

Zorg op maat voor ouderen met diabetes

Verdiepende module als onderdeel van de
NDF Zorgstandaard Diabetes



September 2019

Inhoudsopgave

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Samenvatting | 3 |
| Samenvatting van alle aanbevelingen | 4 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1 Steeds meer thuiswonende ouderen met diabetes | 7 |
| 1.2 Nederlandse diabeteszorg van hoge kwaliteit | 7 |
| 1.3 Van ziektegericht naar persoonsgericht | 8 |
| 1.4 Ouderen met diabetes | 8 |
| 1.5 Afbakening module | 9 |
| 2. Ouderen met diabetes | 11 |
| 2.1 Definities van kwetsbaarheid | 11 |
| 2.2 Kwaliteit van leven | 12 |
| 2.3 Wensen van ouderen | 13 |
| 2.4 Aandachtspunten bij de behandeling van diabetes bij ouderen | 14 |
| 3. Inhoud van de zorg | 17 |
| 3.1 Cognitie | 17 |
| 3.2 Depressie | 18 |
| 3.3 Vallen | 19 |
| 3.4 Medicatie | 19 |
| 3.5 Voeding | 24 |
| 3.6 Bewegen | 25 |
| 3.7 Voetzorg | 26 |
| 4. Organisatie van de zorg | 27 |
| 4.1 Integrale zorg | 27 |
| 4.2 Mantelzorg | 29 |
| 4.3 Programmatie voor kwetsbare ouderen | 30 |
| 4.4 Ziekenhuisopnames | 30 |
| 4.5 Samen beslissen | 31 |
| 4.6 Kwaliteitsbeleid | 31 |
| Bijlage 1: Werkwijze en samenstelling werkgroep | 33 |
| Bijlage 2: Veldverkenning | 34 |
| Bijlage 3: Voorbeeld practice-based schema streefwaardes voor ouderen met DM2 | 37 |
| Bijlage 4: Aanbevelingen geneesmiddelen | 39 |
| Bijlage 5: Literatuur | 41 |

Samenvatting

Doordat we langer leven komen er steeds meer ouderen. De overheid stimuleert dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Vooral ouderen hebben vaak diabetes, ook het aantal thuiswonende ouderen met diabetes neemt snel toe.

De Nederlandse diabeteszorg is van hoge kwaliteit maar deze zorg bereikt niet iedereen. Ook is deze zorg niet altijd de beste zorg. Daarom werkt het diabetesveld aan een omslag, van standaardzorg naar zorg op maat.

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft geconstateerd dat er nog onvoldoende sprake is van zorg op maat voor ouderen met diabetes. Samen met de leden en andere stakeholders heeft de NDF knelpunten en oplossingsrichtingen in kaart gebracht. Dit document is daarvan het resultaat. Deze module beschrijft goede zorg en preventie op maat voor thuiswonende ouderen met diabetes. Speciale aandacht wordt hierbij gegeven aan het herkennen van aspecten van kwetsbaarheid die van invloed kunnen zijn op de behandeling van en zorg voor ouderen met diabetes.

De meeste ouderen met diabetes hebben type 2-diabetes maar we zijn van mening dat dit document ook waardevolle aanbevelingen bevat voor ouderen met diabetes type 1. Wel is het belangrijk onderscheid te maken tussen type 1 en type 2 patiënten, zie ook aanbeveling 5.

Omdat er al veel bekend is over goede zorg voor mensen met diabetes en veel aandacht voor ouderenzorg richt deze module zich op aspecten die specifiek zijn voor ouderen met diabetes. De volgende twee vragen zijn daarbij de leidraad geweest:

- Waarin verschillen ouderen met diabetes van volwassenen met diabetes en welke gevolgen heeft dit voor de behandeling?
- Waarin verschillen ouderen met diabetes van ouderen zonder diabetes en welke gevolgen heeft dit voor de behandeling?

Het antwoord op de eerste vraag is dat ouderen vaak andere behandeldoelen hebben, zoals behoud van kwaliteit van leven en behoud van zelfstandigheid. Het antwoord op de tweede vraag is dat normale verouderingsprocessen invloed hebben op de diabetes. Maar het omgekeerde geldt ook. Ouderen met diabetes hebben een verhoogd risico op onder andere cognitieve beperkingen, depressie en vallen. Dit vraagt om aanpassing van de diabetesbehandeling. Aanbevelingen hiervoor volgen hieronder.

