

Bijlage 1 Afkortingen

- **CCD-screening** Cross-culturele Dementiescreening
- **EDIZ** Ervaren Druk Informele Hulpverleners
- **GDS-15** Geriatric Depression Scale
- **GGZ** Geestelijke Gezondheidszorg
- **HIS** Huisarts Informatie Systeem
- **ICPC-codes** International Classification of Primary Care
- **KIS** Keten Informatie Systeem chronische zorg
- **M&I module** Modernisering en Innovatie
- **MDO** Multidisciplinair overleg
- **MDR** Multidisciplinaire Richtlijnen
- **MMSE** Mini Mental State Examination
- **NHG** Nederlandse Huisartsen Genootschap
- **OCE** Organisatie Chronische Eerstelijnszorg
- **OLD** ObservatieLijst voor vroege symptomen van Dementie
- **PAG** Programma Adviesgroep Ouderenzorg
- **PRAFAB** Protection Amount Frequency Adjustment Body Image
- **POH** Praktijkondersteuner van de huisarts
- **RZA- verzekering** Regeling Zorg Asielzoekers
- **SFMPc-model** Somatisch Functioneel Maatschappelijk Psychisch Communicatief
- **SNAQ-65+** Short Nutritional Assessment Questionnaire
- **SOG** Specialist Ouderengeneeskunde
- **SPV** Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
- **STRIP-analyse** Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing
- **SWV** Samenwerkingsverband
- **TOS** Tweetraps Ouderen Screening
- **WGBO** Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

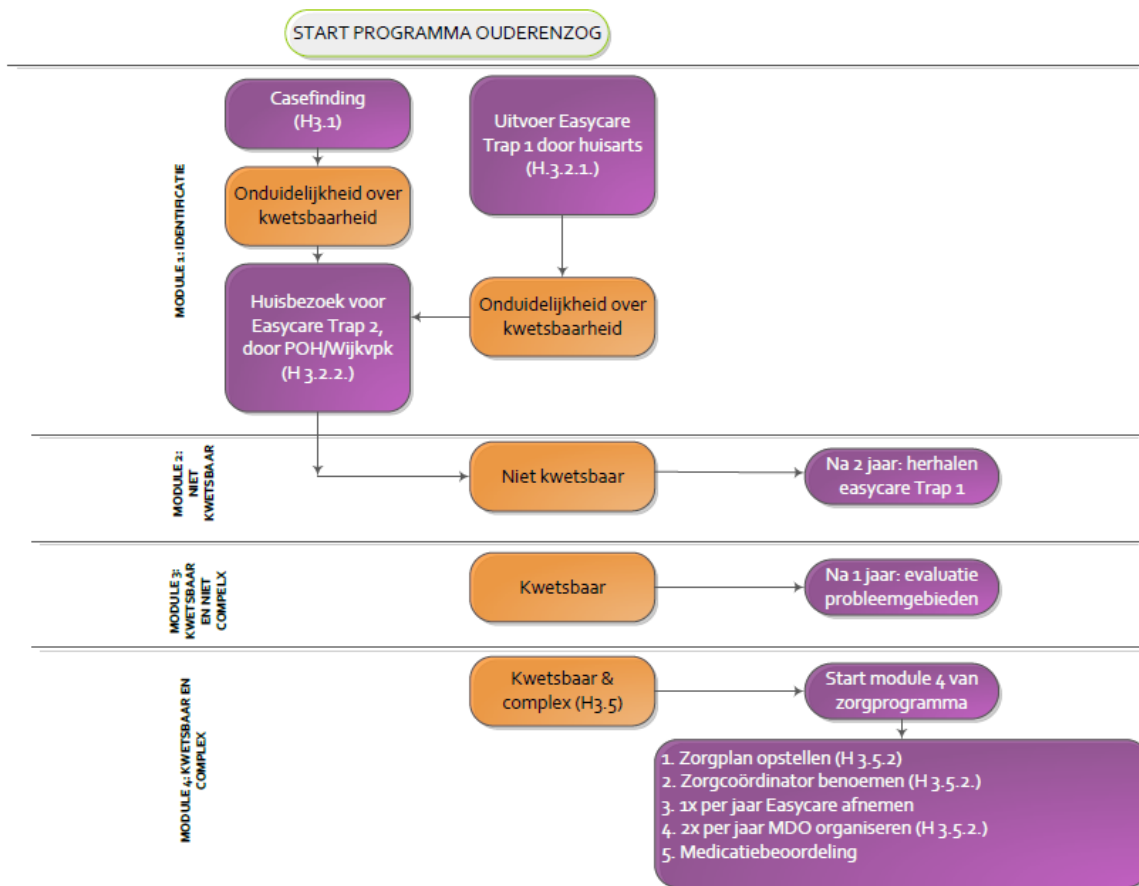


OCE NIJMEGEN
STERK IN DE EERSTE LIJN

- **Wbp** Wet bescherming persoonsgegevens.
- **WMO** Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- **zMW** Zorggroep Maas en Waal
- **ZOWEL NN** Zorg voor Ouderen en Welzijn Netwerk Nijmegen
- **ZZG** Zorggroep Zuid-Gelderland



Bijlage 2 Stappenplan start zorgprogramma



Bijlage 3 ICPC-codering ouderenzorg

Momenteel worden de volgende ICPC-codes gebruikt:

A49.01: Ouderenzorg

Voor de inventarisatiefase van zorg aan ouderen luidt het advies om een episode Ouderenzorg aan te maken. In de 2013 versie van ICPC is hiervoor een nieuwe sub code (A49.01) specifiek voor ouderenzorg aangemaakt. Noteer in deze episode de bijzonderheden van de inventarisatie van de kwetsbaarheid.

- Indien de oudere niet kwetsbaar is zet dan op de episoderegel niet kwetsbare oudere of vitale oudere.
- Indien uit de inventarisatie blijkt dat de oudere kwetsbaar is maak dan ook een episode A05 aan. Op deze episoderegel zet u dan kwetsbare of kwetsbare complexe oudere. De episode A49.01 Ouderenzorg blijft dan gehandhaafd.

