuur bevat geen bewijs over contentvaliditeit, structurele validiteit en criteriumvaliditeit. Gemengde resultaten voor de interne consistentie (GRADE: Laag) en test-hertestbetrouwbaarheid (GRADE: Zeer laag). Adequate interculturele validiteit (GRADE: Niet mogelijk), interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (GRADE: Niet mogelijk), constructvaliditeit (GRADE: Hoog) en responsiviteit (GRADE: Laag). Meetfout is nog onbepaald (GRADE: Redelijk).

- **A-ONE** | De gevonden literatuur bevat geen bewijs over contentvaliditeit, structurele validiteit, interculturele validiteit, meetfout, criteriumvaliditeit en responsiviteit. Interne consistentie, betrouwbaarheid en constructvaliditeit zijn adequaat. GRADE toepassen was niet mogelijk in verband met onvolledige rapportage.
- **ACLS** | De gevonden literatuur bevat geen bewijs over contentvaliditeit, structurele validiteit, interne consistentie, interculturele validiteit, meetfout en responsiviteit. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (GRADE: Niet mogelijk), criteriumvaliditeit (GRADE: Hoog) en constructvaliditeit (GRADE: Redelijk) zijn adequaat. De test-hertestbetrouwbaarheid is slecht (GRADE: Niet mogelijk).
- **PRPP** | De gevonden literatuur bevat geen bewijs over contentvaliditeit, structurele validiteit, interculturele validiteit, meetfout, criteriumvaliditeit, constructvaliditeit en responsiviteit. Er is ook geen bewijs voor de interne consistentie voor fase 1 van de PRPP. De interne consistentie en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de totaalscore voor fase 2 zijn adequaat (GRADE: Laag). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is niet adequaat bij enkele afname, maar mogelijk wel wanneer het gemiddelde van meerdere afnames genomen wordt (GRADE: Laag). De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is wisselend adequaat of niet adequaat voor verschillende subschalen van fase 1 van de PRPP (GRADE: Laag).

Rationale van de aanbeveling

Wetenschappelijk bewijs en overwegingen vanuit de praktijk zijn samen bepalend voor de aanbevelingen. De klinimetrische eigenschappen beoordelen met behulp van de COSMIN-criteria is een relatief recente methode met strenge beoordeling. Dit kan deels verklaren waarom er weinig bewijs is gevonden. De expert-based opinion van de leden van de werkgroep is daarom van groot belang bij het formuleren van de aanbevelingen.

Een belangrijke overweging is het ontbreken van scholing voor de A-ONE, waardoor het gebruik van dit instrument slechts nog mogelijk is voor reeds geschoolde ergotherapeuten. In de toekomst zal dit instrument mogelijk steeds minder gebruikt worden in de praktijk. Daarnaast is er de afgelopen 10 jaar weinig gepubliceerd over de klinimetrische eigenschappen van de A-ONE en is het instrument alleen onderzocht bij kwetsbare ouderen die een CVA hebben gehad. Daarom heeft de werkgroep besloten om de A-ONE niet aan te bevelen.

De AMPS en de PRPP hebben de voorkeur, omdat beide instrumenten worden afgenomen in een natuurlijke setting. De observaties geven een beeld van hoe iemand handelt in de thuissituatie. De koppeling naar betekenisvolle activiteiten en het dagelijks handelen kan hierdoor worden gemaakt en de uitkomsten geven een score op een hoger niveau. De ACLS daarentegen vindt plaats in een kunstmatige of klinische setting. Daarnaast is er bij de ACLS sprake van een leereffect, waardoor het instrument slechts één keer afneembaar is. De kans bestaat, bijvoorbeeld wegens onvolledige rapportage, dat de ACLS twee keer wordt afgenomen en er een onjuiste score uitkomt. Desondanks is de ACLS een instrument dat door de praktijk gewaardeerd wordt. De resultaten over de klinimetrische eigenschappen bevestigen de waarde van de ACLS. Vanwege de hoge mate van toepasbaarheid en hanteerbaarheid is het een waardevol instrument, waar direct een score uitkomt, met name over het niveau van cognitief functioneren. Deze score is direct te interpreteren en te delen met andere (zorg)professionals. De score geeft ook een benaderingsadvies voor de naaste(n). De ACLS moet gecombineerd worden met twee observaties van dagelijkse activiteiten. Dit kan door op andere momenten twee observaties uit te voeren of door de ACLS samen met de PRPP of AMPS af te nemen, waarbij ook observaties van het dagelijks handelen worden uitgevoerd. Vanwege de voor- en nadelen is ervoor gekozen om voor de ACLS een conditionele aanbeveling te formuleren. Ondanks dat de scholing voor de AMPS tijdelijk niet wordt aangeboden, wordt het instrument als zeer waardevol beoordeeld door de werkgroep, omdat het per therapeut wordt geïkt en duidelijke informatie geeft over procesvaardigheden. Hierdoor kan een uitspraak gedaan worden over de vraag of iemand veilig handelt en zelfstandig kan wonen of hulp nodig heeft. Dit wordt in zekere mate ondersteund door de beschikbare literatuur. De gevonden literatuur neigt naar adequate klinimetrische eigenschappen van de PRPP. Ook bij de PRPP kan een uitspraak gedaan worden over de vraag of iemand veilig handelt, al dan niet zelfstandig kan wonen en op welk vlak er eventueel ondersteuning nodig is. Aangezien de werkgroep beoordeelt dat de gunstige uitkomsten de ongunstige uitkomsten overtreffen, het inzetten van de AMPS en de PRPP mogelijk leidt tot besparingen en de kans op implementatie hoog wordt geacht, is ervoor gekozen om

D.2 Ergotherapie | In kaart brengen van cognitief functioneren

een positieve en sterke aanbeveling te formuleren voor de AMPS en PRPP. Daarnaast wordt er bij stakeholders, onder wie de ouderen zelf, weinig weerstand verwacht, mits de instrumenten op een goede manier worden uitgelegd en toegepast door de ergotherapeut. Doordat de werkgroep beide instrumenten aanbeveelt, kan de ergotherapeut zelf kiezen welk instrument in te zetten, afhankelijk van de setting, kwetsbare oudere en beschikbare en/of gevolgde scholing.

Bronnen

- Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):303-13.
- Lindenschot M, van Erp S, Steultjens E. Het in kaart brengen van toegepaste cognitie door ergotherapeuten. *Ergotherapie Magazine.* 2022 juni 2022:7.
- Stucki G, Kostanjsek N, Ustün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):315-28.

D.3 Ergotherapeutische benaderingen en interventies

Aanbevelingen

- Behandel kwetsbare ouderen indien mogelijk in de eigen woonomgeving.
- Overweeg een probleemoplossende en/of gedragsactiverende benadering bij de behandeling van kwetsbare ouderen die functionele en/of cognitieve problemen ervaren, mits de benadering past bij de mogelijkheden van de oudere. Zie onderstaande tabel.
- Pas interventies toe met meerdere componenten om de persoonlijke doelen van de kwetsbare oudere te behalen. Zie onderstaande tabel.
Neem hierbij in overweging:
 - dat je eerst doelen stelt samen met de oudere in lijn met *Samen Beslissen*;
 - dat de componenten aansluiten bij de hulpvraag, doelen en mogelijkheden van de oudere;
 - dat er tijdig samen met de kwetsbare oudere prioriteiten gesteld worden met betrekking tot de doelen en componenten, zodat de belangrijkste doelen binnen de bekostigde uren behaald kunnen worden.
- Adviseer over aanpassingen in de woonomgeving van de kwetsbare oudere, passend bij de doelen en gericht op het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten en/of participatie. Maak hierbij gebruik van het *Landelijk normenkader hulpmiddelen (2020)* en de *Handreiking Ergotherapeutisch Huisbezoek (2022)*.
- Zet een valpreventie-interventie in bij kwetsbare ouderen indien de *Valanalyse* indiceert dat deze interventie wenselijk is. Raadpleeg de *Ergotherapierichtlijn Valpreventie (2016)* voor gedetailleerde informatie over interventies dienaangaande. Overweeg een interdisciplinaire samenwerking aan te gaan met een oefen- of fysiotherapeut. Zie C.3 'Balanstraining' voor de vormen van balanstraining die in deze richtlijn worden aanbevolen.
- Zet vaardigheidstraining in bij de behandeling van kwetsbare ouderen. Houd echter rekening met de haalbaarheid ervan en laat de training aansluiten bij het gewenste behoud van vaardigheden. Zie onderstaande tabel.
- Begeleid de primaire naaste van de kwetsbare oudere bij hulpvragen die zijn gerelateerd aan de zorg voor de kwetsbare oudere en aan het uit kunnen voeren van dagelijkse activiteiten, eigen regie en/of participatie middels interventies zoals beschreven in de *Toolkit Mantelzorg voor paramedici*, de *Richtlijn Mantelzorg van V&VN* en het daarin genoemde programma *Ergotherapie bij mensen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis (EDOMAH)*. Zie onderstaande tabel.
Neem hierbij in overweging:
 - dat je eerst doelen stelt samen met de naaste;
 - dat de interventie aansluit bij de doelen en mogelijkheden van de naaste.

Interventies

In de volgende tabel zijn voorbeelden van interventies opgesomd. Let op: Het is van belang om de kwetsbare oudere niet te overbelasten. Zet alleen interventies in wanneer dit nodig is.

Tabel D.3.1 | Voorbeelden van interventies bij kwetsbare ouderen

| Aanbeveling | Benadering | Voorbeeld(en) |
|--|---------------------------------|---|
| functionele en/of cognitieve problemen | probleemoplossende benadering | • de Sterkekantenbenadering |
| | gedragsactiverende benadering | • Motiverende gespreksvoering |
| persoonlijke doelen | meerdere interventiecomponenten | • 'Het andere gesprek' voeren met het spinnenweb Positieve Gezondheid |

| Aanbeveling | Benadering | Voorbeeld(en) |
|-----------------|----------------------|---|
| vaardigheden | vaardigheidstraining | <ul style="list-style-type: none"> • aanleren gebruik van hulpmiddelen • stimuleren blijven uitvoeren van hobby's • strategietraining • EDOMAH (doelgroep dementie) |
| primaire naaste | Begeleiden naaste(n) | <ul style="list-style-type: none"> • EDOMAH (doelgroep dementie) |

De tabel is samengesteld door de werkgroep en berust op practice-based overwegingen. De voorbeelden dienen ter illustratie en zijn niet uitputtend. De interventies worden in deze richtlijn niet verder beschreven en zijn niet onderzocht. Deze tabel is toegevoegd om meer context te geven bij de aanbevelingen

Algemene principes

Bij de behandeling van kwetsbare ouderen is het volgende van belang:

- Benader de kwetsbare oudere (en diens naaste(n)) met een open houding en zorg voor juiste communicatie, zie B.2 'Communicatie met kwetsbare ouderen'.
- Inventariseer informatie met betrekking tot persoon, activiteiten en omgeving, zie D.1 'In kaart brengen van relevante factoren voor kwetsbaarheid'.
- Stel samen met de kwetsbare oudere (en naaste(n)) haalbare doelen en houd rekening met wensen en mogelijkheden.
- Oefen betekenisvolle activiteiten en/of strategieën met de kwetsbare oudere (en relevante personen binnen diens omgeving).
- Toets in een volgende sessie of de kwetsbare oudere de interventie zich herinnert en juist toepast.
- Stem de zorg af met andere betrokken professionals en werk bij voorkeur interdisciplinair.
- Het uitgangspunt van de ergotherapeut is dat de kwetsbare oudere zo zelfstandig en zelfredzaam mogelijk kan functioneren.

Aanleiding

Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat ergotherapeuten geen compleet overzicht hebben van de beschikbare interventies die zij kunnen inzetten binnen de ergotherapeutische behandeling en begeleiding van kwetsbare ouderen en hun naasten.

De doelgroep kwetsbare ouderen is de afgelopen jaren toegenomen vanwege vergrijzing. Hierdoor is deze doelgroep binnen ergotherapie ook groeiende. De verwachting is dat dit blijft groeien. Er zijn veel interventies toepasbaar, maar uit de knelpuntenanalyse blijkt dat ergotherapeuten geen compleet overzicht hebben van de beschikbare interventies die zij kunnen inzetten binnen de ergotherapeutische behandeling en begeleiding van kwetsbare ouderen en hun naasten. Er is behoefte aan een overzicht van effectieve behandelingen en interventies. Hiermee wordt ook een uniforme werkwijze gestimuleerd.

Uitgangsvraag

Welke interventies kunnen ergotherapeuten inzetten binnen de behandelfase van kwetsbare ouderen en/of de inwonende naasten gericht op het behalen van de gestelde doelen?

Conclusies op basis van de literatuur

Gezien de grootte van de module is ervoor gekozen om de conclusies niet samen te nemen, maar per domein te beschrijven in het stuk 'Van bewijs naar aanbeveling'. Deze zijn terug te vinden in hoofdstuk D.3 van de verantwoording van deze richtlijn. Daarnaast zijn de conclusies uit de literatuur schematisch weergegeven in bijlage D.3.5.

Rationale

Gezien de grootte van de module is ervoor gekozen om de rationale per type interventie of benadering te beschrijven. Hierdoor kan er herhaling optreden in de tekst.

Ergotherapie in de woonomgeving

Ondanks het weinig overtuigende wetenschappelijke bewijs heeft de werkgroep ervoor gekozen om het geluid vanuit de praktijk zwaar te laten wegen in het besluit om aan te bevelen en in de sterkte van de aanbeveling. Daarnaast zijn er veel ontwikkelingen geweest in de afgelopen jaren die niet meegenomen zijn/konden worden in de search van deze richtlijn, onder andere het EDOMAH-programma.

Probleemoplossende en gedragactiverende benadering

Aangezien de werkgroep beoordeelt dat de gewenste effecten bepalend zijn, het inzetten van deze benaderingen mogelijk leidt tot besparingen en de kans op implementatie hoog wordt geacht, is ervoor gekozen om een positieve aanbeveling te formuleren. Daarnaast wordt er bij ouderen zelf weinig weerstand verwacht, mits de benaderingen op een goede manier worden toegepast door de ergotherapeut. Wel adviseert de werkgroep om terughoudend te zijn met het toepassen van de benaderingen bij ouderen met cognitieve problemen.

Ergotherapie bestaande uit meerdere componenten

Aangezien de werkgroep beoordeelt dat de gewenste effecten de ongewenste effecten overtreffen, als het gaat om het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en de kwaliteit van leven van de oudere en de naaste en de mogelijke besparingen bij tijdige inzet, is ervoor gekozen om een positieve aanbeveling te formuleren. Daarnaast wordt er bij stakeholders (inclusief de ouderen zelf) weinig weerstand verwacht, omdat ergotherapie bestaande uit meerdere componenten zorgt voor zorg op maat, gericht op de persoonlijke doelen van de oudere.

Zelfmanagement en leefstijlinterventies

De werkgroep heeft ervoor gekozen om voor het domein zelfmanagement geen aanbevelingen te formuleren, onder andere omdat de bewijskracht laag is. De overwegingen vanuit de praktijk wegen niet op tegen het feit dat het bewijs te divers is en van te lage kwaliteit om een aanbeveling te formuleren. Daarnaast is de werkgroep van mening dat het binnen de doelgroep kwetsbare ouderen minder effectief is om deze interventie in te zetten.