Samenvatting van alle aanbevelingen

1. Algemeen:

De behandeling van diabetes bij ouderen is maatwerk. Het behandeldoel verschuift met toenemende kwetsbaarheid en afnemende levensverwachting van het voorkomen van complicaties op langere termijn, naar behoud van kwaliteit van leven en behoud van zelfstandigheid. Wees je hiervan bewust bij het gesprek met de patiënt, vraag wat voor hem belangrijk is. Houd hierbij ook rekening met aspecten van kwetsbaarheid die van invloed zijn op de kwaliteit van leven en de diabetesbehandeling, met name het zelfmanagement. Bij de behandeling van ouderen met diabetes is het van belang dat hulpverleners zich bewust zijn van verandering in presentatie van verschillende symptomen, en symptomen niet verwarren met verouderingsprocessen. Pas de behandeling aan op de veranderingen in het lichaam. Besteed tijdens de voorlichting aandacht aan de andere symptomen van hypoglykemie en de risico's van hypoglykemie. Betrek hier ook de mantelzorger bij.

2. Cognitie:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke cognitieve problemen. Gebruik hiervoor de vraag: Bent u vergeetachtiger dan voorheen? Betrek bij deze vraag ook de mantelzorger. Vraag de klacht verder uit als de vraag met ja beantwoord wordt. Gebruik een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van cognitieve problemen. Houd bij het opstellen van een behandelplan rekening met het cognitief functioneren van de oudere met diabetes.

3. Depressie:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke stemmingsstoornissen. Gebruik hiervoor de vraag: Bent u somberder gestemd dan voorheen? Vraag de klacht verder uit als de vraag met ja beantwoord wordt. Wees alert op (andere) symptomen van een depressie bij ouderen.

4. Vallen:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke valincidenten. Gebruik hiervoor de vragen: Bent u het afgelopen jaar gevallen? En: Heeft u moeite met bewegen of lopen? Volg hiervoor het schema van de Valrisicotest. Neem bij ouderen die volgens de Valrisicotest een verhoogd valrisico hebben de Valanalyse af. Denk bij een verhoogde kans op vallen aan een combinatie van duur- en krachttraining met lenigheids- en balansoefeningen.

5. Voorkomen overbehandeling:

Kom in overleg met de patiënt tot individuele streefwaardes voor bloedglucose, bloeddruk en cholesterol.

Wees alert op overbehandeling bij ouderen en de mogelijkheid tot afbouwen van de bloedglucoseverlagende en bloeddrukverlagende medicatie en statines. Let wel op het verschil tussen type 1 en type 2-diabetes. Bij type 1 patiënten kan, als de bloedglucose te veel oploopt, een ketoacidose optreden. Vraag bij een hoge bloedglucosewaarde eerst of het om diabetes type 1 of type 2 gaat. Ouderen met diabetes type 1 worden bij voorkeur behandeld door de internist.

Vraag de oudere en zijn mantelzorgers naar het voorkomen van hypoglykemieën maar wees ook zelf alert. Is iemand vaak duizelig of slaperig, vertoont hij verward gedrag, kijk dan hoe die persoon is ingesteld. Wees concreet in vragen die je stelt en benoem wat je wilt weten. Vraag bijvoorbeeld bij ouderen die zelf hun bloedglucose meten of ze wel eens waarden lager dan 4 meten. Benoem symptomen die zouden kunnen passen bij een hypoglykemie.

6. Polyfarmacie:

Overweeg bij ouderen met diabetes die voldoen aan de inclusiecriteria van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen tenminste een keer per jaar een medicatiebeoordeling door patiënt (of mantelzorg/verzorgenden), arts en apotheker. Aandachtspunten zijn gebruiksgemak, veiligheid en kwaliteit van leven.

Kom waar mogelijk tot een vereenvoudigd behandelingschema zowel voor orale middelen als voor insuline.