A05: Kwetsbaar

Indien u concludeert dat er sprake is van kwetsbaarheid en complexe zorg, dan geeft u de episode de naam Kwetsbare oudere (ICPC A05 Algehele achteruitgang). Noteer in deze episode de met de patiënt afgesproken behandeldoelen, taken, verantwoordelijkheden van (mede)behandelaars en de opvolging ervan.

Voor een episode kwetsbaar of kwetsbaar complex geldt een probleemstatus.

A13: Polyfarmacie + afspraken n.a.v. medicatiebeoordeling

Bij polyfarmacie (gebruik van ≥ 5 geneesmiddelen) wordt onder A13 de episode polyfarmacie aangemaakt. Gegevens van de medicatiebeoordeling worden in deze episode opgenomen. Voor de episode polyfarmacie geldt een probleemstatus.

A20: wensen/afspraken t.a.v. behandeling en levenseinde

Behandelwensen van de oudere en afspraken hierover met de oudere en/of mantelzorger worden vastgelegd onder de episode A20.

A49.02: Polyfarmacie-Medicatiebeoordeling

U legt in deze episode de achtereenvolgende stappen van selectie, farmacotherapeutische (FT) anamnese en analyse vast. Indien uit de gezamenlijke analyse van huisarts en apotheker blijkt dat er verschillende medicatieafspraken aangepast en opgevolgd moeten worden, dan worden deze afspraken genoteerd bij de episode A13 Polyfarmacie. De episode A49.02 blijft gehandhaafd.

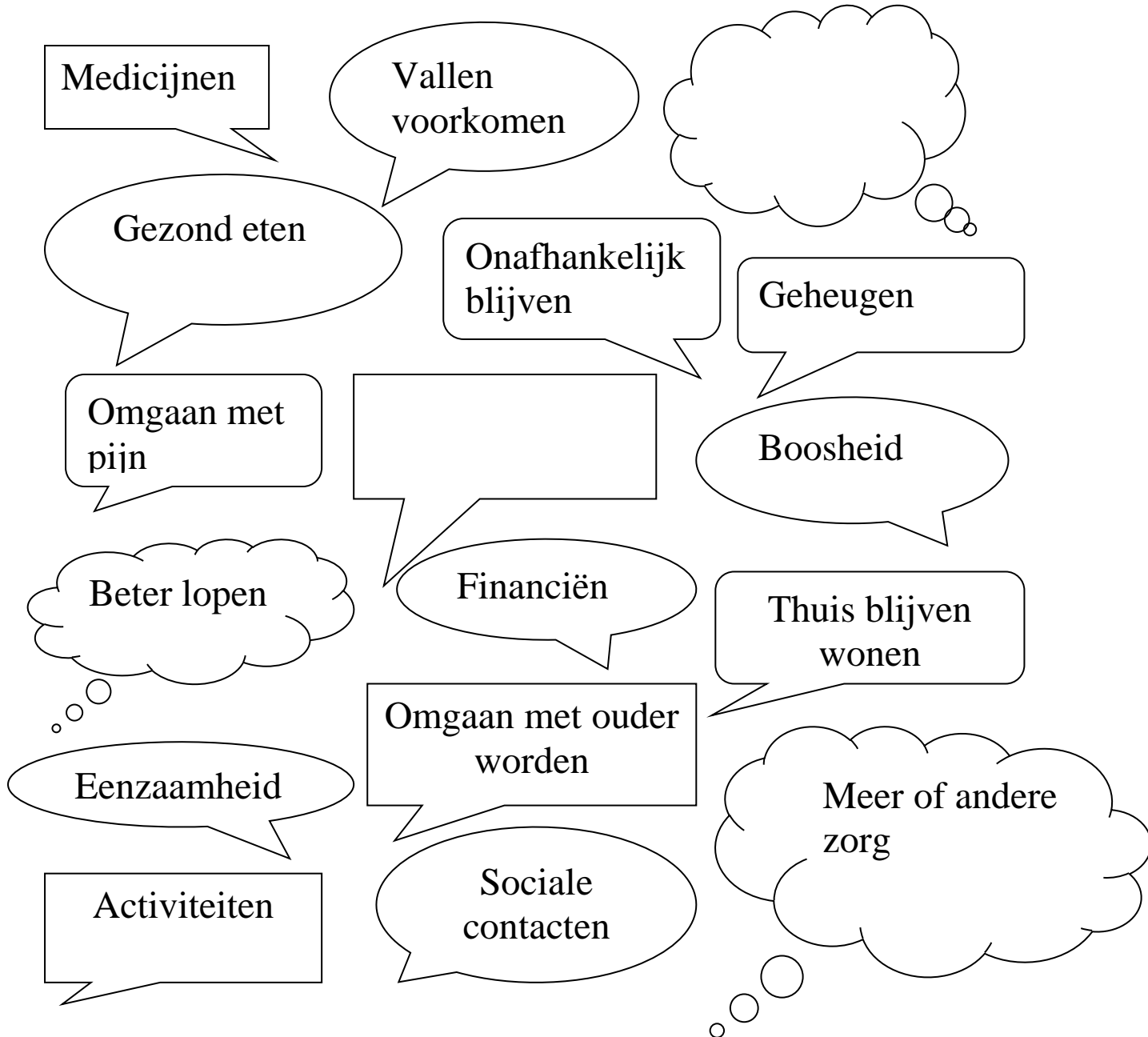
Naast bovenstaande ICPC-coderingen kan bij een kwetsbare oudere ook gedacht worden aan:

- ICPC: Z 07.01 Analfabetisme
- ICPC: A 27.00 Angst voor vallen
- ICPC: A 29.00 Groot letsel / valpreventie
- ICPC: U 04.00 Urine incontinentie
- ICPC: Z04.03 Eenzaamheid
- ICPC: U99.01 Nierfunctiestoornissen ICPC code

Bijlage 4 Doelenwijzer en actieplan

Doelen van ouderen

Hieronder staan een aantal onderwerpen waarvan ouderen hebben aangegeven dat ze die belangrijk vinden. Misschien zijn er een aantal onderwerpen die ook voor u belangrijk zijn. U kunt ook uw eigen onderwerpen toevoegen in de lege tekstwolkjes. Welk onderwerp vindt u het belangrijkste? Is er een onderwerp waar u iets aan zou willen veranderen?