Aanpassingen woonomgeving

De werkgroep heeft ondanks de matige bewijskracht aanbevelingen geformuleerd voor het inzetten van interventies gericht op aanpassingen in de woonomgeving. De werkgroep heeft ervoor gekozen om het geluid vanuit de praktijk zwaar te laten wegen in het besluit om een sterke aanbeveling te formuleren.

Valpreventie

Gezien de redelijke kwaliteit van bewijs en het belang van de overige overwegingen, heeft de werkgroep ervoor gekozen om een sterke aanbeveling te formuleren.

Vaardigheidstraining

De werkgroep heeft ondanks de lage bewijskracht een aanbeveling geformuleerd voor het inzetten van vaardigheidstraining in de behandeling van kwetsbare ouderen. De wetenschappelijke informatie is geanalyseerd en de werkgroep heeft gekeken naar ervaringen uit de praktijk. De werkgroep heeft ervoor gekozen om het geluid vanuit de praktijk zwaar te laten wegen in het besluit om deze interventie sterk aan te bevelen.

Trainen rijvaardigheid

Gezien het lage vertrouwen in de kwaliteit van bewijs en het feit dat de uitkomsten niet gegeneraliseerd kunnen worden naar de Nederlandse populatie van kwetsbare ouderen, heeft de werkgroep ervoor gekozen om geen aanbeveling te formuleren.

Ergotherapie waar de naaste expliciet bij betrokken is

Aangezien de werkgroep beoordeelt dat de gewenste effecten de ongewenste effecten waarschijnlijk overtreffen, is ervoor gekozen om een positieve aanbeveling te formuleren voor interventies gericht op de naaste van de kwetsbare oudere. Daarnaast wordt dit al gedaan binnen de ergotherapie en kan een tijdsgevoelige inzet klachten en dure zorg waarschijnlijk voorkomen wanneer zorg op maat wordt geboden.

Ergotherapie en ziekenhuisopname

Op basis van de huidige inrichting van de zorg en het gebrek aan bewijs heeft de werkgroep ervoor gekozen om geen aanbeveling te formuleren voor het inzetten van ergotherapie in ziekenhuissetting.

Samenwerking met andere disciplines

Het domein samenwerking met andere disciplines wordt door de werkgroep beoordeeld als onderdeel van een ander deel van de Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen en is daarom niet meegenomen in de aanbevelingen van deze module, zie generieke module B.3. Daarnaast is de kwaliteit van het gevonden bewijs gescoord als laag en zeer laag.

Life review

De werkgroep heeft ervoor gekozen om geen aanbeveling te formuleren voor het domein life review vanwege het gebrek aan bewijs. Daarnaast is de werkgroep weinig bekend met het inzetten van deze interventie.

Bronnen

- Hulpmiddelen A. Landelijk normenkader hulpmiddelen. Rijksoverheid; 2020.
- Nederland E. Handreiking Ergotherapeutisch Huisbezoek - Inleiding, toelicht en geraadpleegde bronnen. Nederland E; 2022. Beschikbaar via: https://info.ergotherapie.nl/file/download/default/E5FCEDD44F9E2A22A8B2EEBED1A2E4AA/Handreiking%20Ergotherapeutisch%20Huisbezoek_5fherzieneverzie_5f2022.pdf.
- Sturkenboom IHWM, Steultjens EMJ. Ergotherapierichtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met een verhoogd valrisico. Nijmegen/Utrecht: 2016. Beschikbaar via: <https://info.ergotherapie.nl/file/download/default/9F5752144E1390847D51668639CFE691/ET-richtlijn-Valpreventie-2016.pdf>.

E Huidtherapie

E.1 Signalering van skin tears

Aanbeveling

Wees alert op het ontstaan van skin tears bij kwetsbare ouderen die in de praktijk komen met een huidtherapeutische hulpvraag. Let daarbij bij voorkeur op het voorkomen van de volgende prognostische factoren:

- ecchymose
- purpura
- elastosis
- hematoom
- oedeem
- huidveranderingen gerelateerd aan huidveroudering
- leeftijd
- geschiedenis met skin tears
- zelfklevende verbanden
- valrisico
- polyfarmacie
- transepidermaal waterverlies (TEWL) op onderarmen en -benen
- verminderde ADL-prestaties
- dementie
- lage body mass index (BMI < 20)
- niet in staat tot zelfstandig herpositioneren/verplaatsen
- geslacht

Toelichting

Ter beantwoording van de uitgangsvraag “Hoe kan de huidtherapeut signaleren ter voorkoming van het ontstaan van skin tears bij kwetsbare ouderen?” is een literatuurstudie uitgevoerd naar prognostische factoren die verband houden met het ontstaan van skin tears. Echter, wegens het ontbreken van studies van voldoende methodologische kwaliteit, waaronder prognostische predictiemodellen, zijn bovengenoemde prognostische factoren voor skin tears afzonderlijk van elkaar in kaart gebracht. De set tezamen vormt daarmee geen diagnostisch instrument. Daarnaast ontbreekt een mogelijk vervolgsysteem voor de praktijk. Om deze reden is het gevonden bewijs niet voldoende voor klinische besluitvorming in de huidtherapeutische praktijk.

Signalering vormt daarentegen wel een standaard onderdeel binnen de huidtherapeutische behandeling. Met het in kaart brengen van factoren die mogelijk verband houden met het ontstaan van skin tears bij kwetsbare ouderen kan de huidtherapeut een belangrijke rol innemen in het geven van voorlichting aan zorgvrager en hun naasten.

Tot slot vallen enkele in kaart gebrachte prognostische factoren buiten het huidtherapeutische werkveld, waaronder factor valrisico, factor verminderde ADL-prestaties, factor dementie, factor lage BMI en factor niet in staat tot zelfstandig herpositioneren/verplaatsen. Voor deze prognostische factoren geldt dat een multidisciplinaire setting met de mogelijkheid tot doorverwijzen en/of aanvullende ondersteuning van andere (paramedische) zorgprofessionals wenselijk kan zijn. Deze module geeft uitsluitend suggesties voor doorverwijsopties naar disciplines die meewerken aan de Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen, er dient echter ook rekening gehouden te worden met andere aspecten, waaronder patiëntvoorkeuren en context, waardoor de keuze voor doorverwijzing naar andere (paramedische) zorgprofessionals gemaakt wordt in de behandelkamer en niet vastgelegd wordt in de richtlijn.

Aanleiding

Skin tears zijn traumatische wonden die door verschillende oorzaken kunnen ontstaan. Skin tears worden gedefinieerd als “een traumatische wond die wordt veroorzaakt door mechanische krachten, inclusief het verwijderen van kleefpleisters. De ernst hangt af van de diepte van het letsel (niet dieper dan de subcutis)” (Payne 1993). Het ISTAP-classificatiesysteem is een eenvoudige methode om skin tears te classificeren in de categorieën type 1, 2 en 3 (French 2014; LeBlanc 2014). Type 1 wordt beschreven als een wond waarbij geen weefselverlies is en er sprake is van een lineaire scheur of flapscheur, en de huidflap kan worden gerepositioneerd zodat het wondbed volledig is bedekt. Bij type 2 is er gedeeltelijk weefselverlies en de huidflap kan niet in die mate worden gerepositioneerd dat het hele wondbed is bedekt. Bij type 3 is er sprake

van volledig weefselverlies van de huidflap, waardoor het gehele wondbed vrij komt te liggen (Payne 1993). De ouder wordende huid typeert zich als kwetsbaar, waardoor minder kracht nodig is om een traumatisch letsel te veroorzaken. De incidentie van skin tears neemt hiermee toe. Skin tears kunnen op elk deel van het lichaam voorkomen, maar worden met name gezien op armen, benen en de handrug. Skin tears kunnen de duur van een ziekenhuisopname verlengen, gezondheidskosten verhogen en impact hebben op de kwaliteit van leven (LeBlanc 2014). Vergrijzing zal er vermoedelijk toe leiden dat de incidentie van skin tears verder toeneemt. Het is daarom van belang om als therapeut bewust te zijn van de preventieve rol van signalering. Als beïnvloedende factoren voor het ontstaan van skin tears in een zo vroeg mogelijk stadium gesignaleerd worden, zouden (ernstige) complicaties voorkomen kunnen worden en kan tijdig worden gestart met eventuele behandeling.

Kwetsbare ouderen met verschillende (huidtherapeutische) indicaties worden regelmatig gezien voor anamnese en behandeling in de huidtherapeutische praktijk. Volgens het Beroepsprofiel Huidtherapeut zijn de huidtherapeutische screening en signalering een belangrijk onderdeel van het huidtherapeutisch handelen (NVH 2023). Door screening en signalering op zogeheten rode vlaggen, patroonherkenning en klinisch redeneren, kan de huidtherapeut belangrijke symptomen traceren die kunnen duiden op onderliggende ziekten, of aandoeningen die binnen of buiten de grenzen van het vakgebied van de huidtherapeut liggen. Op basis van deze afweging kan de huidtherapeut besluiten tot behandeling of actie voor terug-/doorverwijzing naar de zorgprofessional bij wie de patiënt het beste op zijn plek is. In de huidtherapeutische praktijk blijkt echter geen eenduidig beeld te bestaan van de factoren waarop de huidtherapeut de populatie kwetsbare ouderen die reeds bekend zijn in de huidtherapeutische praktijk, kan signaleren ter voorkoming van het ontstaan van skin tears.

NB. Vanwege het duidelijke onderscheid met de medische diagnosestelling, welke uitsluitend voorbehouden is aan medici, wordt in deze module gesproken van signalering (Rijksoverheid, 2022).

Uitgangsvraag

Hoe kan de huidtherapeut signaleren ter voorkoming van het ontstaan van skin tears bij kwetsbare ouderen?

Conclusies op basis van de literatuur: effectiviteit en bewijskracht

In totaal zijn 17 prognostische factoren beschreven, waarvan 6 klinisch zichtbare huidfactoren en 11 overige factoren, met wisselend niveau van wetenschappelijke bewijskracht. De werkgroep beoordeelt de bewijskracht als redelijk voor de volgende factoren: purpura, hematoom, huidveranderingen gerelateerd aan huidveroudering, verminderde ADL prestaties, niet in staat zijn tot zelfstandig herpositioneren/verplaatsten. De werkgroep beoordeelt de bewijskracht als laag voor de volgende factoren: ecchymose, elastosis, oedeem, geschiedenis met skin tears, zelfklevende verbanden, polyfarmacie, TEWL onderarmen-en benen, dementie, lage BMI. De werkgroep beoordeelt de bewijskracht als zeer laag voor de volgende factoren; valrisico, mannelijk geslacht. Uit de systematische literatuuranalyse komen echter geen studies naar voren die een intern of extern gevalideerd predictiemodel hebben geconstrueerd met prognostische factoren die het ontstaan van skin tears voorspellen. De afzonderlijk in kaart gebrachte prognostische factoren komen dan ook voort uit verschillende multivariaat analyses en kunnen om deze reden niet tezamen als interventie in de vorm van een diagnostisch instrument in de huidtherapeutische praktijk worden geïmplementeerd.

Rationale van de aanbeveling

Ondanks het ontbreken van studies van voldoende methodologische kwaliteit, alsook het ontbreken van een diagnostisch instrument voor klinische besluitvorming in de huidtherapeutische praktijk, vormt signalering een belangrijk onderdeel binnen de huidtherapeutische behandeling. Op basis van de klinische expertise vanuit de praktijk (expert opinion)

beoordeelt de werkgroep dan ook dat het signaleren op prognostische factoren door de huidtherapeut (mits een terecht positieve en terecht negatieve inschatting wordt gedaan), een preventief karakter kan hebben op het ontstaan van skin tears. Het is daarbij wel van belang dat er onderscheid gemaakt wordt in preventieve signalering door huidtherapeuten en diagnostische signalering/screening door (huis)artsen. Tevens kan de huidtherapeut een belangrijke rol innemen in het voorlichten van de patiënt en hun naasten. Ook kan het signaleren van de factoren reden zijn tot actie voor terug-/doorverwijzing naar andere zorgprofessionals waar de patiënt het beste op zijn plek is. De werkgroep benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden om de zorg in de gehele keten te verbeteren.

Naar aanleiding van de literatuuranalyse alsook de klinische expertise vanuit de praktijk (expert opinion) wordt beoordeeld dat huidtherapeuten alert moeten zijn op het ontstaan van skin tears bij kwetsbare ouderen die in de praktijk komen. Let bij voorkeur op het voorkomen van de volgende prognostische factoren:

- ecchymose
- purpura
- elastosis
- hematoom
- oedeem
- huidveranderingen gerelateerd aan huidveroudering
- leeftijd
- geschiedenis met skin tears
- zelfklevende verbanden
- valrisico
- polyfarmacie
- transepidermaal waterverlies (TEWL) op onderarmen en -benen
- verminderde ADL-prestaties
- dementie
- lage body mass index (BMI < 20)
- niet in staat tot zelfstandig herpositioneren/verplaatsen
- geslacht

Bronnen

- Bermark. Prevalence of skin tears in the extremities in inpatients at a hospital in Denmark. *International Wound Journal* 2018.
- Dale V. (z.d.) Signaleren. Geraadpleegd op 23 mei 2023, beschikbaar via: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/signaleren#.ZG7-JXZBxD8>.
- French DP, Olander EK, Chisholm A, Mc Sharry J. Which behaviour change techniques are most effective at increasing older adults' self-efficacy and physical activity behaviour A systematic review. *Ann Behav Med.* 2014;48(2):225-34.
- Higgins. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Research methods & Reporting* 2011;343(5928).
- LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D, Regan M. A descriptive cross-sectional international study to explore current practices in the assessment, prevention and treatment of skin tears. *Int Wound J.* 2014;11(4):424-30.
- LeBlanc K, Woo KY, VanDenKerkhof E, Woodbury MG. Risk Factors Associated with Skin Tear Development in the Canadian Long-term Care Population. *Advances in Skin & Wound Care.* 2021;34(2):87-95.
- LeBlanc KA. Skin tear prevalence, incidence and associated risk factors in the long-term care population. *Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide.* 2018;75(1).
- Lewin GF, Newall N, Alan JJ, Carville KJ, Santamaria NM, Roberts PA. Identification of risk factors associated with the development of skin tears in hospitalised older persons: a case-control study. *International Wound Journal.* 2016;13(6):1246-51.
- Lopez V, Dunk AM, Cubit K, Parke J, Larkin D, Trudinger M, Stuart M. Skin tear prevention and management among patients in the acute aged care and rehabilitation units in the Australian Capital Territory: A best practice implementation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare.* 2011;9(4):429-34.
- Newall N, Lewin GF, Bulsara MK, Carville KJ, Leslie GD, Roberts PA. The development and testing of a skin tear risk assessment tool. *Int Wound J.* 2017;14(1):97-103.
- Payne L, Martin, M.L. . Defining and classifying skin tears: need for a common language. *Ostomy Wound Management.* 1993 39(5): 16-20, 2-4, 6.
- Rayner R, Carville K, Leslie G, Dhaliwal SS. Models for predicting skin tears: A comparison. *International Wound Journal.* 2020;17(3):823-30.