Vraag ouderen waarbij je twijfelt of het injecteren van insuline nog goed gaat (bijvoorbeeld door vergeetachtigheid, verandering in diabetesregulatie zonder duidelijke oorzaak, of spuitplaatsen) of zij de insulinepen met naaldjes en glucosemeter meenemen en laat het hen voordoen. Houd bij de keuze van het geneesmiddel rekening met de veranderingen, die door het ouder worden optreden.

Wees terughoudend met het voorschrijven van middelen die hypoglykemie veroorzaken.

Houd ook rekening met het feit dat sommige medicijnen de signalen van een hypoglykemie kunnen maskeren.

Geef duidelijke uitleg bij het voorschrijven van geneesmiddelen over symptomen van hypo-, en hyperglykemieën. Betrek daarbij de partner, familie of mantelzorger.

7. Voeding:

Vraag de oudere wat, hoeveel en op welke tijden hij/zij eet en drinkt en pas de bloedglucose verlagende medicatie hier zo nodig op aan.

Besteed aandacht aan mondzorg. Vraag één of twee keer per jaar hoe het met het gebit gaat en of men op controle is geweest bij de tandarts.

8. Voetzorg:

Verlies bij oudere diabetespatiënten met veel complexe problematiek/ comorbiditeit de voetscreening niet uit het oog. Voetulcera kunnen in korte tijd ontstaan. Voer preventieve voetzorg uit in multidisciplinair verband.

Oudere diabetespatiënten hebben zelf vaak moeite met de voetverzorging. Een belangrijke signaalfunctie is weggelegd voor thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers. Neem bij het signaleren van een voetwond zo snel mogelijk contact op met de hoofdbehandelaar van de patiënt.

9. Organisatie van de zorg:

Zorg voor goede coördinatie van de zorg. Overweeg om de zorg voor oudere diabetespatiënten met complexe zorgvragen op één zorglocatie en, waar mogelijk, bij één zorgverlener te concentreren.

Zorg voor goede gegevensuitwisseling binnen de eerste lijn en met tweede lijn en andere zorg- en welzijnsdomeinen.

Denk ook aan technologische hulpmiddelen die ouderen thuis kunnen ondersteunen.

10. Mantelzorg:

Besteed ook aandacht aan (overbelasting van) de mantelzorger.

Betrek, in overleg met de oudere zelf, de mantelzorger bij de zorg door deze uit te nodigen aanwezig te zijn tijdens huisbezoek, een consult en/of de medicatiebeoordeling.

Richt de educatie (ook) op de mantelzorger.

11. Integrale zorg:

Voor thuiswonende, kwetsbare ouderen met diabetes is integrale zorg nodig met geriatrische expertise in de eerste en tweede lijn.

Zorg voor voldoende kennis over diabetes bij zorgverleners die met ouderen werken en omgekeerd.

12. Ziekenhuisopname:

Zorg voor een goede overdracht van de thuissituatie naar het ziekenhuis en weer terug. Zorg voor continuïteit van de zorg zoals omschreven in het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis.

Voorkom ontregeling na een ziekenhuisopname. Bezoek patiënten binnen twee weken na ontslag om de diabetes in de thuissituatie goed te regelen.

1. Inleiding

1.1 Steeds meer thuiswonende ouderen met diabetes

De kans op diabetes type 2 neemt toe met de leeftijd. De vergrijzing is dan ook een belangrijke oorzaak van de snelle groei van het aantal mensen met diabetes in Nederland. Er komen steeds meer (oude) ouderen. Het aantal 65-plussers neemt de komende 25 jaar toe van 3,1 naar 4,8 miljoen, het aantal 90-plussers van 117.000 naar 340.000 (RIVM 2018).

Van de bijna 2,8 miljoen 70-plussers heeft 22 procent diabetes: dat zijn 625.000 ouderen. Ruim de helft, 57 procent, van de diabetespatiënten¹ in Nederland bestaat uit 70-plussers.

Bron: Zorginstituut Nederland, 2018

Steeds meer ouderen met diabetes wonen thuis. Het huidige overheidsbeleid is erop gericht om zelfredzaamheid bij ouderen te stimuleren en ouderen langer zelfstandig te laten wonen, eventueel met ondersteuning van mantelzorgers en professionele zorg aan huis. Het organiseren en aanbieden van ondersteuning en zorg in de thuissituatie, is een taak van de gemeente.