Actieplan van:	Gemaakt met:								
Datum:									
Wat zou ik graag willen? Welk doel zou ik mezelf willen stellen?									
Hoe belangrijk is dit voor mij?*									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Heel erg onbelangrijk					Heel erg belangrijk				
Waarom vind ik dit belangrijk?									
Zijn er dingen die het moeilijk voor mij maken om dit te bereiken? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:									
Wat zou me kunnen helpen om deze dingen te overwinnen?									
Wat ga ik doen (als eerste stap op weg naar mijn doel)?									
Wat:									
Vanaf wanneer:									
Hoe:									
Hoe vaak:									
Hoe zeker ben ik dat dit mij lukt?!									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Heel erg onzeker					Heel erg zeker				
Wanneer bespreek ik hoe het gegaan is?									
Datum:									

* Als de oudere kiest voor 6 of lager, bespreek dan: Als u een score geeft van 6 of lager, dan is het misschien niet het belangrijkste wat u zou willen. Is er iets wat u belangrijker vindt, of is er een onderdeel hiervan dat u echt belangrijk vindt?

! Als de oudere kiest voor 6 of lager, bespreek dan: Als u een score geeft van 6 of lager, dan is de kans groot dat het u niet lukt. Bedenk of u iets kunt aanpassen zodat u zeker weet dat het u lukt.

Ouderen met complexe problematiek vragen van u als huisarts en van de praktijkondersteuner een bijzondere, proactieve benadering (zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen). Bij multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. Het is zinvoller om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Proactieve zorg is het inschatten van de risico's op verslechtering in functioneren en het bieden van interventies die deze risico's verkleinen. Kernwoorden in dit proces zijn: *anticipeer, delegeer, evalueer*.

Deze kaart bevat hulpmiddelen om de zorg voor ouderen met complexe problematiek vorm te geven

PROBLEEMINVENTARISATIE:

SFMPC-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief)

Als eerste stap maakt u een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Geef hierbij een prioritering aan; welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

Probleeminventarisatie van de heer/mevrouw

AANDACHTSGEBIEDEN	PROBLEMEN	URGENTIE
Somatisch		
Somatisch		
Functioneel		
Functioneel		
Maatschappelijk		
Maatschappelijk		
Psychisch		
Psychisch		
Communicatief		
Communicatief		

ZORGBEHANDELPLAN:

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw

Hoofddoel:

Casemanager: Zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE:

Als acroniem bij de te nemen stappen voor proactieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: **F**unctioneren inventariseren (SFMP), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen

Bijlage 6 Geneesmiddelgebruik bij ouderen

Tabel A: START-criteria voor het voorschrijven van medicijnen aan ouderen bij veelvoorkomende aandoeningen, ter vermijding van onderbehandeling¹

De START-criteria (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) zijn op evidence gebaseerde voorschrijfadvisen voor ouderen bij regelmatig voorkomende aandoeningen. De START-criteria zijn een hulpmiddel bij het uitvoeren van de farmacotherapeutische analyse in de medicatiebeoordeling. Raadpleeg voor de indicatiestelling en specifieke geneesmiddelkeuze de vigerende richtlijnen. De aanbevelingen zijn niet altijd op iedere individuele patiënt van toepassing en beargumenteerd afwijken kan wenselijk zijn.

Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel en wanneer toevoegen
Cardiovasculair	
1	vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia bij chronisch atriumfibrilleren; uitzondering: mannen van 65-75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit
2	acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium (80-100 mg 1dd) bij chronisch atriumfibrilleren, indien een vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia gecontra-indiceerd zijn of door de patiënt niet gewenst worden
3	acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium, clopidogrel, prasugrel of ticagrelor bij een voorgeschiedenis van coronaire, cerebrale of perifere arteriële symptomen en sinusritme bij patiënten die niet reeds behandeld worden met een vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia
4	antihypertensiva indien bij herhaling systolische bloeddruk > 160 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 90 mmHg en leefstijlmaatregelen onvoldoende effect hebben. N.B. systolische bloeddruk dient niet veel verder dan tot 150 mmHg te dalen; bij patiënten met diabetes mellitus* indien systolische bloeddruk > 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 90 mmHg
5	statine bij een voorgeschiedenis van coronaire, cerebrale of perifere arteriële symptomen of een verhoogd cardiovasculair risico en LDL-waarde > 2,5 mmol/l, tenzij de patiënt een levensverwachting < 3 jaar heeft
6	ACE-remmer of – bij bijwerkingen – een angiotensine II-antagonist bij systolisch hartfalen en/of een coronaire hartziekte
7	bètablokker na myocardinfarct of stabiele angina pectoris
8	cardioselectieve bètablokker (bijvoorbeeld metoprolol, bisoprolol of nebivolol) bij stabiel systolisch hartfalen
Respiratoir	
1	inhalatie van bèta-2-agonist of parasymphaticolyticum bij lichte tot matige astma of COPD
2	proefbehandeling met inhalatiecorticosteroïd (ICS) bij COPD in geval van frequente exacerbaties (2 of meer per jaar) ondanks behandeling met langwerkende luchtwegverwijder. N.B. Evalueer na een jaar en stop ICS als het aantal exacerbaties niet afneemt
3	continue zuurstoftherapie bij chronisch respiratoir falen (d.w.z. $P_{O_2} < 8,0$ kPa of 60 mmHg of $S_{A_{O_2}} < 89\%$)
Centraal zenuwstelsel en ogen	
1	antiparkinsonmiddel (L- DOPA met decarboxylaseremmer of dopamine-agonist) bij de ziekte van Parkinson met functionele beperkingen en de daaruit voortvloeiende invaliditeit
2	antidepressivum (tricyclische antidepressiva (nortriptyline) als SSRI/SNRI onvoldoende effectief is) bij matige tot ernstige depressie (volgens DSM-V-criteria)
3	voor 2e lijn: bespreken van behandeling met acetylcholinesteraseremmer (bijvoorbeeld rivastigmine, galantamine of donepezil) bij lichte tot matige dementie op basis van de ziekte van Alzheimer of 'Lewy body'-dementie (rivastigmine) volgens een behandelprotocol
4	prostaglandine-analogen of bètablokker bij primair open-kamerhoekglaucoom
5	SSRI (of SNRI of pregabaline als SSRI gecontra-indiceerd is) voor persisterende, ernstige angst die interfereert in het dagelijks functioneren