- Rayner R, Carville K, Leslie G, Dhaliwal SS. A risk model for the prediction of skin tears in aged care residents: A prospective cohort study. *International Wound Journal*. 2019;16(1):52-63.
- Rijksoverheid. Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg BIG. 2022. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01>.
- Sanada. Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int* 2015.
- Serra R, Ielapi N, Barbetta A, de Franciscis S. Skin tears and risk factors assessment: a systematic review on evidence-based medicine. *International Wound Journal*. 2018;15(1):38-42.
- Soh Z, Wang W, Png GK, Hassan N, Wu VX. Risk of skin tears and its predictors among hospitalized older adults in Singapore. *International Journal of Nursing Practice* Vol 25(6), 2019, ArtID e12790. 2019;25.
- Strazzeri-Pulido KC, Peres GR, Campanili TC, de Gouveia Santos VL. Incidence of Skin Tears and Risk Factors: A Systematic Literature Review. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*. 2017;44(1):29-33.
- Van Tiggelen H, Van Damme N, Theys S, Vanheyste E, Verhaeghe S, LeBlanc K, Campbell K, Woo K, Van Hecke A, Beeckman D. The prevalence and associated factors of skin tears in Belgian nursing homes: A cross-sectional observational study. *J Tissue Viability*. 2019;28(2):100-6.
- Zorg RKv. Richtlijn voor Richtlijnen derde herzien versie 2012; Derde herziene druk.

E.2 Zelfmanagementinterventies

Aanbeveling

- Overweeg het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies ten opzichte van opzichzelfstaande/enkele zelfmanagementinterventies of gebruikelijke zorg, ter stimulering en/of vergroting van zelfmanagement bij kwetsbare ouderen die een indicatie hebben voor decongestieve therapie.

Complexe zelfmanagementinterventies worden gedefinieerd als een combinatie van ten minste twee op elkaar inwerkende kerncomponenten van zelfmanagement. Maak gebruik van ten minste twee op elkaar inwerkende kerncomponenten, bestaande uit: assessment (uitvragen en in kaart brengen van persoon en context), ontwikkelen van zorg op maat en voorlichting en educatie.

De mate van zelfmanagementbegeleiding is afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt. Houd daarbij rekening met:

- persoons- en context gerichte zorg. Zie ook C.5 'Zelfmanagement van beweeggedrag'.
- de haalbaarheid van complexe zelfmanagementinterventies in relatie tot bijvoorbeeld opleidingsniveau, gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische status, digitale vaardigheden, eventuele beperkingen in lichamelijke capaciteiten, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dementie, lichamelijke of geestelijke beperking en het ziektestadium (terminale patiënten).

Aanleiding

Decongestieve therapie bij kwetsbare ouderen bestaat uit een combinatie van verschillende behandelingen om lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) te verminderen, waaronder compressie (bijv. zwachtelen, klittenbandsystemen of therapeutische elastische kousen TEK), beweegadviezen en huidzorg, eventueel aangevuld met manuele lymfdrainage (MLD) of mobiliserende weefseltechnieken (NVDV 2023). Voor het uitvoeren en het slagen van decongestieve therapie is het toepassen van zelfmanagement een belangrijk onderdeel van de behandeling (NVDV 2023). Een actieve participatie van patiënt, naast en mantelzorgers komt het zorgproces ten goede. Zelfmanagement wordt gedefinieerd als "Het vermogen van een persoon om om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een aandoening/beperking en bijbehorende aanpassingen in leefstijl, in samenhang met de sociale omgeving". Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie ten aanzien van de aandoening in eigen hand willen houden en mede richting willen geven aan de beschikbare zorg die wordt ingezet (Barlow 2002). Uit de knelpuntenanalyse is gebleken dat huidtherapeuten ervaren dat zij niet altijd voldoende zijn toegerust met de juiste evidence-based competenties om zelfmanagement bij (kwetsbare) ouderen die een indicatie hebben voor decongestieve therapie, te bevorderen. Dit ervaren zij als knelpunt in de dagelijkse praktijk.

In 2022 is door de KNGF en VvOCM de richtlijn Zelfmanagement gepubliceerd (KNGF 2022). Uit de richtlijn komen verschillende zelfmanagementinterventies naar voren die effectief bevonden zijn in het vergroten van zelfmanagement bij patiënten. Een aantal gedragsveranderingsinterventies blijken echter minder goed inzetbaar bij kwetsbare ouderen. Gezondheidsinstructies van de huidtherapeut worden niet automatisch opgevolgd (French 2014) (Sullivan 2017). Een mogelijke verklaring hiervoor is een vermindering van cognitief en lichamelijk functioneren, maar ook een verminderde motivatie voor gezondheidsverbetering op de langere termijn (McPhee 2016). Er is behoefte aan evidence-based handvatten in de praktijkvoering om zelfmanagement bij kwetsbare ouderen te bevorderen.

Uitgangsvraag

Hoe kan de huidtherapeut zelfmanagement stimuleren/vergroten bij kwetsbare ouderen die een indicatie hebben voor decongestieve therapie?

Conclusies op basis van de literatuur: effectiviteit en bewijskracht

Het effect van complexe interventies ter bevordering van zelfmanagement ten opzichte van de reguliere behandeling, lijkt effectief op de uitkomstmaat kwaliteit van leven (SMD 0.52, 95% CI -0.16-1.21). Er kan echter niet met zekerheid worden gesteld dat het werkelijke gewenste effect van de complexe interventie ook klinisch relevant wordt bevonden.

Het effect van complexe interventies ter bevordering van zelfmanagement ten opzichte van reguliere behandeling, lijkt niet effectief of het gevonden effect kan niet met zekerheid worden vastgesteld op de uitkomstmaat algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (SMD 0.04, 95% CI -0.05-0.14).

Op basis van de geïncludeerde systematische review van (Wong 2018) kan niet met zekerheid geconcludeerd worden dat het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies effectief is bij kwetsbare ouderen op het verbeteren van de kwaliteit van leven en de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Alhoewel de vooraf gedefinieerde drempelwaarde voor klinische relevantie van $SMD \geq 0.5$, wel werd bereikt voor de uitkomstmaat kwaliteit van leven, kan er niet met zekerheid gesteld worden dat dit daadwerkelijk toe te schrijven is aan het toepassen van de interventie. Wel wordt de meerwaarde van het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies bij kwetsbare ouderen ondersteund door een grote systematische review van (van Het Bolscher-Niehuis 2016). In deze systematische review, gebaseerd op 12 RCT's, werd geconcludeerd dat het aanbieden van een multi-componentenstructuur van zelfmanagementinterventies bij kwetsbare ouderen een meerwaarde is bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten van kwetsbare ouderen, met name wanneer aangeboden in de vorm van een gepersonaliseerd plan. Wegens het ontbreken van statistische resultaten en meta-analyse is deze systematische review echter niet geïncludeerd in de richtlijn, maar ondersteunen wel de resultaten van de systematische review van (Wong 2018). Beide studies geven daarbij aan dat het identificeren van het exacte werkingsmechanisme van de (combinaties van) componenten echter lastig te duiden blijkt.

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep beoordeelt dat het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies bij kwetsbare ouderen die decongestieve therapie ontvangen, een klinisch relevant effect heeft op het verbeteren van de cruciale uitkomstmaat kwaliteit van leven. Het niveau van de bewijskracht hiervoor is echter zeer laag. Er is een triviaal effect op het verbeteren van de cruciale uitkomstmaat ADL, waarvoor de bewijskracht als matig/redelijk werd bevonden. De werkgroep is echter van mening dat iedere vorm van vergroting van autonomie en eigen regie een positief effect heeft op het vergroten van de kwaliteit van leven alsook op het vergroten van de ADL. De werkgroep beoordeelt dat het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies voor de patiënt daarom wel van grote waarde kan zijn voor behoud van grip op het eigen leven. Daarbij moet echter rekening worden gehouden met persoonsgerichte zorg en de context, waarbij de huidtherapeut een overweging dient te maken aangaande de haalbaarheid van de complexe zelfmanagementinterventies bij een sterk heterogene populatie met verschillende aspecten, waaronder opleidingsniveau, gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische status, digitale vaardigheden en beperkte lichamelijke capaciteiten van de kwetsbare ouderen. Zelfmanagement sluit aan bij de veranderende denkwijze in de zorg; preventie in plaats van therapie, eigen regie en samen beslissen. Ook is het inzetten van zelfmanagementinterventies waarschijnlijk kosteneffectief.

- Overweeg het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies ten opzichte van opzichzelfstaande zelfmanagementinterventies of gebruikelijke zorg, bij kwetsbare ouderen die een indicatie hebben voor decongestieve therapie ter verbetering van de kwaliteit van leven en de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Complexe zelfmanagementinterventies worden gedefinieerd als een combinatie van ten minste twee op elkaar inwerkende kerncomponenten van zelfmanagement. Maak gebruik van ten minste twee op elkaar inwerkende kerncomponenten, bestaande uit: assessment (uitvragen en in kaart brengen van persoon en context) ontwikkelen van zorg op maat en voorlichting en educatie Wong 2018).

De mate van zelfmanagementbegeleiding is afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt. Houd daarbij rekening met de volgende punten:

- persoons- en context gerichte zorg. Zie ook C.5 'Zelfmanagement van beweeggedrag'.
- de haalbaarheid van complexe zelfmanagementinterventies in relatie tot bijvoorbeeld opleidingsniveau, gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische status, digitale vaardigheden, eventuele beperkingen in lichamelijke capaciteiten, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dementie, lichamelijke of geestelijke beperking en het ziektestadium (terminale patiënten).

Bronnen

- Alavijeh MS, Zandiyeh Z, Moeini M. The effect of self-care self-efficacy program on life satisfaction of the Iranian elderly. *J Educ Health Promot.* 2021;10(1):167.
- Anuruang S, Hickman LD, Jackson D, Dharmendra T, Van Balen J, Davidson PM. Community-based interventions to promote management for older people: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2014;23(15-16):2110-20.
- Arbesman M, Mosley L. Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community dwelling older adults. *Am J Occup Ther.* 2012;66(3):277-83. doi: 10.5014/ajot.2012.003327.
- Barlow. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 2002;48:177-87.
- Chalfont G, Mateus C, Varey S, Milligan C. Self-Efficacy of Older People Using Technology to Self-Manage COPD, Hypertension, Heart Failure, or Dementia at Home: An Overview of Systematic Reviews. *Gerontologist.* 2021;61(6):e318-e34.
- Chen Y, Tan D, Xu Y, Wang B, Li X, Cai X, Li M, Tang C, Wu Y, Shu W, Zhang G, Huang J, Zhang Y, Yan Y, Liang X, Yu S. Effects of a HAPA-based multicomponent intervention to improve self-management precursors of older adults with tuberculosis: A community-based randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2020;103(2):328-35.
- Corbett T, Cummings A, Calman L, Farrington N, Fenerty V, Foster C, Richardson A, Wiseman T, Bridges J. Self-management in older people living with cancer and multi-morbidity: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Psychooncology.* 2020;29(10):1452-63.
- Evangelista LS, Lee JA, Moore AA, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M, Mangione CM. Examining the effects of remote monitoring systems on activation, self-care, and quality of life in older patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(1):51-7.
- Farahmand F, Khorasani P, Shahriari M. Effectiveness of a self-care education program on hypertension management in older adults discharged from cardiac-internal wards. *ARYA Atheroscler.* 2019;15(2):44-52.
- French. Which Behaviour Change Techniques Are Most Effective at Increasing Older Adults' Self-Efficacy and Physical Activity Behaviour A Systematic Review. 2014.
- Goransson C, Wengstrom Y, Ziegert K, Langius-Eklof A, Eriksson I, Kihlgren A, Blomberg K. Perspectives of health and self-care among older persons-To be implemented in an interactive information and communication technology-platform. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):4745-55.
- Higgins. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Research methods and reporting* 2019;6.
- Hu W, Li T, Cao S, Gu Y, Chen L. Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Model. *Comput Math Methods Med.* 2022;2022:1782955.
- Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) at short and longer term. *BMC Geriatr.* 2015;15:101.

- KNGF KNGvF. KNGF-richtlijn Zelfmanagement. Amersfoort: KNGF; 2022. Beschikbaar via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/zelfmanagement/kngf-richtlijn_zelfmanagement_praktijkrichtlijn_2022.pdf.
- Lawless MT, Tieu M, Feo R, Kitson AL. Theories of self-care and self-management of long-term conditions by community-dwelling older adults: A systematic review and meta-ethnography. *Soc Sci Med.* 2021;287:114393.
- LeBlanc KA. Skin tear prevalence, incidence and associated risk factors in the long-term care population. *Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide.* 2018a;75(1).
- LeBlanc RG, Jacelon CS. Self-care among older people living with chronic conditions. *Int J Older People Nurs.* 2018b;13(3): 12191.
- Lommi M, Matarese M, Alvaro R, Piredda M, De Marinis MG. The experiences of self-care in community-dwelling older people: a meta-synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(12):1854-67.
- McPhee. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology.* 2016;17 567-80.
- Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn lymfoedeem; 2023. Beschikbaar via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/lymfoedeem_-_startpagina.html.
- NVH NVvH. Focus op huidzorg Naarden NVH; 2018. Beschikbaar via: <https://nvh.huidtherapie.nl/nieuws-en-actueel/kennisagenda-huidtherapie>.
- Panagioti. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes a systematic review and meta-analysis.
- Patel S, Heine PJ, Ellard DR, Underwood M. Group exercise and self-management for older adults with osteoarthritis: a feasibility study. *Prim Health Care Res Dev.* 2016;17(3):252-64.
- Smith CA, Chang E, Gallego G, Balneaves LG. An education intervention to improve health literacy and decision making about supporting self-care among older Australians: a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):441.
- Soderlund. Adherence to and the Maintenance of Self-Management Behaviour in Older People with Musculoskeletal Pain-A Scoping Review and Theoretical Models.
- Sullivan. Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the evidence for increasing Physical Activity. *Frontiers in Public Health.* 2017;4.
- Tan CC, Cheng KK, Wang W. Self-care management programme for older adults with diabetes: An integrative literature review. *Int J Nurs Pract.* 2015;21 Suppl 2:115-24.
- Tavakkoli Oskuei M, Barzanjeh Atri S, Davoodi A, Van Son C, Asghari-Jafarabadi M, Hosseinzadeh M. Evaluation of a self-care education program for older adults in Iran using a lifestyle improvement model. *Int J Older People Nurs.* 2022;17(1):12419.
- Van Het Bolscher-Niehuis MJ, den Ouden ME, de Vocht HM, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016; 61:230-47.
- Van Truong P, Wulan Apriliyasari R, Lin MY, Chiu HY, Tsai PS. Effects of self-management programs on blood pressure, self-efficacy, medication adherence and body mass index in older adults with hypertension: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Pract.* 2021;27(2):12920.
- Warner G, Packer TL, Kervin E, Sibbald K, Audulv A. A systematic review examining whether community-based self-management programs for older adults with chronic conditions actively engage participants and teach them patient-oriented self-management strategies. *Patient Educ Couns.* 2019;102(12):2162-82.
- Wong AKC, Bayuo J, Wong FKY. Investigating predictors of self-care behavior among homebound older adults: The role of self-efficacy, eHealth literacy, and perceived social support. *J Nurs Scholarsh.* 2022;54(3):278-85.
- Wong AKC, Wong FKY, Chang K. Effectiveness of a community-based self-care promoting program for community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Age Ageing.* 2019;48(6):852-8.
- Wong KC, Wong FKY, Yeung WF, Chang K. The effect of complex interventions on supporting self-care among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2018;47(2):185-93.
- Zarrin A, Tourchian N, Heckman GA. Chronic Disease Self-Management Among Iranian Older Adults: A Scoping Review. *J Appl Gerontol.* 2020;39(8):922-30.
- Zavertnik JE. Self-care in older adults with heart failure: an integrative review. *Clin Nurse Spec.* 2014;28(1):19-32.