1.2 Nederlandse diabeteszorg van hoge kwaliteit

De Nederlandse diabeteszorg staat internationaal hoog aangeschreven. Wat betreft diabetes type 2 is dat met name te danken aan de multidisciplinaire aanpak van de zorg in zorggroepen. Daarnaast zorgt de sterke Nederlandse eerstelijnszorg voor zorg dichtbij de patiënt (Cebolla 2014). Basis onder de succesvolle ketenzorgaanpak is de NDF Zorgstandaard diabetes. De standaard is een dynamisch document waarin de leden van de Nederlandse Diabetes Federatie gezamenlijk de norm vaststellen voor goede diabeteszorg.

De Zorgstandaard heeft ertoe geleid dat elke patiënt met diabetes in Nederland kan rekenen op dezelfde hoogwaardige kwaliteit van zorg volgens landelijke richtlijnen en protocollen. Tegelijk weten we ook dat deze hoogwaardige diabeteszorg veel mensen met diabetes niet bereikt. Ook is bekend dat deze goede zorg niet altijd voldoende inspeelt op de mogelijkheden en behoeften van specifieke groepen, zoals ouderen. Standaardzorg is niet altijd de beste zorg, want mensen zijn niet standaard. Deze nieuwe module van de NDF Zorgstandaard richt de aandacht op de thuiswonende oudere met diabetes - een groep voor wie standaardzorg vaak niet de meest passende zorg is.

¹ Bij de huisarts en in het ziekenhuis spreekt men meestal over patiënten, in de ouderenzorg over cliënten. Hier is gekozen voor patiënten.

1.3 Van ziektegericht naar persoonsgericht

Sinds enkele jaren zet de NDF actief in op een ontwikkeling van standaardzorg naar zorg op maat. Een belangrijke mijlpaal in die ontwikkeling is de introductie van het diabetesjaargesprek, als opvolger van de diabetesjaarcontrole die vooral een medische focus heeft. Het diabetesjaargesprek stelt de persoon centraal, de mens met diabetes.

De ontwikkeling wordt mede gestimuleerd door de nieuwe, steeds breder gedragen, positieve benadering van gezondheid. Gezondheid is hier het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber 2011). Vanuit dat perspectief wil deze module een begin maken met zorg op maat voor thuiswonende ouderen met diabetes.

1.4 Ouderen met diabetes

Ouderen hebben vaker dan jongeren meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd en gebruiken vaker meerdere geneesmiddelen. Van de mensen van 75 jaar of ouder heeft ongeveer 80 procent twee of meer chronische aandoeningen (RIVM 2018). Deze chronische ziekten zijn wel te behandelen maar vaak niet te genezen. Daarnaast is bij normale veroudering over het algemeen ook sprake van afname van het gezichtsvermogen, het gehoor en achteruitgang in het geheugen.

Normale verouderingsprocessen hebben invloed op de diabetes, maar het omgekeerde geldt ook. Omdat dit niet bij iedereen bekend is, wordt de behandeling hier niet altijd op aangepast. Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren zijn gewoonlijk ontwikkeld per aandoening, ze voldoen niet bij comorbiditeit. Tot nu toe is er nog te weinig aandacht voor ouderen in richtlijnen (NIV, NVKG 2017). Gevolg hiervan is dat er bij ouderen vaak sprake is van over- en/of onderbehandeling (RIVM 2013, Hart 2018).

Thuiswonende ouderen met complexe problematiek hebben vaak te maken hebben met een hele reeks instellingen en zorgverleners, uiteenlopend van de huisarts, de apotheker, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en specialisten in het ziekenhuis tot voorzieningen van de gemeente, thuiszorg, en informele hulp van mantelzorgers en vrijwilligers. Vaak is het lastig om elkaar te vinden en hulp goed op elkaar af te stemmen.

Kortom, uit de praktijk blijkt dat er nog onvoldoende sprake is van zorg op maat voor ouderen met diabetes. Deze module adresseert knelpunten op het vlak van inhoud en organisatie van zorg; zie voor een knelpuntenanalyse bijlage 2. Vanuit de overtuiging dat ouder worden met behoud van kwaliteit van leven kan, ook bij ziekte en beperkingen. Gezondheid is geen doel op zich, maar een middel zodat ouderen kunnen blijven doen wat zij belangrijk vinden.