¹ Bron: Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8904



Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel en wanneer toevoegen
6	dopamine-agonist (bijvoorbeeld ropinirol, pramipexol of rotigotine) bij ernstig restless-legs-syndroom met onacceptabele lijdensdruk ondanks niet-medicamenteuze behandeling, indien ijzertekort en ernstig nierfalen zijn uitgesloten
Gastro-intestinaal	
1	protonpompremmer bij ernstige gastro-oesofageale refluxziekte of peptische strictuur waarvoor dilatatie nodig is
2a	protonpompremmer bij patiënten die NSAID gebruiken* en: (complicatie van) peptisch ulcus/ <i>Helicobacter pylori</i> in anamnese hebben; ernstige invaliderende reumatoïde artritis, hartfalen of diabetes mellitus hebben; 70 jaar of ouder zijn; 60 tot 70 jaar oud zijn en gelijktijdig orale anticoagulantia, orale glucocorticosteroiden, SSRI, acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium gebruiken
2b	protonpompremmer bij patiënten die lage dosering acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium* gebruiken en: 60 jaar of ouder zijn en een peptisch ulcus in de anamnese hebben; 70 jaar of ouder zijn en gelijktijdig orale anticoagulantia, een P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel of ticagrelor), systemisch werkend glucocorticosteroiden, spironolacton, SSRI, venlafaxine, duloxetine of trazodon gebruiken; 80 jaar of ouder zijn
3	vezelsupplement bij chronische symptomatische diverticulose met obstipatie
Bewegingsapparaat	
1	'disease modifying antirheumatic drugs' (DMARD) bij actieve, invaliderende reumatoïde artritis (gedurende > 4 weken)
2	bisfosfonaten en vitamine D en calcium bij onderhoudstherapie met glucocorticosteroiden > 3 maanden, als de dosis $\geq 7,5$ mg prednison (of het equivalent daarvan) per dag bedraagt
3	vitamine D en calcium (tenzij voldoende inname) bij patiënten met osteoporose
4	inhibitie botafbraak en/of stimulatietherapie (bijvoorbeeld met bisfosfonaten, denosumab, teriparatide) bij gedocumenteerde osteoporose (BMD T-score < -2,5) en op voorwaarde dat er geen contra-indicaties zijn
5	vitamine D bij ouderen die aan huis gebonden zijn of vallen of die osteopenie hebben (-2,5 < BMD T-score < -1,0)
6	xanthine-oxidaseremmer (bijvoorbeeld allopurinol) bij recidiverende episoden met jicht (aanvalsfrequentie van > 3 per jaar) of bij jichttophi
7	foliumzuur bij patiënten die behandeld worden met methotrexaat
Endocrien	
1	metformine* bij diabetes mellitus type 2. N.B. starten met 500 mg 2 dd indien eGFR 30-50 ml/min/1,73 m ² ; niet geven bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²
2	ACE-remmer of – bij bijwerkingen – angiotensine II-antagonist bij diabetes mellitus met tekenen van nierschade, dat wil zeggen: microalbuminurie (> 30 mg/24 h) eventueel gecombineerd met eGFR < 50 ml/min/1,73 m ² . N.B. pas zo nodig de dosering aan bij verminderde nierfunctie
Urogenitaal	
1	α 1-receptorblokker bij symptomatisch prostatisme en wanneer prostatectomie als onnodig wordt beschouwd
2	5- α -reductaseremmer bij symptomatisch prostatisme en wanneer prostatectomie als onnodig wordt beschouwd of kan worden uitgesteld
3	vaginale oestrogenen of vaginaal oestrogeenpessarium bij symptomatische atrofische vaginitis. N.B. evaluatie en overweging tot staken tenminste elke 6 maanden
Analgetica	
1	sterk werkende opioïden (met uitzondering van methadon) bij matige tot ernstige pijn, indien paracetamol, NSAID's of minder sterk werkende opioïden niet geschikt zijn gezien de ernst van de pijn of onvoldoende effectief zijn
2	kortwerkende opiaten voor doorbraakpijn bij behandeling met langwerkende opiaten
3	laxeermiddelen (bijvoorbeeld macrogol, lactulose of magnesiumoxide) bij gebruik van opiaten
Vaccinaties	
1	seizoensgebonden griepvaccinatie (influenza) jaarlijks
START = 'Screening tool to alert doctors to right treatment'; SaO ₂ = arteriële zuurstofsaturatie.	
*Niet opgenomen in herziene internationale versie	



OCE NIJMEGEN

STERK IN DE EERSTE LIJN

**Tabel B STOPP-criteria van potentieel ongeschikte medicijnen voor oudere patiënten²**

De STOPP-criteria (*Screening Tool of Older Peoples' Prescriptions*) zijn klinisch significante criteria voor potentieel ongeschikte geneesmiddelen bij oudere patiënten.

Deze criteria vervangen de *Beerslijst* en vormen geen verbodsjijst maar een hulpmiddel bij het uitvoeren van de farmacotherapeutische analyse van de medicatiebeoordeling (zie stroomschema medicatiebeoordeling). Beargumenteerd afwijken van de aanbevelingen kan op patiëntniveau wenselijk zijn.

Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel potentieel ongewenst	Argument
Algemeen		
STOPP A1	elk medicijn zonder een op bewijs gebaseerde klinische indicatie	
STOPP A2	elk medicijn dat langer dan de goed gedefinieerde aanbevolen duur wordt voorgeschreven	
STOPP A3	dubbelmedicatie (verschillende medicijnen uit dezelfde geneesmiddelgroep), bijvoorbeeld 2 vergelijkbare NSAID's, SSRI's, lisdiuretica, ACE-remmers of orale anticoagulantia	
Cardiovasculair		
STOPP B1	digoxine bij hartfalen met normale systolische ventrikel functie	niet bewezen effectief en risico op verslechtering bij diastolisch hartfalen
STOPP B2	verapamil of diltiazem bij hartfalen NYHA klasse III of IV	kan hartfalen verergeren
STOPP B3	bètablokker in combinatie met verapamil of diltiazem	risico op een hartblok
STOPP B4	bètablokker bij bradycardie (< 50/min), een 2e-graads AV-blok of compleet AV-blok N.B. dosis verlagen of stoppen	risico op compleet hartblok, asystolie
STOPP B5	amiodaron als eerstelijns anti-aritmicum	hoog risico op bijwerkingen
STOPP B6	lisdiureticum als behandeling van hypertensie	niet geregistreerd voor deze indicatie; veiliger en doeltreffender alternatieven beschikbaar
STOPP B7	lisdiureticum bij enkeloedeem zonder klinisch, biochemisch of radiologisch bewijs van hartfalen, leverfalen, nefrotisch syndroom of nierinsufficiëntie	indien mogelijk elastische kousen en bewegen of been in hoogstand
STOPP B8	thiazidediureticum bij een actuele hypokaliëmie (serumconcentratie kalium < 3,0 mmol/l), hyponatriëmie (serumconcentratie natrium < 130 mmol/l), hypercalciëmie (gecorrigeerd serumconcentratie niet-eiwitgebonden calcium > 2,65 mmol/l) of met een voorgeschiedenis van jicht bij gelijktijdig gebruik van thiazidediureticum	hypokaliëmie, hyponatriëmie, hypercalciëmie en jicht kunnen uitgelokt worden door thiazidediureticum
STOPP B9	centraal werkende antihypertensiva, zoals methyldopa, clonidine, moxonidine	centraal aangrijpende antihypertensiva worden slechter verdragen door ouderen
STOPP B10	ACE-remmers of angiotensine II-antagonisten bij patiënten met hyperkaliëmie (serumconcentratie kalium \geq 5,5 mmol/l)	verergering hyperkaliëmie
STOPP B11	aldosteron-antagonisten (bijvoorbeeld spironolacton, eplerenon) gelijktijdig met kaliumsparende geneesmiddelen (zoals ACE-remmers, angiotensine II-antagonisten, amiloride of triamteren) zonder regelmatige controle van de kaliumconcentratie	risico op hyperkaliëmie – tenminste halfjaarlijkse controle van de kaliumconcentratie in serum

² Bron: Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8904



Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel potentieel ongewenst	Argument
STOPP B12	fosfodiësterase-type 5-remmers zoals sildenafil, tadalafil of vardenafil) bij ernstig hartfalen gekenmerkt door hypotensie (systolische bloeddruk < 90 mmHg) of in combinatie met nitraatgebruik voor angina pectoris	risico op cardiovasculaire collaps
Trombocytenaggregatieremmers / antistolling		
STOPP C1	trombocytenaggregatieremmers (acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium) in een dosis hoger dan respectievelijk 80 of 100 mg per dag, met uitzondering van oplaaddosis	een verhoogd risico op bloeding; niet bewezen effectief
STOPP C2	trombocytenaggregatieremmers, clopidogrel en andere middelen uit deze groep, diprydamol, vitamine K-antagonisten, directe orale anticoagulantia bij verhoogd risico op bloeding (dat wil zeggen: ongecontroleerde hypertensie), versterkte bloedingsneiging of een recente relevante spontane bloeding. N.B. gebruik de HASBLED-score†; een score ≥ 3 betekent verhoogd bloedingsrisico	verhoogd risico op bloeding
STOPP C3	trombocytenaggregatieremmer in combinatie met clopidogrel – of andere middelen uit deze groep – als secundaire preventie van een beroerte, tenzij een coronaire stent is ingebracht in de voorafgaande 12 maanden of bij gelijktijdig acuut coronair syndroom of een hooggradige symptomatische carotisstenose	er is geen bewijs voor voordeel boven monotherapie met clopidogrel
STOPP C4	trombocytenaggregatieremmer in combinatie met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia bij patiënten met chronisch atriumfibrilleren	geen extra voordeel van salicylaten
STOPP C5	trombocytenaggregatieremmers met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia bij patiënten met een stabiele coronaire, cerebrovasculaire of perifere arteriële symptomen	geen bewijs voor extra voordeel van combinatie therapie
STOPP C6	vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia langer dan 6 maanden bij een eerste, ongecompliceerde diepveneuze trombose	geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
STOPP C7	vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia langer dan 12 maanden bij een eerste ongecompliceerde longembolie	geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
STOPP C8	NSAID's in combinatie met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia	verhoogd risico op ernstige maagbloeding
Centraal zenuwstelsel en psychofarmaca		
STOPP D1	tricyclische antidepressiva – anticholinerge effecten zijn het sterkst bij amitriptyline en het minst sterk bij nortriptyline – bij dementie, onbehandelde nauwe-kamerhoekglaucoom, cardiale geleidingsstoornissen, prostatisme, ziekte van Sjögren, of een voorgeschiedenis van urineretentie	risico op verergering van deze aandoeningen
STOPP D2	tricyclische antidepressiva als eerstelijns behandeling van depressie	hoger risico op bijwerkingen
STOPP D3	antipsychotica met matige anticholinerge effecten (chloorpromazine, clozapine, flupentixol, flufenazine, zuclopentixol) bij prostatisme of voorgeschiedenis van urineretentie	hoog risico op urineretentie
STOPP D4	SSRI's bij niet-iatrogene hyponatriëmie (serumconcentratie natrium < 130 mmol/l) in de laatste 2 maanden	risico op het verergering of recidief hyponatriëmie