E.3 Lymfoedeem in aanwezigheid van complicerende factoren

Aanbeveling

- Overleg met de arts/verwijzend medisch specialist de methode van oedeemreductie alsook de afweging tot normale of gemitigeerde compressie bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en complicerende factoren decompensatio cordis (hartfalen) of arteriële insufficiëntie.
- Overweeg intermitterende pneumatische compressietherapie (IPC) uitsluitend bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en de complicerende factor arteriële insufficiëntie wanneer zich ook andere vormen van comorbiditeit voordoen, zoals gecompliceerde wonden of immobiliteit, dependency of orthostatisch oedeem. Een voorwaarde voor het gebruik van IPC in de thuissituatie is monitoring door een therapeut en in combinatie met andere modaliteiten van decongestieve therapie, zoals bandageren, therapeutisch-elastische kousen en beweging. Start IPC op 40 tot 45 mmHg met eventuele verdere opbouw naar een hogere druk.
- Overweeg het aanmeten van therapeutisch-elastische kousen met een gemitigeerde compressie bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en de complicerende factor arteriële insufficiëntie. Advies is een aangepaste therapeutisch elastische kous klasse 1 te dragen, bij voorkeur met hoge stiffness. Therapeutisch-elastische kousen worden aangemeten als maximale oedeemreductie is bereikt.
- Overweeg manuele lymfedrainage (MLD) in de initiële fase bij kwetsbare ouderen met decompensatio cordis (hartfalen) en oedeem. Pas MLD alleen toe in combinatie met andere modaliteiten van decongestieve therapie, waaronder bandageren, therapeutisch-elastische kousen en beweging.
- Wees terughoudend met bandageren met meerdere lagen bij kwetsbare ouderen met oedeem en ernstig hartfalen klasse III-IV. Bouw de compressie rustig op, bijvoorbeeld door enkelzijdig te bandageren, één laag zwachtels toe te passen of door te bandageren met een lagere mmHg druk.
- Behandel kwetsbare ouderen met de complicerende factor chronisch veneuze insufficiëntie (CVI), immobiliteit en nierfalen op de gebruikelijke wijze volgens de 'Richtlijn lymfoedeem'. Overleg bij twijfel met de arts of medisch specialist.

Aanleiding

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van gemiddelde patiënten, kunnen zorgverleners in individuele gevallen, zoals bij patiënten met een complicerende factor, zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer bewust van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit echter beargumenteerd, gedocumenteerd en, waar nodig, in overleg met de patiënt worden gedaan (Korzec 2008; Zorg 2012).

Lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) karakteriseert zich door een abnormale ophoping van lymfevocht in een lichaamsdeel en wordt veroorzaakt door het tekortschieten van het lymfatisch systeem. Gebaseerd op (patho) fysiologische overwegingen is lymfinsufficiëntie relatief of absoluut. Indien de zwelling het gevolg is van een te groot lymfaanbod bij een normaal afvoedsysteem, spreekt men van 'dynamische insufficiëntie' ('high-output insufficiëntie/verhoogde preload'); indien er lymfvatobstructie of functionele disfunctie is, spreekt men van 'mechanische of statische lymfvatinsufficiëntie' ('low-output insufficiëntie/verhoogde afterload') (Verdonk 2021).

Complexe decongestieve therapie (CDT) (ook wel oedeemtherapie) wordt door de huidtherapeut veelvuldig toegepast, zowel ter voorkomen van progressie als ter vermindering van de gevolgen van lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) (NVDV 2023). CDT bestaat uit een patiëntgericht plan op basis van patiëntkarakteristieken en -voorkeuren, waarbij een combinatie van de volgende behandelingen kan plaatsvinden: decongestieve lymfatische therapie (DLT), compressietherapie (CT),

intermitterende pneumatische compressie (IPC), manuele lymfdrainage (MLD), oefentherapie/beweging, mobiliserende weefsel- en fascia release-technieken, voorlichting met ondersteunende zorg gericht op risicoreductie, huidzorg en psychosociale ondersteuning (NVDV 2023). De intensiteit en combinaties van de inzet van behandelingen verschillen in de initiële en onderhoudsfase (NVDV 2023). In de dagelijkse huidtherapeutische praktijkvoering blijken bepaalde onderdelen van CDT bij kwetsbare ouderen die tevens te maken hebben met een complicerende factor, echter onvoldoende toepasbaar volgens de reguliere richtlijnen. De complicerende factoren chronisch veneuze insufficiëntie (CVI), nierfalen en hypostatisch/orthostatisch/dependency oedeem worden gekenmerkt als vormen van oedeem waarbij sprake is van preload of een high output failure (Committee 1995). Deze vormen van oedeem zijn de oorzaak van een falend lymfesysteem, waarbij reguliere CDT is geïndiceerd. De aanbevelingen uit de richtlijn lymfoedeem (NVDV 2023) kunnen dan ook veilig worden toegepast bij deze patiëntenpopulatie. De complicerende factoren decompensatio cordis (hartfalen) en arteriële insufficiëntie blijken echter een andere aanpak nodig te hebben, wat aanleiding geeft voor het aanpassen van de huidtherapeutische behandeling. Uit een knelpuntenanalyse onder huidtherapeuten komt naar voren dat zij evidence-based handvatten missen om onderbouwd af te kunnen wijken bij kwetsbare ouderen die een indicatie hebben voor CDT én te maken hebben met de complicerende factor decompensatio cordis (hartfalen) of arteriële insufficiëntie.

Uitgangsvraag

Hoe behandel je kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en complicerende factoren?

Conclusies op basis van de literatuur: effectiviteit en bewijskracht

Op basis van de geïncludeerde literatuur ($n=1$) kan geconcludeerd worden dat IPC een effectieve en complicatievrije methode is om loopafstand (mobiliteit), hemodynamica en kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten met arteriële insufficiëntie/claudicatio. Het niveau van bewijskracht hiervoor is echter zeer laag.

Op basis van de geïncludeerde literatuur ($n=2$) kan geconcludeerd worden dat therapeutische elastische kousen met aangepaste druk effectief en veilig gebruikt kunnen worden bij patiënten met arteriële insufficiëntie. Het inzetten van therapeutische elastische kousen leidt niet tot een verslechtering van de microperfusie of een vermindering van arteriële druk. Tevens lijkt de loopafstand/mobiliteit verbeterd na het dragen van therapeutische elastische kousen met verminderde druk. Het draagcomfort is goed en ook het aan- en uittrekken van de therapeutische elastische kousen wordt als makkelijk beschouwd. Het niveau van de bewijskracht hiervoor is echter zeer laag.

Op basis van de geïncludeerde literatuur ($n=1$) kan geconcludeerd worden dat het toepassen van manuele lymfdrainage aan de onderste extremiteiten geen contra-indicatie is bij patiënten met hartfalen klasse III-VI, waarbij alle hemodynamische parameters onveranderd bleven ten opzichte van de baseline-meting. Het niveau van de bewijskracht hiervoor is echter zeer laag.

Op basis van de geïncludeerde literatuur ($n=1$) kan geconcludeerd worden dat het toepassen van meerdere lagen zwachtels aan één been gecontra-indiceerd is bij patiënten met ernstig hartfalen klasse III-IV, waarbij verschillende hemodynamische parameters veranderden tijdens de meting. Het niveau van de bewijskracht hiervoor is echter zeer laag.

Rationale van de aanbeveling

Het toepassen van IPC is wegens kosten, praktische aspecten, tijdsinvestering, belasting voor de patiënt, de gezondheidsongelijkheid en de beperkte bewijskracht bij de patiëntenpopulatie kwetsbare ouderen met decompensatio cordis en/of arteriële insufficiëntie, alleen geïndiceerd bij een zeer kleine populatie. Een voorwaarde voor het inzetten van een IPC-apparaat in de thuissetting is periodieke monitoring door een therapeut in combinatie met andere modaliteiten

van decongestieve therapie. De maximale mmHG varieert volgens de literatuur tussen 90-120 mmHg (Verdonk 2021). De werkgroep is echter van mening dat de effectiviteit van IPC ook al zichtbaar is bij een lagere druk (mmHg). De werkgroep adviseert daarom IPC altijd te starten op 40-45 mmHg met een eventuele verdere opbouw naar een hogere druk.

Het toepassen van therapeutische elastische kousen is wegens gewenste effecten voor de patiënt ten opzichte van het niet toepassen van therapeutische elastische kousen, de kosteneffectiviteit en de gezondheidsgelijkheid geïndiceerd bij kwetsbare ouderen met arteriële insufficiëntie. Advies is het dragen van een aangepaste therapeutische elastische kous klasse 1, bij voorkeur met hoge stiffness. De kousen dienen aangemeten te worden door een gekwalificeerd therapeut, waarbij maatwerk en persoonlijke begeleiding van de patiënt essentieel zijn.

Het toepassen van MLD is wegens de gewenste effecten voor de patiënt ten opzichte van het niet toepassen van MLD geïndiceerd bij kwetsbare ouderen met oedeem en decompensatio cordis (hartfalen). MLD dient altijd te worden uitgevoerd door een gekwalificeerd therapeut waarbij maatwerk, begeleiding en een combinatie met andere complementaire modaliteiten van decongestieve therapie essentieel zijn.

Het toepassen van bandageren met meerdere lagen zwachtels bij patiënten met ernstig hartfalen klasse III-IV is wegens verslechtingen in de hemodynamische parameters gecontra-indiceerd. Wegens het ontbreken van een concrete definitie in het toepassen van bandageren met meerdere lagen zwachtels kan op basis van de gevonden literatuur niet met zekerheid gesteld worden wat het effect is bij kwetsbare ouderen met een complicerende factor. Advies is daarom een rustige opbouw van compressie, bijvoorbeeld door enkelzijdig bandageren, het toepassen van één laag zwachtels of bandageren met een lagere mmHg-druk. Bij complexe casussen waarbij sprake is van complicerende factoren, zal de methode van oedeemreductie besproken worden met de arts/medisch specialist.

De bewijskracht van de geïnccludeerde literatuur betreffende effectieve en veilige behandelinterventies bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) én de complicerende factor decompensatio cordis (hartfalen) of arteriële insufficiëntie, is zeer laag. Op basis hiervan worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Overleg met een arts/medisch specialist de methode van oedeemreductie alsook de afweging tot normale of gemitigeerde compressie bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en de complicerende factor decompensatio cordis (hartfalen) of arteriële insufficiëntie.
- Overweeg het toepassen van Intermitterende Pneumatische Compressietherapie (IPC) uitsluitend bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en de complicerende factor arteriële insufficiëntie wanneer ook andere comorbiditeiten zich voordoen, zoals gecompliceerde wonden of immobiliteit/dependency/orthostatisch oedeem. Een voorwaarde voor het gebruik van IPC in de thuissituatie is monitoring door een therapeut en in combinatie met andere modaliteiten van decongestieve therapie, zoals bandageren, therapeutische elastische kousen en beweging. Start IPC op 40-45 mmHg met eventuele verdere opbouw naar een hogere druk.
- Overweeg het aanmeten van therapeutische elastische kousen met een gemitigeerde compressie bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem (oftewel chronisch oedeem) en de complicerende factor arteriële insufficiëntie. Advies is het dragen van een aangepaste therapeutische elastische kous klasse 1, bij voorkeur met hoge stiffness. Therapeutische elastische kousen worden aangemeten bij een maximale oedeemreductie.
- Overweeg het toepassen van manuele lymfdrainage (MLD) in de initiële fase bij kwetsbare ouderen met decompensatio cordis (hartfalen) en oedeem. Een voorwaarde voor MLD is toepassing in combinatie met andere modaliteiten van decongestieve therapie, waaronder bandageren, therapeutische elastische kousen en beweging.
- Wees terughoudend in het toepassen van bandageren met meerdere lagen zwachtels bij kwetsbare ouderen met oedeem en ernstig hartfalen klasse III-IV. Pas bij start van de therapie een rustige opbouw van compressie toe, bijvoorbeeld door enkelzijdig bandageren, het toepassen van één laag zwachtels of bandageren met een lagere mmHg-druk.
- Behandel kwetsbare ouderen met de complicerende factor chronisch veneuze insufficiëntie (CVI), immobiliteit en nierfalen volgens de richtlijn lymfoedeem. Niet afwijkend behandelen. Bij twijfel overleg met de arts/medisch specialist.

Bronnen

- Bowering CK. Use of layered compression bandages in diabetic patients: experience in patients with lower leg ulceration, peripheral edema, and features of venous and arterial disease. *Advances in Wound Care*. 1998;11(3):129-35.
- Committee Isole. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 consensus document of the international society of lymphology. *Lymphology*. 1995;28:113-7.
- Cooper-Stanton D. Compression therapy and heart failure: a scoping review of the existing evidence. *British Journal of Community Nursing* 2022;27(3).
- Cooper KL. Care of the Lower Extremities in Patients With Acute Decompensated Heart Failure. *Critical Care Nurse*. 2011;31(4):21-9.
- Cooper R. Managing chronic oedema in a patient with arterial disease and leg ulceration. Mark Allen Holdings Limited; 2016. p. S16-S22.
- Delis KT, Nicolaides AN. Effect of intermittent pneumatic compression of foot and calf on walking distance, hemodynamics, and quality of life in patients with arterial claudication: a prospective randomized controlled study with 1-year follow-up. *Ann Surg*. 2005;241(3):431-41.
- Green T. Inelastic compression devices for chronic oedema management. *Journal of Community Nursing*. 2019;33(6):26-32.
- Higgins. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355.
- Konecne SM, Perdomo M. Lymphedema in the elderly: a special needs population. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2004;20(2):98-113.
- Korzec GFKA. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2008(152):1757-9.
- Leduc O, Crasset V, Leleu C, Baptiste N, Koziel A, Delahaie C, Pastouret F, Wilputte F, Leduc A. Impact of manual lymphatic drainage on hemodynamic parameters in patients with heart failure and lower limb edema. *Lymphology*. 2011;44(1):13-20.
- McCardell CS, Berge KH, Ijaz M, Lanier WL. Acute pulmonary edema associated with placement of waist-high, custom-fit compression stockings. *Mayo Clinic proceedings*. 1999;74(5):478-80.
- Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn lymfoedeem; 2023. Beschikbaar via https://richtlijnen database.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/lymfoedeem_-_startpagina.html.
- Pierce C, McLeod KJ. Feasibility of treatment of lower limb edema with calf muscle pump stimulation in chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. 2009;8(5):345-8.
- Ringley G, Veverka, Barber. Evaluation of Pulmonary Arterial Catheter Parameters Utilizing Intermittent Pneumatic Compression Boots in Congestive Heart Failure. *The American surgeon*. 2001;68:286-90.
- Rother U, Grussler A, Griesbach C, Almasi-Sperling V, Lang W, Meyer A. Safety of medical compression stockings in patients with diabetes mellitus or peripheral arterial disease. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8(1).
- Stucker M, Danneil O, Dorler M, Hoffmann M, Kroger E, Reich-Schupke S. Safety of a compression stocking for patients with chronic venous insufficiency (CVI) and peripheral artery disease (PAD). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(3):207-13.
- Tessari M, Tisato V, Rimondi E, Zamboni P, Malagoni AM. Effects of intermittent pneumatic compression treatment on clinical outcomes and biochemical markers in patients at low mobility with lower limb edema. *Journal of vascular surgery Venous and lymphatic disorders*. 2018;6(4):500-10.
- Vaassen MM. Manual Lymph Drainage in a Patient with Congestive Heart Failure: A Case Study. *Ostomy Wound Management*. 2015;61(10):38-45.
- Verdonk HPM. Oedeem en oedeemtherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
- Wilputte F. Hemodynamic response to multilayered bandages dressed on a lower limb of patients with heart failure. *European Journal of Lymphology and Related Problems*. 2005;15(45):1-4.
- Zorg RKv. Richtlijn voor Richtlijnen derde herzien versie 2012;Derde herziene druk.