1.5 Afbakening module

Waar gaat deze module over?

Deze module beschrijft goede zorg en preventie op maat voor thuiswonende ouderen met diabetes en geeft aanbevelingen voor implementatie om de kwaliteit van leven van deze groep mensen te verbeteren en hun mogelijkheden voor participatie in de samenleving te verhogen.

Diabetes komt vaker voor bij mensen met een lage opleiding dan bij hoger opgeleiden.

De meeste ouderen met diabetes hebben type 2-diabetes (RIVM 2017) maar we zijn van mening dat dit document ook waardevolle aanbevelingen bevat voor ouderen met diabetes type 1.

Speciale aandacht wordt gegeven aan het herkennen van aspecten van kwetsbaarheid die van invloed kunnen zijn op de behandeling van en zorg voor ouderen met diabetes. Kwetsbare ouderen zijn vaker hoogbejaard, vrouw of alleenstaand en ze komen vaker uit lage sociaaleconomische klassen. Het SCP (2011) verwacht dat Nederland in 2030 meer dan 1 miljoen kwetsbare ouderen zal tellen.

Bij kwetsbare ouderen is nog veel winst te behalen, met name op het gebied van kwaliteit van leven, omdat:

- Deze groep heeft veel zorg nodig, waarbij diabetes onderdeel is van kwetsbaarheid op meerdere aspecten van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal);
- Deze groep heeft vaak cognitieve problemen en kan niet altijd goed voor zichzelf zorgen;
- Deze groep vraagt, onder andere vanwege de cognitieve problemen, om andere kennis en vaardigheden van zorgverleners;
- Bij deze groep is het risico op overbehandeling en overcontrolering groot, alsook op onderbehandeling.

Voor wie is deze module bedoeld?

Dit document beoogt professionals die in hun werk te maken hebben met (kwetsbare) ouderen met diabetes te ondersteunen bij het leveren van zorg op maat. Ook voor beleidsmedewerkers, zorggroep- en kwaliteitsmanagers en verzekeraars is dit document relevant om kennis van te nemen.

Werkwijze

Dit document dient gezien te worden als een verdieping van de zorg voor ouderen met diabetes, aanvullend op de NDF Zorgstandaard. Voor de ontwikkeling van deze module heeft de NDF een multidisciplinaire werkgroep ingesteld waarin ook mensen met diabetes vertegenwoordigd waren. Zie bijlage 1 voor de werkwijze en samenstelling van de werkgroep.

De module is tot stand gekomen door middel van een subsidie van het ministerie van VWS.

Aansluiting bij standaarden en richtlijnen

Tijdens de loop van het project verschenen twee nieuwe richtlijnen die relevant zijn voor de behandeling van en zorg voor ouderen met diabetes.

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (NHG 2018) waarin voor (kwetsbare) ouderen hogere streefwaarden worden geaccepteerd.

De NIV-richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen (NIV 2018) als onderdeel van de overkoepelende netwerkrichtlijn Diabetes mellitus. De richtlijn geeft aanbevelingen over de

behandeling en de organisatie van zorg bij oudere patiënten met diabetes, bij wie sprake is van meerdere aandoeningen en het gebruik van meerdere geneesmiddelen naast elkaar.

De Multidisciplinaire richtlijn Verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen is op onderdelen verouderd maar bevat nog steeds relevante aanbevelingen voor de zorg voor kwetsbare ouderen, zowel thuis als in verzorgings- en verpleeghuizen (Verenso 2011).

Tot slot: In de tekst wordt via links verwezen naar documenten en websites met aanvullende informatie. De links waren op het moment van schrijven actueel maar voor de toekomst zijn daar geen garanties voor te geven.