STOPP D5	benzodiazepinen gedurende ≥ 4 weken. N.B. geleidelijke afbouw van alle benzodiazepinen bij gebruik langer dan 4 weken vanwege risico op ontwenningssymptomen	geen indicatie voor een langere behandeling; risico op verlengde sedatie, verwardheid, slechtere balans, vallen, verkeersongevallen
Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel potentieel ongewenst	Argument
STOPP D6	antipsychotica (met uitzondering van clozapine en quetiapine) bij patiënten met parkinsonisme	risico op ernstige extrapiramidale bijwerkingen
STOPP D7	anticholinergica, zoals biperideen of trihexyfenidyl, bij behandeling van extrapiramidale bijwerkingen van antipsychotica	verhoogd risico op anticholinerge toxiciteit
STOPP D8	middelen met anticholinerge bijwerkingen bij patiënten met delirium of dementie, bijvoorbeeld oxybutynine, tolterodine, promethazine, hydroxyzine, clemastine, alimemazine en amitriptyline; deze lijst is niet limitatief	verhoogd risico op verergering van cognitieve stoornissen
STOPP D9	antipsychotica bij patiënten met probleemgedrag bij dementie, tenzij symptomen zeer ernstig zijn en niet-medicamenteuze maatregelen geen effect hebben	beperkte effectiviteit, verhoogd risico
STOPP D10	antipsychotica als slaapmiddelen	risico op verwardheid, hypotensie, extrapiramidale bijwerkingen, vallen
STOPP D11	acetylcholinesteraseremmers bij bradycardie (< 60 slagen/min), hartblok of recidiverende, onverklaarde syncope	risico op manifeste hartgeleidingsstoornissen, syncope en verwonding
STOPP D12	fenothiazine-antipsychotica, met uitzondering van chloorpromazine tegen de hik en levopromazine in palliatieve zorg	er zijn alternatieven die veiliger en effectiever zijn
STOPP D13	levodopa of dopamine-agonisten voor benigne essentiële tremor	niet bewezen effectief
STOPP D14	antihistaminica met sterk sederende werking	veiliger en minder toxische antihistaminica beschikbaar
Potentieel ongeschikte medicatie bij verminderde nierfunctie†		
STOPP E1	digoxine in een dosis $> 0,125$ mg/dag bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op toxiciteit
STOPP E2	directe trombineremmers zoals dabigatran bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op bloeding
STOPP E3	factor Xa-remmers zoals rivaroxaban bij eGFR < 15 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op bloeding
STOPP E4	NSAID's bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	risico op verslechtering van de nierfunctie
STOPP E5	metformine bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	risico op lactaatacidose
STOPP E6*	bisfosfonaten:‡ clodroninezuur en ibandroninezuur: bij eGFR < 50 ml/min/1,73 m ² dosis aanpassen alendroninezuur, etidroninezuur en risedroninezuur: bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ² toediening staken	risico op toxiciteit van bisfosfonaten
Gastro-intestinaal		
STOPP F1	metoclopramide bij parkinsonisme	verhoogd risico op verergering van parkinsonisme door centrale dopamineblokkade; domperidon is een alternatief
STOPP F2	protonpompremmer in maximale therapeutische dosis > 8 weken bij peptische ulcera of oesofagitis, met uitzondering van een Barrett-slokdarm	geen bewijs voor extra effectiviteit
STOPP F3	geneesmiddelen die obstipatie kunnen veroorzaken of verergeren (bijvoorbeeld anticholinerge medicatie, oraal ijzer, opiaten, verapamil, aluminiumhoudende antacida) bij patiënten met chronische obstipatie	risico op verergering van obstipatie



STOPP F4	ijzerpreparaten met een gereguleerde afgifte (ferrosulfaat mga/Ferogradumet) of oraal elementair ijzer in een dosis hoger dan 200 mg per dag, bijvoorbeeld ferrofumaraat > 600 mg/dag of ferrogluconaat > 1800 mg/dag	geen bewijs voor meer opname van ijzer boven deze dosis
Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel potentieel ongewenst	Argument
Respiratoir		
STOPP G1	theofylline als monotherapie bij COPD	er zijn veiligere en effectievere alternatieven beschikbaar; risico op bijwerkingen als gevolg van nauwe therapeutische breedte
STOPP G2	systemische glucocorticosteroiden in plaats van inhalatiecorticosteroiden als onderhoudsbehandeling bij matig tot ernstige COPD of astma	onnodige blootstelling aan langetermijnbijwerkingen van systemische glucocorticosteroiden
STOPP G3	inhalatie-parasympaticolytica, zoals ipratropium en tiotropium, bij onbehandelde nauwe-kamerhoekglaucoom of blaasledigingsproblemen	kan glaucoom verergeren en urineretentie geven
STOPP G4	benzodiazepinen bij acute of chronische respiratoire insufficiëntie ($P_{O_2} < 8,0$ kPa/60 mmHg en/of $P_{CO_2} > 6,5$ kPa/50 mmHg)	verhoogd risico op verergering van respiratoire insufficiëntie
Bewegingsapparaat		
STOPP H1	NSAID's bij matige tot ernstige hypertensie of bij hartfalen	kan verergering hypertensie en hartfalen geven
STOPP H2	langdurig gebruik van NSAID's (> 3 maanden) voor pijnverlichting bij artrose zonder dat paracetamol in adequate dosering geprobeerd is	eenvoudige pijnstillers zijn veiliger en meestal even effectief in pijnbestrijding
STOPP H3	langdurig gebruik van glucocorticosteroiden (> 3 maanden) als monotherapie voor reumatoïde artritis	verhoogd risico op systemische bijwerkingen van glucocorticosteroiden
STOPP H4	gebruik van glucocorticosteroiden – anders dan periodieke intra-articulaire injecties voor mono-articulaire pijn – bij artrose	risico op systemische bijwerkingen van glucocorticosteroiden
STOPP H5	langdurig NSAID's of colchicine bij chronische behandeling van jicht zonder contra-indicatie voor xanthine-oxidaseremmers, bijvoorbeeld allopurinol	xanthine-oxidaseremmers zijn profylactische geneesmiddelen van eerste keus bij jicht
STOPP H6	COX-2-selectieve NSAID's en diclofenac bij hart- en vaatziekten	verhoogd risico op hartinfarct en beroerte
STOPP H7	orale bisfosfonaten bij patiënten met in voorgeschiedenis of actuele bovenste gastrointestinale aandoeningen (dysfagie, oesofagitis, gastritis, duodenitis, maagulcus of bovenste gastro-intestinale bloeding) of bij bedlegerige patiënten	verhoogd risico op recidief of verergering van aandoening
Urogenitaal		
STOPP I1	urogenitale anticholinergica (oxybutynine, solifenicine, tolterodine, darifenacine, fesoterodine) bij demencie of cognitieve stoornis, bij onbehandeld nauwe-kamerhoekglaucoom of bij chronisch prostatisme	risico op toename van verwardheid, agitatie; risico op acute verergering; risico op urineretentie
STOPP I2	selectieve alfa-1-blokkers bij dagelijkse incontinentie of symptomatische orthostase of mictie-syncope of bij urinecatheter in situ > 2 mnd	kan toename urinefrequentie en incontinentie geven; risico op verergering symptomen; niet bewezen effectief
Endocrien		
STOPP J1	sulfonylureumderivaten met een langere werkingsduur en actieve metabolieten, zoals glibenclamide en glimepiride, bij diabetes mellitus type 2	kan de duur van de hypoglykemie verlengen