F.1 Factoren van ondervoeding en sarcopenie

Aanbevelingen

Gebruik het ICF-model om de factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op het ontstaan van ondervoeding en/of sarcopenie bij kwetsbare ouderen

Breng bij de diagnostiek van ondervoeding ten minste in kaart of er sprake is van:

- functies en anatomische eigenschappen: mondproblemen (inclusief kauwproblemen, bijvoorbeeld door een slecht passend kunstgebit, en slikproblemen*), geur- en smaakproblemen, depressie of mentale problemen, geen goede ervaren gezondheid, verminderde eetlust, fysieke beperkingen, wonden, polyfarmacie, cognitieve beperkingen of dementie;
- activiteiten: verminderde fysieke activiteit, gebruik van maaltijden aan huis, afhankelijkheid bij eten;
- externe factoren: ziekenhuisopname;
- persoonlijke factoren: laag opleidingsniveau, alleenwonend, alleenstaand, laag inkomen.

* Voorbeeldvragen om slikproblemen in kaart te brengen zijn: "Moet u wel eens hoesten na eten of drinken, of heeft u last van een andere (borrelige) stem na eten of drinken?" of "Heeft u meer moeite met eten en drinken dan vroeger?" of "Heeft u aanpassingen gedaan met eten?" Denk aan aangepaste consistentie of het vermijden van bepaald voedsel.

Breng bij de diagnostiek van sarcopenie ten minste in kaart of er sprake is van:

- functies en anatomische eigenschappen: (risico op) ondervoeding, cognitieve beperkingen, depressie, ADL-beperkingen, comorbiditeit (osteopenie/osteoporose, osteoartritis, diabetes, long- en/of hartziekten, kanker), vallen;
- activiteiten: fysieke inactiviteit;
- persoonlijke factoren: hogere leeftijd, alleenwonend, alleenstaand, eenzaamheid.

Ga na welke gegevens van de kwetsbare oudere al eerder geïnventariseerd zijn door paramedici of andere zorgprofessionals. Maak lokaal/regionaal in het netwerk afspraken over interdisciplinaire samenwerking.

Aanleiding

Ondervoeding en sarcopenie komen vaak voor bij kwetsbare ouderen. Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten (Cederholm 2017). Sarcopenie is een progressieve en generaliseerde skeletspierstoornis die is gerelateerd aan een verhoogde kans op ongunstige uitkomsten, waaronder vallen, breuken, lichamelijke beperkingen en sterfte (Cruz-Jentoft 2019).

Ondervoeding en sarcopenie kunnen gelijktijdig voorkomen. Informatie over ondervoeding en sarcopenie is onder andere te vinden via de websites van het Kenniscentrum Ondervoeding. Er zijn meerdere gevalideerde meetinstrumenten om het risico op ondervoeding vast te stellen. Zodra (het risico op) ondervoeding of sarcopenie is vastgesteld, komt de diëtist in beeld. Om een goede diëtistische diagnose bij kwetsbare ouderen te kunnen stellen als basis voor te starten interventie(s), is het belangrijk voor de diëtist om de verschillende factoren die een rol spelen bij ondervoeding en/of sarcopenie van kwetsbare ouderen in kaart te brengen. Het is echter onduidelijk welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en het in stand houden van ondervoeding en/of sarcopenie.

Uitgangsvraag

Welke factoren moet de diëtist in kaart brengen ten behoeve van optimale diagnostiek en behandeling van ondervoeding en/of sarcopenie bij kwetsbare ouderen?

Conclusies op basis van de literatuur

In totaal zijn er 8 systematische reviews geïncludeerd, 6 met betrekking tot ondervoeding en 2 met betrekking tot sarcopenie. Op basis van deze systematische reviews kan geconcludeerd worden dat meerdere factoren geassocieerd zijn met ondervoeding en sarcopenie. Het niveau van de bewijskracht hiervoor ligt tussen redelijk en zeer laag. De werkgroep heeft ervoor gekozen de factoren waarvoor een laag tot redelijk bewijs is, mee te nemen als factoren die van belang zijn.

Rationale van de aanbeveling

De factoren die uit de literatuur naar voren komen hebben een zeer lage tot redelijke bewijskracht. Met betrekking tot ondervoeding hebben alle geassocieerde factoren een lage tot zeer lage bewijskracht. De werkgroep oordeelt dat de factoren die met redelijk of laag bewijs vanuit de geïncludeerde systematische reviews naar voren komen van belang zijn om in kaart te brengen bij (het risico op) ondervoeding en/of sarcopenie. Daarnaast noemt de werkgroep vanuit klinische expertise een aantal factoren die ook een rol kunnen spelen bij ondervoeding. Ondanks het gebrek aan goede bewijskracht, worden de aanbevelingen sterk (breng de volgende factoren in kaart...) geformuleerd in plaats van zwak (overweeg de volgende factoren in kaart te brengen...). De werkgroep heeft hiervoor gekozen, vanwege het belang van eenduidige diagnostiek en een daarop afgestemd dieetbehandelplan. Vanuit hun klinische expertise gaven de werkgroepleden aan dat deze factoren van belang zijn om bij alle kwetsbare ouderen met ondervoeding of sarcopenie in kaart te brengen.

Om aan te sluiten bij de werkwijze van diëtisten beveelt de werkgroep aan om het ICF-model te gebruiken om de factoren in kaart te brengen. Het in kaart brengen van de factoren bestaat uit het inventariseren van de al beschikbare informatie vanuit andere betrokken professionals en aanvullende vragen aan de kwetsbare ouderen en/of zijn/haar mantelzorger. Bij de diagnose van sarcopenie beveelt de werkgroep aan om kanker toe te voegen aan de comorbiditeiten en ook in kaart te brengen of er sprake is van eenzaamheid.

Ondervoeding

Met betrekking tot (het risico op) ondervoeding beveelt de werkgroep op basis van bovengenoemde criteria ten minste de volgende factoren in kaart te brengen: mondproblemen (inclusief kauwproblemen), depressie en mentale problemen, slecht ervaren gezondheid, verminderde eetlust, fysieke beperkingen, verminderde fysieke activiteit, gebruik maaltijden aan huis, afhankelijkheid bij eten, ziekenhuisopname, laag opleidingsniveau, alleenwonend, alleenstaand, laag inkomen. Op basis van de expertise van werkgroepleden dienen de volgende factoren ook in kaart te worden gebracht: slikproblemen een niet goed passend kunstgebit, geur- en smaakproblemen, wonden, verminderd cognitief functioneren en polyfarmacie. Omdat niet elke diëtist bekend is met de signalen die gepaard gaan met slikproblemen, worden deze signalen benoemd in de aanbevelingen: hoesten na eten of drinken of een andere (borrelige) stem na eten of drinken. Ook kan gevraagd worden of de patiënt meer moeite heeft met eten en drinken en of de patiënt aanpassingen heeft gedaan met eten (aangepaste consistentie of vermijden van bepaald voedsel).

Sarcopenie

Met betrekking tot (het risico op) sarcopenie beveelt de werkgroep op basis van bovengenoemde criteria de volgende factoren in kaart te brengen: (risico op) ondervoeding, cognitieve beperkingen, depressie, ADL-beperkingen, comorbiditeiten (osteopenie/osteoporose, osteoartritis, diabetes, long- en/of hartziekten), vallen, inactiviteit, hogere leeftijd, alleenwonend, alleenstaand. De werkgroep beveelt daarnaast aan om kanker toe te voegen bij de comorbiditeiten en tevens in kaart te brengen of er sprake is van eenzaamheid.

F.2 Gezamenlijke besluitvorming over dieetinterventies en kwaliteit van leven

Aanbevelingen

Overweeg onderstaand stappenplan te gebruiken om samen met de kwetsbare oudere en/of de naaste(n) tot een gezamenlijk besluit te komen over een behandelplan dat aansluit bij de persoonlijke doelen, wensen en behoeften. De stappen kunnen doorlopen worden tijdens een of meerdere consulten.

In het stappenplan wordt uitgegaan van wilsbekwame kwetsbare ouderen. Als de kwetsbare oudere de indruk geeft onvoldoende in staat te zijn om adequaat de eigen situatie te beoordelen, doorloop dan het stappenplan in aanwezigheid van de naaste(n).

Stappenplan 'Samen beslissen voor diëtisten met kwetsbare ouderen':

- 1 Voorbereiding: breng voorgeschiedenis, huidige situatie, en betrokkenheid van andere (paramedische) zorgverleners en naaste(n) in kaart. Daarbij gaat het met name om de volgende aspecten:
 - Welke medische diagnoses zijn er?
 - Zijn er behandelbeperkingen?
 - Is er een wilsverklaring waarin de kwetsbare oudere heeft vastgelegd wat zijn behandelwensen zijn, zoals levensverlengende handelingen of bijvoorbeeld sondevoeding?
 - Is er een naaste of mantelzorger die betrokken dient te worden bij de diëtistische behandeling? Vraag dit na bij de kwetsbare oudere of de contactpersoon bij het plannen van het eerste consult.
 - Welke andere (paramedische) zorgverleners zijn betrokken? Indien de kwetsbare oudere hiervoor toestemming geeft, vraag informatie over behandelredenen en -plan op bij deze zorgverleners. Wat is de verwijzreden en welke factoren rond de voedingstoestand hebben de andere zorgverleners in kaart gebracht?
- 2 Bespreek levensdoelen, waarden, wensen en behoeften ten aanzien van kwaliteit van leven, als onderdeel van de diëtistische diagnose. Doe dit in samenspraak met naasten(n), indien aanwezig bij het gesprek. Daarbij kan gedacht worden aan:
 - In gesprek gaan over wat voor de oudere belangrijk is in relatie tot kwaliteit van leven, zowel op het gebied van fysiek functioneren als op mentaal en sociaal functioneren. Maak hierbij ook gebruik van eventuele informatie van andere (paramedische) zorgverleners.
 - In gesprek gaan over eten en drinken: hulpvraag, eerdere dieetbehandelingen, eetpatroon, gewoonten, smaak, voorkeuren, wensen, behoeften, problemen.
- 3 Vat wensen, behoeften en levensdoel(en) samen en formuleer mogelijke behandelgoal(en). Neem hierbij de volgende vragen in overweging:
 - Is het waarschijnlijk dat het inzetten van een dieetinterventie voor een optimale voedingstoestand de kwaliteit van leven van deze kwetsbare oudere verbetert of behoudt?
 - Is het waarschijnlijk dat deze dieetinterventie het functioneren van de kwetsbare oudere verbetert of behoudt?
 - Is het waarschijnlijk dat de dieetinterventie het leven van de kwetsbare oudere verlengt?
 - Is levensverlenging wenselijk vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere?
 - Wat zijn de risico's of verwachte nadelen van de mogelijke dieetinterventie(s) voor de kwetsbare oudere?
- 4 Bespreek verschillende behandelopties met voor- en nadelen per optie en voorkeuren van de kwetsbare oudere. Bespreek de opties die aansluiten bij de wensen van de kwetsbare oudere en, indien aanwezig, met de naaste(n). Niet starten met een behandeling kan ook een optie zijn.
 - Leg, afhankelijk van de levensdoelen en waarden, de opties voor. Bijvoorbeeld inzet/afzien van drinkvoeding, tijdelijke inzet sondevoeding, doorgaan/stoppen dieetinterventie voor specifieke aandoeningen, comfortvoeding. Onderbouwd afzien van verdere dieetbehandeling kan hierbij een optie zijn.

- Bespreek, indien de kwetsbare oudere akkoord is, de opties ook met andere betrokken (paramedische) zorgverleners zodat behandeldoelen in overeenstemming zijn met behandeldoelen van andere (paramedische) zorgverleners.
- 5 Besluitvorming: gezamenlijk een besluit formuleren en (behandel)plan opstellen.
 - 6 Evaluatie: evalueren van het besluitvormingsproces en eventueel (behandel)plan bijstellen.
 - Indien behandeling gericht is op tegengaan van ondervoeding, wordt aanbevolen om na een week te evalueren
 - Indien afgezien wordt van verdere dieetbehandeling, wordt aanbevolen binnen twee tot drie weken contact op te nemen met de betrokken zorgverleners om te evalueren.

Aanleiding

Het is de taak van diëtisten om aan de hand van de factoren die van invloed zijn op de voedingstoestand, wensen, behoeften en welzijn (aan de hand van het ICF-schema) een diëtistische diagnose te stellen en, samen met de kwetsbare oudere en diens naasten een passende voedingsinterventie in te zetten. Er kunnen situaties zijn waarin inzetten op een optimale voedingsinname en de daarbij horende voedingsinterventie niet raadzaam of zelfs niet wenselijk is, bijvoorbeeld omdat het onduidelijk is of dit bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere. Daarnaast kan de afweging tussen de inspanningen die een dergelijke voedingsinterventie oplevert en wat de kwetsbare oudere daarvoor terugkrijgt meegenomen worden. Wanneer is drinkvoeding of sondevoeding passend en wanneer niet meer? En wat zijn bijvoorbeeld overwegingen om deficiënties van micronutriënten niet meer aan te vullen? Het is voor diëtisten niet altijd helder hoe zij, samen met de kwetsbare oudere, naasten en andere zorgverleners, kunnen afwegen of streven naar een optimale voedingstoestand of voedingsinname passend is in relatie tot de kwaliteit van leven, wensen en behoeften van de kwetsbare oudere.

Uitgangsvraag

Welke afwegingen spelen een rol bij de gezamenlijke besluitvorming over het wel of niet streven naar een optimale voedingstoestand bij kwetsbare ouderen?

Literatuur

Bij deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek gedaan. De reden hiervoor is dat deze vraag specifiek van toepassing is op de Nederlandse situatie, waarin samen beslissen een belangrijk rol speelt. Aansluiting bij de in Nederland gebruikte modellen is daarom van belang. De overwegingen zijn onderbouwd met niet-systematisch literatuuronderzoek. Daarbij is gebruik gemaakt van bestaande (Europese) voedingsrichtlijnen en modellen met betrekking tot samen beslissen. Op basis van de expertise in de werkgroep en afstemming met vertegenwoordigers van de Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) en de Patiëntenfederatie zijn de overwegingen beschreven.

Conclusies

Zowel vanuit de beroepsverenigingen van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en verzorgenden als die van klinisch geriateren zijn modellen en tools beschreven over samen beslissen met kwetsbare ouderen. Het model van Proactieve zorgplanning (Advance Care Planning) van Verenso (Verenso 2017) geeft richting aan de onderwerpen over en de momenten waarop het gesprek rondom gezamenlijk besluitvorming in de huidige en toekomstige situatie plaats kan vinden. In het model 'Samen beslissen met kwetsbare ouderen' worden stappen beschreven om dit gesprek voor te bereiden, vorm te geven en beslissingen te nemen (van de Pol 2017). Belangrijk uitgangspunten van deze modellen zijn de waarden en persoonlijke doelen van de kwetsbare oudere. Deze uitgangspunten zijn ook van belang voor diëtisten om samen met kwetsbare ouderen en hun naast(en) te beslissen over dieetinterventies.

In het beslisproces is het daarnaast belangrijk om mee te nemen of de dieetinterventies medisch zinvol zijn. Om een goede afweging te kunnen maken tussen verschillende dieetinterventies is het voor kwetsbare ouderen en hun naasten belangrijk om te weten wat de voor- en nadelen zijn van de geboden opties in hun specifieke geval.

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep acht het van belang om aan te sluiten bij in Nederland gangbare modellen zodat de zorg voor kwetsbare ouderen goed afgestemd kan worden met andere professionals. Het model 'samen beslissen met kwetsbare ouderen' bevat 6 stappen die ook voor diëtisten goed toepasbaar zijn in de gezamenlijke besluitvorming over de juiste voedingsinterventie. Daarbij is het van belang om ook de vragen omtrent de voor- en nadelen van de verschillende opties in kaart te brengen. De vragen, zoals die in de ESPEN-guideline voor de afweging om wel of geen sondevoeding toe te dienen (Volkert 2019), kunnen hierbij helpend zijn.

Bronnen

- van de Pol MH, Fluit CR, Lagro J, Lagro-Janssen AL, Olde Rikkert MG. [A model for shared decision-making with frail older patients: consensus reached using Delphi technique]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017;161:D811.
- Verenso. Passende zorg voor kwetsbare ouderen door advance care planning. Utrecht: Verenso/V&VN; 2017.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38(1):10-47.

F.3 Dieetinterventies bij (risico op) ondervoeding in combinatie met hartfalen, chronische nierschade of ziekte van Parkinson

Aanbevelingen

- Overweeg een dieetbehandeling voor (risico op) ondervoeding bij kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding en hartfalen. Houd daarbij, indien van toepassing, rekening met de vocht-, natrium- en/of kaliumbeperking.
- Overweeg bij kwetsbare ouderen met ondervoeding en chronische nierschade om te starten met een eiwitverrijkt dieet met evaluatie van het beloop nierfunctie. De aanbevolen hoeveelheid eiwit kan daarna zo nodig worden aangepast bij het ontstaan van uremische klachten, renale acidose en/of hyperfosfatemie.
- Overweeg een dieetbehandeling voor (risico op) ondervoeding bij kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding en de ziekte van Parkinson. Verwijs door naar een diëtist met expertise op het terrein van de ziekte van Parkinson om de timing van de eiwitopname goed af te stemmen op de inname van levodopa en eventuele responsfluctuaties te monitoren bij het invoeren van een eiwitrijk dieet. Raadpleeg de Paramedische Richtlijn Parkinson (ParkinsonNet, 2023) voor meer informatie over de dieetbehandeling bij de ziekte van Parkinson..

Aanleiding

Kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding hebben vaak meerdere (chronische) aandoeningen, zoals chronische nierschade, ziekte van Parkinson of hartfalen. Het is voor diëtisten niet altijd duidelijk op basis van welke onderliggende aandoeningen voorrang gegeven moet worden aan welke voedingsaanbevelingen. De ESPEN-richtlijn 'guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics' (Volkert 2019) geeft aanbevelingen voor kwetsbare ouderen met een aantal specifieke aandoeningen: heupfracturen, delier, decubitus, obesitas en diabetes mellitus. Voor aanbevelingen met betrekking tot deze aandoeningen wordt daarom verwezen naar deze ESPEN-richtlijn. In juni 2023 is van ESPEN de 'guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients' (Wunderle 2023) verschenen. Deze laatste richtlijn gaat specifiek in op de dieetbehandeling bij ziekenhuispatiënten met multimorbiditeit.

Er zijn meerdere aandoeningen bij kwetsbare ouderen waarbij de dieetadviezen tegenstrijdig kunnen zijn aan die van de behandeling van ondervoeding. Zo kan vochtbeperking adequate inname van voldoende eiwitrijke voedingsmiddelen (bijvoorbeeld melkproducten) in de weg staan bij kwetsbare ouderen met chronische nierschade of hartfalen. Bij chronische nierschade kan er een medische indicatie zijn om eiwitten te beperken, terwijl deze voor de behandeling van ondervoeding juist noodzakelijk zijn. Eén van de aandoeningen waarbij behoefte is aan advies over het optimale dieet, is wanneer er naast ondervoeding sprake is van de ziekte van Parkinson (vanwege o.a. medicatie, hoog energieverbruik en maag-darmproblematiek).

Deze module geeft aanbevelingen voor de dieetbehandeling van kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding in combinatie met hartfalen, chronische nierschade of ziekte van Parkinson. Deze aandoeningen zijn door de werkgroep geselecteerd omdat diëtisten hierbij vaak knelpunten ervaren in de dieetbehandeling.

Hartfalen

Bij hartfalen is er sprake van een verminderde pompfunctie van het hart, waardoor er minder zuurstof beschikbaar is in het lichaam. Door vochtlekage uit de bloedvaten houdt de patiënt met hartfalen vaak vocht vast. Hartfalen wordt geclassificeerd in 4 klassen volgens de New York Heart Association (NYHA):

Klasse I | Geen beperking van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpities of kortademigheid

Klasse II | Enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten, maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpities of kortademigheid

Klasse III | Ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of kortademigheid

Klasse IV | Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust (zie ook NHG-standaard hartfalen)

De artsenwijzer diëtetiek beschrijft wanneer verwijzing naar de diëtist nodig is en wat de doelstellingen zijn van de dieetbehandeling bij hartfalen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen een generieke diëtist en een diëtist met specialistische expertise op het terrein van cardiologische aandoeningen.

Chronische nierschade

Er zijn verschillende stadia van chronische nierschade. Deze worden bepaald op basis van de eGFR (estimated glomerular filtration rate) en de mate van albuminurie. De eGFR is een geschatte klaring die o.a. wordt beïnvloed door de hoeveelheid spiermassa. Bij de stadia G4 en G5 (zie tabel hieronder) lukt het de nieren onvoldoende om afvalstoffen uit het bloed te verwijderen. Hierbij wordt volgens de richtlijnen Chronische Nierschade een eiwitbeperking geadviseerd.

Voor het stadiëren van chronische nierschade wordt aanbevolen de onderstaande tabel te gebruiken.

Tabel F.3.1 | Stadiëring van chronische nierschade op basis van eGFR en albuminurie versus prognose

| | | | | Albuminurie categorieën | | |
|--|-----|-----------------------------|-------|-------------------------|------------------|------------------|
| | | | | Beschrijving en range | | |
| | | | | A1 | A2 | A3 |
| | | | | Normaal | Matig verhoogd | Ernstig verhoogd |
| | | | | < 3 mg/mmol | 3 tot 30 mg/mmol | > 30 mg/mmol |
| eGFR categorieën Beschrijving en range (ml/min/1,73 m ²) | G1 | Normaal of hoog | > 90 | | | |
| | G2 | Mild afgenomen | 60-89 | | | |
| | G3a | Mild tot matig afgenomen | 45-59 | | | |
| | G3b | Matig tot ernstig afgenomen | 30-44 | | | |
| | G4 | Ernstig afgenomen | 15-29 | | | |
| | G5 | Nierfalen | < 15 | | | |

■ Geen CNS (88%) ■ Mild verhoogd risico (9,2%) ■ Matig verhoogd risico (2,0%) ■ Sterk verhoogd risico (< 1%)

De kleurcodering in deze tabel is gebaseerd op het relatieve risico op overlijden, cardiovasculaire eindpunten, het optreden van acute nierinsufficiëntie en eindstadium nierfalen. De percentages in de legenda bij de kleurcodering geven de prevalentie in de algemene bevolking weer (zoals gevonden in het PREVEND onderzoek).

Zie ook de richtlijn Chronische nierschade van de Federatie Medisch Specialisten.

De artsenwijzer diëtetiek beschrijft wanneer verwijzing naar de diëtist nodig is en wat de doelstellingen zijn van de dieetbehandeling bij chronische nierschade. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen een generieke diëtist en een diëtist met specifieke deskundigheid op het terrein van nieraandoeningen (zorgprofielen 3 en 4). Deze diëtisten met specifieke deskundigheid werken veelal in het ziekenhuis of in dialysecentra.

Deze module beperkt zich tot kwetsbare ouderen met chronische nierschade die niet worden gedialyseerd.

Ziekte van Parkinson

De Ziekte van Parkinson is een complexe aandoening die chronisch progressief is. Patiënten met de ziekte van Parkinson worden doorgaans behandeld met het medicijn levodopa. Eiwitten uit de voeding kunnen bij de opname in zowel de darm als bij de bloed-hersenbarrière de opname van levodopa beïnvloeden. Daarom wordt aanbevolen om levodopa een half uur voor of een uur na de maaltijd in te nemen, met bijvoorbeeld water, sap of appelmoes, maar niet met eiwithoudende producten (zie ook de *Paramedische Richtlijn Parkinson (2023)*). Hoewel er bij de start van levodopa vaak een goede respons is op de medicatie, kunnen patiënten na verloop van tijd last krijgen van responsfluctuaties: schommelingen in het effect van de medicatie. Daarbij kan ook sprake zijn van een trage maaglediging en/of obstipatie.

Uitgangsvraag

Wat is het optimale dieet bij kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding in combinatie met hartfalen, chronische nierschade of ziekte van Parkinson?

Conclusies op basis van de literatuur

De literatuursearch leverde 1 systematische review op met betrekking tot hartfalen. Daaruit kwamen de volgende resultaten:

Cruciale uitkomstmaten

- Een dieetinterventie met eiwit-supplementen of drinkvoeding lijkt te resulteren in een toename van gewicht bij oudere patiënten met hartfalen en ondervoeding.
- Een gepersonaliseerde dieetinterventie voor ouderen met hartfalen en ondervoeding lijkt te resulteren in een vermindering van sterfte en heropname.

Belangrijke uitkomstmaten

- Een dieetinterventie met eiwit-supplementen lijkt het fysiek functioneren te verbeteren bij ouderen met hartfalen en ondervoeding.

Omdat er geen geschikte onderzoeksartikelen zijn gevonden met betrekking tot de dieetbehandeling van kwetsbare ouderen met ondervoeding én chronische nierschade is gebruik gemaakt van aanvullende literatuur: een narratieve review over de dieetbehandelopties voor ouderen met chronische nierschade. Tevens heeft het netwerk 'Diëtisten Nierziekten Nederland' input geleverd. Op de [website](#) staat informatie over de eiwitaanbevelingen bij nierschade, waaronder die bij kwetsbare ouderen met nierschade (position paper Eiwit CNS). De position paper van DNN geeft aan dat indien er sprake is van kwetsbaarheid het risico op overlijden in zijn algemeenheid vaak hoger is dan het risico op het bereiken van eindstadium nierfalen. Bij ondervoeding kan daarom gekozen worden voor het starten van een eiwitverrijkt dieet met evaluatie van het beloop nierfunctie. De aanbevolen hoeveelheid eiwit kan daarna zo nodig worden aangepast bij het ontstaan van uremische klachten, renale acidose en/of hyperfosfatemie.

Met betrekking tot de dieetbehandeling bij kwetsbare ouderen met ondervoeding of risico daarop en de ziekte van Parkinson zijn geen onderzoeksartikelen gevonden. Wel is gelijktijdig met deze richtlijn Kwetsbare ouderen een *Paramedische Richtlijn Parkinson* ontwikkeld, waarin ook aandacht wordt besteed aan ondervoeding.

Rationale van de aanbeveling

Hartfalen

Op basis van de geïncludeerde literatuur kan geconcludeerd worden dat de dieetbehandeling van ondervoeding bij ouderen met hartfalen een positief effect lijkt te hebben op gewicht en fysiek functioneren. Daarnaast lijkt deze dieetbehandeling tot minder heropnames en sterftegevallen te leiden. De dieetbehandeling bestond voornamelijk

uit eiwit-supplementen, energie- en eiwitrijke drinkvoeding of een individueel dieetadvies. Er werden geen effecten gerapporteerd over kwaliteit van leven of verergering van de klachten met betrekking tot hartfalen, zoals overvulling. Er wordt daarom een conditionele aanbeveling geformuleerd:

- Overweeg een dieetbehandeling voor (risico op) ondervoeding bij kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding en hartfalen. Houd daarbij, indien van toepassing, rekening met vocht-, natrium- en kaliumbeperking.

Chronische nierschade

De basis voor de aanbevelingen met betrekking tot de dieetbehandeling van ondervoeding bij kwetsbare ouderen met chronische nierschade betreft een position paper van Diëtisten Nierziekten Nederland (DNN 2019). Door een gebrek aan wetenschappelijk bewijs is de aanbeveling conditioneel geformuleerd:

- Overweeg bij kwetsbare ouderen met ondervoeding en chronische nierschade om te starten met een eiwitverrijkt dieet met evaluatie van het beloop nierfunctie. De aanbevolen hoeveelheid eiwit kan daarna zo nodig worden aangepast bij het ontstaan van uremische klachten, renale acidose, en/of hyperfosfatemie.

Ziekte van Parkinson

De aanbeveling omtrent de dieetbehandeling van ondervoeding bij kwetsbare ouderen met de ziekte van Parkinson zijn gebaseerd op de *Paramedische Richtlijn Parkinson*. Ook hier is een gebrek aan wetenschappelijk bewijs en daarom kan er geen sterke aanbeveling gedaan worden, maar een conditionele aanbeveling:

- Overweeg een dieetbehandeling voor (risico op) ondervoeding bij kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding en ziekte van Parkinson. Verwijs door naar een diëtist met expertise op het terrein van de ziekte van Parkinson om de timing van de eiwitopname goed af te stemmen op de inname van levodopa en eventuele responsfluctuaties te monitoren bij het invoeren van een eiwitrijk dieet. Raadpleeg de *Paramedische Richtlijn Parkinson* (ParkinsonNet, 2023) voor meer informatie over de dieetbehandeling bij de ziekte van Parkinson.

Bronnen

- DNN. Position Paper Eiwit Chronische Nierschade. Diëtisten Nierziekten Nederland 2019.
- ParkinsonNet. Paramedische richtlijn Parkinson 2023. Beschikbaar via: <https://web.ali.care/home?client=Paramedische-Richtlijn-Parkinson>.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38(1):10-47.
- Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulia KA, Schneider SM, Stanga Z, Bischoff SC. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clin Nutr.* 2023;42(9):1545-68.

G.1 Communicatieve participatie en behoud van autonomie

Aanbevelingen

- Overweeg bij kwetsbare ouderen die beperkingen ervaren in communicatieve participatie, om de logopedische behandelcyclus vorm te geven volgens Com-mens voor behoud van autonomie en participatie, gericht op de kwetsbare oudere en diens naasten.
 - Inventariseer en versterk de sterke kanten van de kwetsbare oudere, om deze in te zetten in de communicatieve participatie.
 - Overweeg de inzet van dementievriendelijke en motiverende gespreksstrategieën. Schrijf in samenspraak met de kwetsbare oudere een persoonlijk communicatieadvies en adviseer, indien wenselijk gepersonaliseerde communicatiehulpmiddelen.
- Overweeg de inzet van principes uit Reminiscence Therapy ter bevordering van patiënttevredenheid over communicatie en ter ondersteuning van de participatie van de kwetsbare oudere in gesprekken.
 - In de sessies worden foto's of voorwerpen door de kwetsbare oudere of diens omgeving ingebracht die herinneringen oproepen. Ter verbetering van cognitieve alertheid en de communicatieve participatie.
- Overweeg als onderdeel van de logopedische behandelcyclus de inzet van basisprincipes uit Cognitive Stimulation Therapy (CST).
 - Voer activiteiten uit waarbij de focus ligt op cognitieve stimulatie, zoals gesprekken voeren over ervaringen uit het verleden, fysieke activiteiten, woordassociaties ophalen waarbij gebruik wordt gemaakt van communicatieve vaardigheden, geheugen en oriëntatie in tijd en plaats.
 - Observeer welke communicatieve vaardigheden de grootste impact hebben op het behoud van autonomie en de mogelijkheid om te kunnen blijven participeren in een gesprek met een of meerdere personen. Gebruik deze observaties bij het in samenspraak met de kwetsbare oudere opstellen van communicatieadviezen aan naasten en zorgverleners.