STOPP J2	thiazolidinedionen, bijvoorbeeld pioglitazon, bij patiënten met gedocumenteerd hartfalen	kan verergering van hartfalen geven
STOPP J3	bètablokkers bij patiënten met diabetes mellitus die frequent hypoglykemie hebben	kan hypoglykemie maskeren
STOPP J4	oestrogenen bij patiënten met een borstkanker of veneuze trombo-embolie in voorgeschiedenis	verhoogd risico op recidief

Geneesmiddelgroep	Geneesmiddel potentieel ongewenst	Argument
STOPP J5	orale oestrogenen zonder progestagenen bij patiënten met een intacte uterus	verhoogd risico op endometriumcarcinoom
STOPP J6	androgenen zonder dat er sprake is van primair of secundair hypogonadisme	
Verhoogd valrisico		
STOPP K1	benzodiazepinen bij voorgeschiedenis van val of valneiging	verhoogd risico op sedatie, bewustzijnsvermindering en verslechtering balans
STOPP K2	antipsychotica bij voorgeschiedenis van val of valneiging	kunnen parkinsonisme, duizeligheid en orthostatische hypotensie geven
STOPP K3	vasodilatoren (bijvoorbeeld α 1-receptorblokkers, calciumantagonisten, langwerkende nitraten, ACE-remmers, angiotensine II-antagonisten) bij orthostatische hypotensie	verhoogd risico op syncope, vallen
STOPP K4	aan benzodiazepine verwante geneesmiddelen, zopiclon en zolpidem bij voorgeschiedenis van val of valneiging	kunnen langdurige sedatie overdag en ataxie veroorzaken
Pijn		
STOPP L1	sterke orale of transdermale opiaten (bijvoorbeeld morfine, oxycodon, fentanyl of buprenorfine) als eerste keus bij lichte pijn	
Anticholinerge belasting		
STOPP N1	gelijktijdig gebruik van 2 of meer geneesmiddelen met anticholinerge eigenschappen, bijvoorbeeld blaasspasmolytica (oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, fesoterodine) of intestinale spasmolytica (scopolaminebutyl, tricyclische antidepressiva of klassieke antihistaminica)§	verhoogd risico op anticholinerge toxiciteit
STOPP = Screening tool of older person's prescriptions. * Niet opgenomen in de internationale herziene versie. † ESC richtlijn atriumfibrilleren en http://spoedpedia.nl/wiki/HaS-BLED_score . ‡ De genoemde medicatie is niet compleet. Volledige geneesmiddellijst is beschikbaar op www.ephor.nl ; voor doseringsadvies wordt verwezen naar het advies bij verminderde nierfunctie van de KNMP Kennisbank. § www.ephor.nl of tabel 1 uit J am Geriatr Soc. 2014;62(10):1916-22.		



Bijlage 7 Stappenplan Medicatiebeoordeling

STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING

VOORBEREIDING

Selectie van patiënten: (door arts en apotheker)

65 jaar of ouder

EN polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken)

EN met minimaal 1 risicofactor:

- verminderde nierfunctie (eGFR < 50 ml/min/1,73 m²)
- verminderde cognitie
- verhoogd valrisico (≥ 1 val in voorafgaande 12 maanden)
- signalen van verminderde therapietrouw
- niet zelfstandig wonend (verzorgings-, verpleeghuis)
- niet geplande ziekenhuisopname

Deze criteria gelden voor patiënten in het ziekenhuis met een langere opname duur en voor patiënten buiten het ziekenhuis (bijv. thuiswonend, verzorgingshuis, verpleeghuis)

Randvoorwaarden:

- mogelijkheden om hoog risicopatiënten te selecteren met behulp van het elektronisch patiëntendossier
- elektronische controle op voorschrijven van potentieel ongeschikte medicatie voor ouderen
- registratie mogelijkheid voor acties en afspraken medicatiebeoordeling
- goede samenwerking tussen arts en apotheker
- toereikende financiering

Stap 1: Farmacotherapeutische anamnese:

in overleg met de patiënt (evt met mantelzorgers) op basis van het medicatieoverzicht

- actueel geneesmiddelgebruik en gebruiksgemak
- bijwerkingen, allergieën
- ervaringen, problemen en kennis, van de patiënt
- zorgen en verwachtingen van de patiënt

Te verzamelen gegevens voor stap 1 en 2:

- voorgeschiedenis/ episodelijst/probleemlijst
- metingen (bloeddruk, puls, gewicht)
- lab (nierfunctie, leverfunctie, evt. HbA1c, lipidspectrum, etc)
- medicatieoverzicht

Stap 2: Farmacotherapeutische analyse:

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

Stap 3: Overleg arts en apotheker, opstellen farmacotherapeutisch behandelplan:

- behandeldoelen
- gesignaleerde problemen (uit stap 1 en 2)
- prioritering
- verdelen van acties tussen arts en apotheker
- evaluatie

Stap 4: Overleg patiënt, vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan:

- terugkoppeling naar patiënt (en/of diens verzorgende)
- aanpassen actueel medicatie overzicht

Stap 5: Follow-up en monitoring:

- arts en apotheker evalueren afgesproken acties binnen 3 maanden na overleg patiënt
- evaluatie en monitoring vastgelegd in farmacotherapeutische behandelplan