Aanleiding

De aanleiding voor het formuleren van onderstaande uitgangsvraag is het geven van inzicht over de rol die de logopedist heeft in het behoud en optimalisatie van participatie en autonomie bij een communicatief kwetsbare oudere en op welke manier dit benadrukt kan worden in multidisciplinair verband. De noodzaak om antwoorden te formuleren op dergelijke vragen is hoog, omdat de vernieuwing van zorg aan kwetsbare ouderen in een stroomversnelling zit, mede door het feit dat kwetsbare ouderen langer thuis wonen en daardoor meer hulp nodig hebben in de eerste lijn.

Kwetsbare ouderen zijn ouderen die moeite hebben om de regie over hun leven te voeren en daarmee hun zelfstandigheid te behouden. De kwetsbare oudere is kwetsbaar door fysieke, cognitieve-, sociale en/of psychische belemmeringen (RIVM). Er is vaak sprake van co-morbiditeit, beperkte belastbaarheid en hebben daardoor extra aandacht nodig. Naast de medische en functionele zorg, komt er de laatste jaren ook steeds meer aandacht voor het sociale en psychische welbevinden van kwetsbare mensen (>65 jaar).

Er is een verschuiving gaande van een medisch-somatisch zorgmodel – met vooral een focus op fysieke zorg, algemeen dagelijkse levensverrichtingen en veiligheid – naar een meer psychosociaal model, waarin autonomie, welbevinden, waardigheid, inclusie, zingeving, participatie, welzijn en positieve gezondheid (M.Huber 2011) hun plek krijgen. Er is meer aandacht voor de belemmeringen die iemand mogelijk ervaart in diens leven, bijvoorbeeld op het gebied van participatie en mentaal welbevinden.

De kwetsbare oudere heeft, naast zorg rondom het behouden of verbeteren van leefcomfort, recht op actieve betrokkenheid bij zijn of haar omgeving, met als doel het waarborgen van iemands eigen identiteit en welzijn. Bovendien is zorg, ook bij de kwetsbare oudere, afgestemd op de specifieke en individuele belevingswereld van de persoon (persoonsgerichte zorg) en de mantelzorgers of naasten.

Bovenstaande vraagt van de naasten en zorgverleners dat de communicatie aansluit op de mogelijkheden van de zorgvrager. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de sociale, maatschappelijke en culturele achtergrond die de communicatie mede kunnen bepalen.

De logopedist is expert op het gebied van het behouden van spraak- en taalvaardigheid, non-verbale communicatie en pragmatische aspecten van de communicatie. Daarnaast biedt de logopedist hulp en ondersteuning in het behoud en onderhouden van effectieve communicatie tussen de kwetsbare oudere en diens omgeving.

De logopedist geeft op methodische wijze vorm aan een ontwikkelings- of veranderingsproces. In dit proces worden strategieën ter stimulans van de communicatieve participatie aangeleerd die passend zijn bij de mogelijkheden van de cliënt. Het doel van deze strategieën is het verbeteren van communicatiemogelijkheden van (groepen) cliënten en problemen op dit gebied te voorkomen. In de rol van coach draagt de logopedist bij aan 'empowerment' van de cliënt (Bateson 2000). Dat betekent dat de logopedist kennis en vaardigheden aanreikt aan de cliënt en diens omgeving, om ervoor te zorgen dat de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig kan participeren en eigen regie behoudt over zijn of haar leven. Dit gebeurt onder andere door samen met de cliënt oplossingsgericht te werken aan de ervaren communicatieproblemen en het voorkomen van communicatieproblemen (NVLF 2022). Door zowel de naasten als andere zorgprofessionals te trainen, scholen en/of adviseren leren de gesprekspartners van de kwetsbare ouderen tijdig om te gaan met veranderingen in de dagelijkse communicatie, zodat het mogelijk is de zorg langer vol te houden en samen (meer) te kunnen genieten van het leven (Balans 2021).

De logopedist levert een bijdrage aan het behoud en optimaliseren van communicatieve participatie waarbij er met name aandacht is voor het behoud van interactie tussen de kwetsbare oudere en zijn omgeving. Hierbij zijn 4 thema's van belang; het behoud van gevoel van eigenwaarde, het gevoel van keuze en controle, het gevoel van nut en nodig zijn en het gevoel van persoonlijke identiteit. (Gerritsen 2021).

Uitgangsvraag

Op welke wijze kan een logopedist ondersteuning bieden in de participatie en het behoud van autonomie bij een communicatief kwetsbare oudere?

Conclusies op basis van de literatuur en overwegingen

Op basis van de 12 geïncludeerde systematische reviews is er een lage mate van evidence die onderbouwd dat groepstherapie en individuele therapie gebaseerd op reminiscence therapie en cognitieve stimulatietherapie mogelijk kan bijdragen aan het behoud van autonomie, zingeving en het vermogen om te participeren. Wel is er in één systematische review significante verbetering gevonden in de communicatieve participatie na het inzetten van RT en conversatiegroepen, dit gegeven neemt de werkgroep mee in het evidence to decision traject. De uitkomsten vanuit de literatuur zijn tamelijk onzeker om hier conclusies aan te verbinden. Er is sprake van een kennishiaat die enkel kan worden opgevuld door meer onderzoek op dit gebied. Op dit moment wordt veel onderzoek gedaan naar de invulling van zorg aan kwetsbare ouderen. Ook op logopedisch en communicatief gebied zijn onderzoeken gaande. Bij het ontwikkelen van de hier aangeboden richtlijnen waren veel van deze onderzoeken net gestart, gaande of (nog) nog niet gepubliceerd. We denken hierbij aan de onderzoeken; Com-mens (Olthof 2018), SPREAD+project (Alzheimer Nederland), What Matters Most (VU), Divers Elderly Care, The Art of Belonging, en alle mogelijke onderzoeken met AI die in de toekomst nog komen.

De werkgroep wil daarom met klem aangeven dat de hier opgestelde richtlijnen passen bij de gegevens die op het moment van de literatuursearch, namelijk (periode tot mei 2023) uit de zoekopdrachten komen. De werkgroep is gevraagd om aanvullende klinische expertise en best practices in te brengen om een antwoord te kunnen formuleren op de uitgangsvraag.

Overwegingen

Uit het systematisch literatuuronderzoek kwam een beperkt aantal interventies naar voren die gericht zijn op het verbeteren van participatie en autonomie bij ouderen en passen bij de rol van de logopedist als communicatie-expert. De werkgroep verwacht dat de belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- 1 geschikte uitkomstmaten voor (een verbetering in) participatie zijn schaars en
- 2 er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar logopedische interventies sinds de verschuiving van de rol van de logopedist, die is verschoven van stoornis specifieke therapie in de behandelkamer, naar een meer coachende rol. De werkgroep beoordeelt dat de gevonden interventies vanuit het literatuuronderzoek geen logopedische interventies zijn met als doel het stimuleren van communicatieve participatie. Bovendien is de bewijslast van de gevonden interventies laag. Er is behoefte aan een aanpak of interventie die is ontwikkeld binnen de Nederlandstalige context en zorgstructuur gericht op de kwetsbare oudere met dementie en diens omgeving. De werkgroep heeft goede ervaringen met het recent verschenen Com-mens (Olthof 2018): een logopedisch interventieprogramma, gericht op de communicatie tussen ouderen met dementie en hun naasten en of zorgverleners. Ook het inzetten van communicatiehulpmiddelen zoals Talking Mats (Murphy 2010) en Memory Wallets (Bourgeois 1992) kan een waardevolle aanvulling zijn.

De werkgroep is van mening dat er meer aandacht moet komen voor de logopedische begeleiding van de kwetsbare oudere en diens omgeving, ter verbetering van de onderlinge communicatie, waarbij uitgegaan kan worden van onderstaande vier punten:

- In plaats van klassieke diagnostiek wordt door middel van observatie geïnventariseerd wat de sterke kanten van beide gesprekspartners zijn, die vervolgens worden versterkt in de therapie. Dit sluit aan bij positieve gezondheid. (M. Huber 2011)
- Ontwikkelen van persoonlijk communicatieadvies om indien wenselijk te delen met naasten en zorgverleners
- Positief labelen van gedragingen of (communicatieve) compensaties.
- De interventie is voornamelijk gericht op het samen behandelen van een persoon met dementie en diens naasten.

In 2023 (net na de uitvoering van de zoekstrategie voor deze PICO vraag), verscheen een pilotstudie van M.W.L.J. Olthof-Nefkens over Com-mens (Olthof 2018). Leden van de werkgroep zijn positief over deze interventie. Com-mens is een interventie voor logopedisten die werken met mensen met beginnende dementie en hun naasten. Com-mens is ontwikkeld voor mensen met een beginnende dementie die nog thuis wonen. De interventie richt zich op verbeteren van de dagelijkse communicatie tussen de persoon met dementie en zijn naasten. Het bestaat uit tools, zoals een dementie-anamnese, observatieformulieren, profielkaarten en een set Educatiekaarten Dementie. De werkgroep adviseert het inzetten van Com-mens bij mensen met dementie, om de communicatie met diens naasten te verbeteren en daarbij bij te dragen aan het stimuleren van de participatie. De werkgroep geeft aan dat de principes van Com-mens ook binnen instellingen ingezet kunnen worden. Ouderen die woonachtig zijn in een instelling hebben vaak een vergevorderde vorm van dementie, waardoor de individuele participatie aan therapie sessies zal verminderen.

Rationale van de aanbevelingen

- Reminiscence therapie geeft onvoldoende onderbouwd effect op de belangrijke uitkomstmaat participatie en autonomie. De werkgroep acht het niet geschikt als op zich staande training. Gebruik principes van RT om logopedische doelen te kunnen behalen. Het is kostenbesparend omdat er geen extra investeringen noodzakelijk

zijn en het is uitvoerbaar binnen groepen. De cliënt brengt zelf materiaal in, aansluitend bij diens belevingswereld waardoor er vanuit logopedische doelen met principes vanuit RT een verbetering in de communicatieve participatie en autonomie kan worden nagestreefd. De toepasbaarheid is hoog, doordat het door meerdere disciplines kan worden ingezet.

- Cognitive Stimulation Therapy heeft een onduidelijk effect op de belangrijke uitkomstmaat participatie en autonomie, met lage bewijskracht. Het is niet geschikt als op zich staande training in logopedische setting, maar wel in multidisciplinair verband. Gebruik principes van CST om logopedische doelen te kunnen behalen. Het is kostenbesparend omdat er geen extra investeringen noodzakelijk zijn.
- Com-mens heeft een (nog) onvoldoende onderbouwd effect op de belangrijke uitkomstmaat participatie en autonomie, met een lage bewijskracht. De werkgroep heeft in de praktijk goede ervaringen met deze interventie, omdat het zeer concreet is en specifiek geformuleerd voor logopedisten.

G.2 Communicatie met naasten en zorgprofessionals

Aanbevelingen

- Overweeg het gebruik van de volgende behandelprincipes om de communicatie tussen een kwetsbare oudere, diens naasten en de zorgprofessionals te verbeteren:
 - Inventariseer de communicatiemogelijkheden van de kwetsbare oudere en gebruik positieve feedback met focus op de communicatieve mogelijkheden in plaats van de beperkingen.
 - Bied naasten algemene en persoonspecifieke educatie en betrek naasten waar mogelijk in het beter toepassen of uitbreiden van de communicatieve mogelijkheden, bij voorkeur middels role-modelling door passende communicatietechnieken voor te doen.
 - Bied periodieke training aan, aan zorgverleners die werken met kwetsbare ouderen in het communiceren met kwetsbare ouderen met communicatiestoornissen, bij voorkeur middels role-modelling door passende communicatietechnieken voor te doen.
 - Bied zorgverleners die werken met kwetsbare ouderen persoonspecifieke educatie aan en gepersonaliseerde adviezen voor elke kwetsbare oudere met communicatiestoornissen, bij voorkeur middels role-modelling door passende communicatietechnieken voor te doen.
- Wees terughoudend met het aanbieden van intensieve taaltherapie bij kwetsbare ouderen. In sommige gevallen is verbetering niet mogelijk, maar ligt de focus op het zo lang mogelijk behouden van communicatieve participatie, ook door advisering van naasten en zorgprofessionals.
- Raadpleeg de [Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Afasie*](#) (NVLF 2015) en de [Paramedische Richtlijn Parkinson](#) (ParkinsonNet 2023) voor de aanbevelingen voor logopedische therapie bij communicatieve kwetsbaarheid door afasie of Parkinson en sluit ook visus en gehoorproblemen uit.

* De NVLF richtlijn Diagnostiek en behandeling van Afasie wordt herzien. De herziene versie is medio 2024 beschikbaar.

Aanleiding

Kwetsbare ouderen zijn ouderen die moeite hebben om de regie over hun leven te voeren en daarmee hun zelfstandigheid te behouden. Ze kunnen kwetsbaar zijn door fysieke, cognitieve of sociale belemmeringen of psychische kwetsbaar zijn. Ze hebben vaak te maken met co-morbiditeit, beperkte belastbaarheid en hebben daardoor extra aandacht nodig. Kwetsbare ouderen kunnen ook communicatieproblemen ervaren, bijv. door cognitieve achteruitgang en dementie. Intensieve logopedische behandeling van taalstoornissen, zoals bij afasie, is voor deze mensen niet van toepassing of niet goed uitvoerbaar. Zoeken naar zinvolle ondersteuning en compensaties is wel mogelijk, dat wil zeggen wat kan nog wèl? Kunnen blijven communiceren met de mensen om je heen is uitermate belangrijk voor psychisch welbevinden, autonomie en waardigheid. Dat betekent, nog meer dan bij goed behandelbare taalstoornissen als afasie, dat de communicatiepartners (waaronder de zorgverleners, familie en naasten) kunnen worden begeleid en getraind in het op gang houden en ondersteunen van de communicatie.

Kwetsbare ouderen met communicatiestoornissen wonen thuis of in een verpleeghuis, zowel in de langdurige zorg als in de geriatrische revalidatiezorg. Communicatiepartners zijn zowel de naasten als de betrokken zorgprofessionals. Voor de (intensieve) behandeling van afasie en ondersteuning van communicatiepartners van mensen met afasie is de logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen' (NVLF 2015) en recente evidentie beschikbaar.

Logopedisten ervaren echter een kennistekort over de behandelmogelijkheden voor kwetsbare ouderen met cognitieve communicatiestoornissen en de begeleiding van hun naasten en zorgprofessionals. Doordat kwetsbare ouderen langer thuis wonen en daardoor meer hulp nodig hebben in de eerste lijn, zit de vernieuwing van zorg aan kwetsbare ouderen zit op dit moment in een stroomversnelling. Daarmee wordt het belangrijk dat in de eerste lijn er steeds vaker en nauwer wordt samengewerkt door zorgprofessionals.

Uitgangsvraag

Hoe kan de logopedist de communicatie tussen een kwetsbare oudere en diens naasten en de zorgprofessionals helpen verbeteren?

Conclusies op basis van de literatuur

De aanbevelingen zijn in het bijzonder gericht aan de logopedist, die een sleutelpositie heeft in het verbeteren van communicatie tussen kwetsbare ouderen, naasten en zorgprofessionals.

- 1 Positieve feedback houdt in dat je als zorgprofessionals, met name als logopedist, bevestigt wat er goed gaat en hoe de kwetsbare oudere of naaste daarmee door kan blijven gaan.
- 2 Geïnccludeerde literatuur suggereert dat interventies zich vaak richten op educatie en adviezen voor naasten met als doel de communicatie met een kwetsbare oudere te verbeteren. Het meenemen van de persoonlijkheid, (communicatieve) wensen en voorkeuren van de betrokkenen is hierin essentieel.
- 3 Geïnccludeerde literatuur suggereert dat het aanbieden van training aan zorgprofessionals rondom de kwetsbare oudere positieve uitkomsten kan hebben op de communicatie met een kwetsbare oudere, en dat periodieke training effect heeft op het behouden van kennis en vaardigheden bij deze zorgprofessionals.

Overwegingen en rationale

Alle interventies werden niet ontwikkeld en geëvalueerd in de Nederlandse context. Een interventie die buiten de tijdslijn van het aanvullende onderzoek is opgeleverd is het onderzoek van M. Olthof over de effectiviteit en toepasbaarheid in de logopedische praktijk van Com-mens (Olthof 2018), dat een belangrijke bijdrage kan leveren in het verbeteren van de zorg en communicatie rondom kwetsbare ouderen. Derhalve is de toepasbaarheid van deze interventies, na eventuele vertaling, niet geëvalueerd, en kan de werkgroep geen interventie in zijn geheel aanbevelen aan het werkveld. Wel zijn er gemeenschappelijk interventie elementen en behandelprincipes in de interventies terug te vinden, die door vertaald kunnen worden naar aanbevelingen voor de praktijk.

G.3 De rol van de logopedist in de multidisciplinaire benadering bij probleemgedrag

Aanbevelingen

- Draag bij aan het multidisciplinaire behandelplan door het geven van communicatieadviezen voor de verbale, non-verbale en ondersteunde communicatie.
 - Werk samen met de behandelend psycholoog en draag bij aan de gedragsanalyse door in het multidisciplinair overleg aandacht te hebben voor mogelijke andere of onderliggende problemen, zoals cognitieve communicatiestoornissen en/of problemen met het gehoor, visus en in de prikkelverwerking.
 - Gebruik kennis van de-escalerende methoden in het formuleren van communicatieadviezen.
 - Werk samen met de behandelend psycholoog om kennis van verschillende ziektebeelden, zoals verschillende dementievormen, niet aangeboren hersenletsel of Korsakov en verschillende vormen van probleemgedrag, zoals depressief, angstig of apathisch gedrag te borgen in de communicatieadviezen aan een kwetsbare oudere met probleemgedrag en diens omgeving.
- Neem als logopedist een coachende en verbindende rol aan, om andere zorgprofessionals te stimuleren aan te sluiten bij de mogelijkheden en behoeften van de kwetsbare oudere en omgeving op het gebied van verbale en non-verbale communicatie.
- Raadpleeg de [Richtlijn Diagnostiek en behandeling van afasie \(NVLF 2015\)](#), de [Paramedische richtlijn Parkinson \(ParkinsonNet 2023\)](#) en de [SKILZ richtlijn Slikproblemen \(SKILZ 2023\)](#) voor de aanbevelingen voor logopedische therapie bij kwetsbaarheid door afasie, Parkinson of dysfagie.

Aanleiding

Onbegrepen of probleemgedrag van kwetsbare ouderen kan een risico zijn voor een sociaal isolement en vereenzaming. Probleemgedrag bij kwetsbare ouderen is multifactorieel bepaald (Verenso 2018-b), waarbij in de theorie wordt beschreven dat methodisch werken met een gezamenlijke visie en denkkader noodzakelijk is. Uit recent Nederlands onderzoek komt naar voren dat de multidisciplinaire aanpak effectief is en leidt tot een afname van probleemgedrag en het gebruik van psychofarmaca (Verenso 2018-b). Van belang is om de rol van communicatie en een goede benadering te onderkennen bij probleemgedrag. De analyse van probleemgedrag is zeer complex, waarin de psycholoog een belangrijke rol speelt om vast te stellen waar de behoeftes liggen van de client, volgens het bio psychosociaal model. In een multidisciplinair overleg kan afstemming plaatsvinden wat de rol van de logopedist is in deze analyse. Helaas ontbreekt een duidelijke omschrijving van de rol van de logopedist in de multidisciplinaire analyse. In het kader van "persoonsgerichte zorg" is er dan ook een grote noodzaak voor het duidelijk omschrijven van de logopedische rol en de juiste inzet hiervan in multidisciplinair verband bij de kwetsbare oudere. Uit de knelpuntanalyse kwam naar voren dat er met name behoefte was aan inzichten wat de rol van logopedist is in de verbetering van de communicatie bij kwetsbare ouderen (met dementie) in multidisciplinair verband. Op dit moment wordt veel onderzoek gedaan naar de invulling van zorg aan kwetsbare ouderen. De vernieuwing van zorg aan kwetsbare ouderen zit op dit moment in een stroomversnelling mede door het feit dat kwetsbare ouderen langer thuis wonen en daardoor meer hulp nodig hebben in de eerste lijn. Daarmee wordt het belangrijk dat in de eerste lijn er steeds vaker en nauwer wordt samengewerkt door zorgprofessionals. (ParkinsonNet 2023; SKILZ 2023; Verenso 2018-a)

Uitgangsvraag

Wat kan een logopedist bijdragen aan de multidisciplinaire analyse en behandeling van probleemgedrag bij een kwetsbare oudere gericht op de communicatieve benaderingswijze?

Conclusies op basis van de literatuur

Op basis van de 2 geïncludeerde RCT's en 4 geïncludeerde SR's kunnen we concluderen dat er verschillende interventies zijn die kunnen bijdragen aan cognitie, gedrag en communicatie, maar dat zij in niveau van bewijs variëren. Het volgende kan worden geconcludeerd;

Cognitieve stimulatie, reminiscentietherapie en cognitieve stimulatietherapie hebben geen significant effect op probleemgedrag, cognitieve functies, functionele vaardigheden in het dagelijks leven, depressie of kwaliteit van leven in vergelijking met gebruikelijke zorg.

Realiteitsoriëntatietherapie kan een positief effect hebben op het verbeteren van cognitieve functies bij ouderen met dementie. Op basis van de geïncludeerde studies, is er geen bewijs voor significante vermindering van gedragsproblemen of depressieve symptomen na ROT.

Multi Modal Cognitive enhanced therapy (MCET) toont superioriteit ten opzichte van andere therapieën in het verbeteren van algemene cognitie bij mensen met milde cognitieve stoornis (MCI) of beginnende dementie. MCET kan ook effectief zijn in het verminderen van gedrags- en psychologische symptomen.

Persoonsgerichte zorg benadrukt individuele activiteiten en heeft een gunstig effect op het verminderen van agitatie, neuropsychiatrische symptomen en depressie, en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Korte termijn interventies lijken effectiever te zijn dan langdurige interventies bij het verminderen van agitatie.

Poppen therapie kan mogelijk gunstige effecten hebben op het verminderen van storend en agressief gedrag, het vergroten van sociaal contact en verbale communicatie bij mensen met dementie. Echter, er is beperkt bewijs beschikbaar en meer onderzoek is nodig om de effectiviteit ervan te bevestigen. De werkgroep schat poppen therapie niet in als een interventie die geschikt is om in te zetten door logopedisten.

Overwegingen

De werkgroep stelt dat de gevonden literatuur en interventies geen logopedische interventies zijn. Dit maakt het lastig, al dan niet onmogelijk om de interventies te kunnen beoordelen qua bruikbaarheid voor in de praktijk.

De werkgroep is het er wel over eens dat de logopedist een rol zou kunnen spelen in het geven van communicatieadviezen en de communicatieve benadering van met probleemgedrag bij dementie. De logopedist kan op verwijzing van een arts of psycholoog betrokken raken bij het opstellen van een benaderingsplan. Vanuit de psychologie is bekend dat mensen met dementie en probleemgedrag dit gedrag laten zien omdat er een onderliggende behoefte speelt die zij niet meer adequaat kunnen duiden/signaleren. De analyse is complex en multifactorieel bepaald. De kartrekker in deze analyse is de psycholoog die aan de hand van het bio psychosociale model een analyse opstelt en daarin bij voorkeur ook andere disciplines betreft. Verder onderzoek en een goed onderbouwde omschrijving van de rol van de logopedist in deze analyse is zeer wenselijk om de kennislacune te verkleinen en een effectieve, passende input te geven op het gebied van communicatie-adviezen.

Een goed onderbouwde omschrijving van de rol van de logopedist in de multidisciplinaire analyse is tevens een (gerelateerde) kennislacune. Hiertoe behoort ook een goede omschrijving van de te gebruiken diagnostiek om communicatieve participatie in kaart te brengen.

Op dit moment wordt veel onderzoek gedaan naar de invulling van zorg aan kwetsbare ouderen. Ook op logopedisch en communicatief gebied zijn onderzoeken gaande bij verschillende universiteiten in Nederland. Bij het ontwikkelen van de hier aangeboden richtlijnen waren veel van deze onderzoeken net gestart, gaande of (nog) nog niet gepubliceerd. We denken hierbij aan de onderzoeken;

Com-mens (Olthof 2018), SPREAD+project(AlzheimerNederland) What Matters Most(VU), Divers Elderly Care, The Art of Belonging, en alle mogelijke onderzoeken met AI die in de toekomst nog komen.

Daarom geeft de werkgroep met klem aan dat de hier opgestelde aanbevelingen passen bij de gegevens die op het moment van de literatuursearch, namelijk (periode tot mei 2023) uit de zoekopdrachten komen.

Vanwege onzekerheid over de aanvaardbaarheid, de effectiviteit en de bewijskracht van de interventies uit het literatuuronderzoek, heeft de werkgroep een aantal overwegingen en best-practice ervaringen vanuit de klinische praktijk ingebracht. Deze informatie heeft geleid tot aanbevelingen voor de rol van de logopedist in multidisciplinaire benadering van kwetsbare ouderen met probleemgedrag. De rol van de logopedist bij de behandeling van kwetsbare ouderen met dementie en probleemgedrag is voornamelijk het vergroten en/of behoud van de communicatieve participatie. Het is hierbij van belang om multidisciplinair samen te werken met psycholoog, arts, psychomotorisch therapeut, ergotherapeut, dagbestedingscoaches/activiteitenbegeleiders, diëtist, maatschappelijk werker, waarbij de logopedist adviseert in het opstellen van communicatieadviezen. Het doel van de logopedist is hierbij om de kwetsbare oudere met probleemgedrag toch de mogelijkheden te geven om te communiceren en inzicht te krijgen in de omgeving van de oudere, waardoor het probleemgedrag kan afnemen. Door op verschillende manieren de communicatieproblemen en het probleemgedrag te belichten kan multidisciplinair worden bepaald waar de specifieke hulpvragen liggen van de kwetsbare oudere met probleemgedrag. Door aan te sluiten bij de uitkomsten van de biopsychosociale analyse van de psycholoog kan een logopedist communicatieadviezen geven die aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van de kwetsbare oudere met probleemgedrag en diens omgeving. Het inventariseren van deze communicatiehulpvragen gebeurt middels observatie, waarbij er gebruik wordt gemaakt van elementen uit verschillende observatielijsten. Het uitvoeren van gestandaardiseerde diagnostiek is vaak niet haalbaar en wenselijk bij deze doelgroep. De logopedist formuleert in samenwerking met de oudere, naasten en zorgverleners een persoonlijk communicatieadvies, dat onderdeel kan worden van het benaderingsplan van de psycholoog. Dit communicatieadvies geeft inzicht in de mogelijkheden en het (taal)begrip van de kwetsbare oudere. Ook wordt er beschreven wat de gewenste benaderingswijze van de kwetsbare oudere met probleemgedrag is, waarbij ook adviezen kunnen worden beschreven in de vorm van ondersteunde communicatie.

Rationale

De werkgroep benadrukt dat een persoonlijke benadering en inventarisatie van persoonlijke behoeften bovenaan staat. De logopedist kan hierin een signalerende rol aannemen en een samenwerking aangaan met de psycholoog en/of arts om de persoonlijke (communicatie)behoeften van de cliënt in kaart te brengen en onder de aandacht te brengen van andere zorgverleners.

Een communicatieadvies met daarin de persoonlijke behoeften van de kwetsbare oudere zou hierin bruikbaar kunnen zijn. De logopedist kan andere zorgverleners en naasten van de kwetsbare oudere coachen of als samenwerkingspartner fungeren om de inzet van het communicatieadvies te borgen. Bij het formuleren van de communicatie-adviezen wordt samenwerking met de psycholoog aanbevolen, zodat er voldoende aansluiting is bij de opgestelde benaderingsadviezen van een kwetsbare oudere met probleemgedrag, met borging van de kennis van verschillende (psychische en/of psychiatrische) ziektebeelden zoals dementievormen, Korsakov, delier, angst, depressie en apathie en de-escalerende technieken bij probleemgedrag.

Bronnen

- AlzheimerNederland. SPREAD+.
- Balans Pi. Partner in balans 2021. Beschikbaar via: <https://www.partnerinbalans.nl/>.
- Bateson G. Steps to an ecology of mind Chicago University of Chicago Press; 2000.
- Bourgeois MS. Evaluating memory wallets in conversations with persons with dementia Journal Speech Hearing research 1992.
- Gerritsen D. Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives; a qualitative study The International Journal of Nursing Studies Advances 2021.
- M.Huber JK, L Green et al. . How should we define health? BMJ. 2011;343(4163):235-7.
- Murphy J. Talking Mats 2010. Beschikbaar via: <https://www.talkingmats.com/>.
- NVLF. Beroepsprofiel Logopedist 2022.
- NVLF. Diagnostiek en behandeling van Afasie 2015.
- Olthof-Nefkens MWLJ, Derksen EWC, Debets F, de Swart BJM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Kalf JG. Com-mens: a home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers - a single-group mixed-methods pilot study. Int J Lang Commun Disord. 2023 May;58(3):704-722. doi: 10.1111/1460-6984.12811. Epub 2022 Nov 17. PMID: 36394262.
- Olthof-Nefkens MWLJ, Kruse H, Derksen E, de Swart BJM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Kalf JG. Improving Communication between Persons with Mild Dementia and Their Caregivers: Qualitative Analysis of a Practice-Based Logopaedic Intervention. Folia Phoniatr Logop. 2018;70(3-4):124-133. doi: 10.1159/000491081. Epub 2018 Aug 8. PMID: 30089312.
- ParkinsonNet. Paramedische richtlijn Parkinson 2023. Beschikbaar via: <https://web.ali.care/home?client=Paramedische-Richtlijn-Parkinson>.
- SKILZ. SKILZ Richtlijn Slikproblemen 2023. Beschikbaar via: <https://skilz.nu/skilz-richtlijnen/slikproblemen/>.
- Verenso. Probleemgedrag bij dementie 2018 -a.
- Verenso. Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie 2018 -b. Beschikbaar via: <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnen/database/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie/methodisch-en-multidisciplinair-werken-bij-probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>.
- VU. What Matters Most

**Paramedische richtlijn
kwetsbare ouderen**