Vervolgbeoordeling: minimaal 1 x per jaar



Bijlage 8 Flowchart Organisatie & Samenwerking

ORGANISEER VANUIT DE HUISARTSENPRAKTIJK

- Coördinerend huisarts
- Algemene coördinator ouderenzorg (POH/verpleegkundige)
 - aanspreekpunt binnen de praktijk
 - aanspreekpunt voor netwerkpartners

Taken en verantwoordelijkheden verdelen:

- organisatie
- planning
- scholing
- t.b.v. ICT ouderenzorgmodule in VIPLive
 - registratie medewerkers huisartsenpraktijk
 - registratie medewerkers van netwerkpartners

Bespreken in huisartsenpraktijk:

- zorgprogramma met werkzaamheden en workflow
- voorstel eerste jaar toetsen op haalbaarheid (tijd en capaciteit)
- inrichting ouderenzorg (netwerkpartners, MDO's, medicatie beoordeling)
- hoeveel verzekerden 75 jaar en ouder (en per zorgverzekeraar)
- hoeveel zorgplan patiënten middels case finding in 1e jaar (streven)
- hoeveel per huisarts(koppel) verdelen
- werken met VIPLive ouderenmodule als ondersteuning van zorgproces
- registratie indicatoren vanuit VIPLive
- evaluatie / rapportage
- planning 2e jaar

ORGANISEER NETWERK

Partijen betrokken bij de ouderenzorg rondom huisartsenpraktijk(en) in de wijk / stad(deel) / dorp(en)

→ samenwerkingsverband

- 'los verband'
- intentieverklaring
- samenwerkingsovereenkomst

ORGANISEER KERNTTEAM(S)

Huisartsen / POH's (wijk)verpleegkundigen

- werkafspraken praktijk + thuiszorg
- wie zijn betrokken bij zorgplannen en vervullen rol van zorgcoördinator / case manager / zorgtrajectbegeleider
- wie bij MDO's

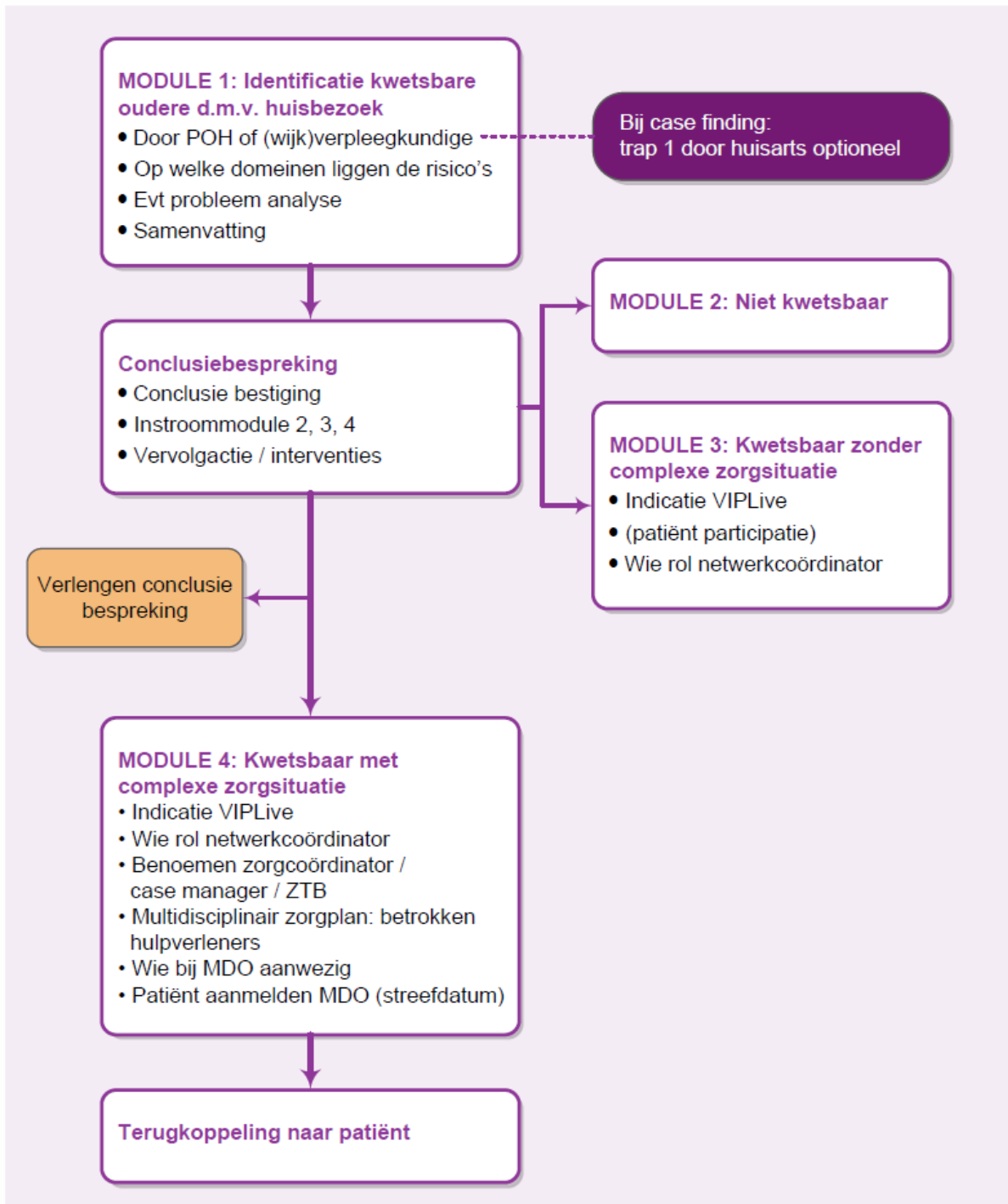
van verschillende thuiszorgorganisaties

ORGANISEER MDO'S

- werkafspraken
- minimaal 2x per jaar zorgplanpatiënt bespreken
- duur van fysieke overleg (MDO)
- frequentie per jaar: overleg doorplannen
- definieer kernteam en 'vaste bezetting'
- wie op uitnodiging (zorgrelatie / dossierbespreking)
- consultatiefunctie



Bijlage 9 Patiëntenzorg





OCE NIJMEGEN

STERK IN DE EERSTE LIJN