2. Ouderen met diabetes

Ouderdom komt met gebreken, maar niet voor iedereen in dezelfde mate. Er is een grote diversiteit in gezondheid en vitaliteit tussen ouderen. Dit heeft gevolgen voor de diabeteszorg. De behandeling van mensen met diabetes richt zich op voorkomen en behandelen van klachten en diabetes gerelateerde complicaties. Maar voor de kwetsbare oudere met beperkte levensverwachting is behandeling om complicaties op lange termijn te voorkomen veel minder van belang, omdat die lange termijn er meestal niet meer is. Behoud van kwaliteit van leven en behoud van zelfstandigheid staat voorop. Voor de vitale oudere met langere levensverwachting geldt dit in mindere mate maar ook voor hen geldt dat de diabetesbehandeling aangepast kan worden op normale verouderingsprocessen.

In dit hoofdstuk wordt een definitie van kwetsbaarheid gegeven, waarbij ouderen kwetsbaar kunnen zijn op verschillende domeinen. Ook wordt duidelijk wat ouderen zelf van kwetsbaarheid vinden en dat beter gesproken kan worden over behoud van kwaliteit van leven. Aandachtspunten bij de behandeling van diabetes bij ouderen komen in de laatste paragraaf aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen.

2.1 Definities van kwetsbaarheid

Er bestaan veel verschillende definities van kwetsbaarheid. Bij smalle definities wordt sterk de nadruk gelegd op belemmeringen in het fysieke functioneren en is nauwelijks aandacht voor het sociale en cognitieve of psychische functioneren. In dit document wordt aangesloten bij de definitie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP 2011): Kwetsbaarheid bij ouderen is 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).

Het RIVM heeft deze definitie aangepast en uitgebreid met een domein voor cognitieve kwetsbaarheid. Dit is gedaan in overleg met verschillende experts omdat de belemmeringen in cognitie zo anders van aard zijn dan de belemmeringen vanwege depressieve en angstige gevoelens (RIVM 2015).

Welke ouderen zijn kwetsbaar

Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zijn vaker ouder, vrouw of alleenstaand en hebben vaker een lage sociaaleconomische status. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid is echter het hebben van meer dan een aandoening, en het hebben van lichamelijke beperkingen. Een opname in een verpleeghuis komt vaak in beeld als de beschikbare mantelzorgers niet meer de benodigde zorg kunnen geven of als er geen mantelzorgers beschikbaar zijn.

Kwetsbaarheid komt het vaakst voor bij mensen met een laag opleidingsniveau, op alle domeinen (SCP 2011, RIVM 2015). Diabetes komt vaker voor bij mensen met een lage opleiding dan bij hoger opgeleiden (RIVM 2017). Een lage opleiding is dus zowel een risicofactor voor diabetes als voor kwetsbaarheid.

Mensen kunnen op meerdere domeinen kwetsbaar zijn. Opvallend is dat onderzoek van het RIVM (2015) laat zien dat er maar weinig overlap is tussen de vier domeinen van kwetsbaarheid. De ene kwetsbare oudere is sociaal en fysiek kwetsbaar, de andere oudere alleen cognitief kwetsbaar. Dé kwetsbare oudere bestaat dus niet.

Cognitieve beperkingen

Normale veroudering gaat gepaard met een achteruitgang in het geheugen en een afname van de snelheid waarmee informatie wordt verwerkt. Bij succesvolle veroudering passen mensen zich aan aan veranderende omstandigheden en compenseren voor functies die minder worden. Cognitieve verschillen tussen mensen worden groter naarmate de leeftijd toeneemt. Een gezonde leefstijl, gezond eten, voldoende bewegen, niet roken en onderhoud van een sociaal netwerk blijken gunstig te zijn voor het behoud van cognitieve functies.

Er zijn aanwijzingen dat mensen met diabetes een hoger risico lopen op het ontwikkelen van cognitieve beperkingen en dementie, waaronder de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. (Biessels 2006, Profenno 2010).

Mensen met cognitieve beperking krijgen problemen met het geheugen, taal, het uitvoeren van handelingen, plannen en organiseren. Een gezonde mantelzorger kan de situatie korte of langere tijd compenseren, alleenstaande ouderen hebben eerder zorg van anderen nodig. Cognitieve kwetsbaarheid kan grote gevolgen hebben voor het diabetes zelfmanagement zoals veilig medicijngebruik.

Ouderen over kwetsbaarheid

Ouderen die naar medische maatstaven kwetsbaar zijn, voelen zich niet altijd kwetsbaar (SCP 2011). Uit onderzoek blijkt dat ouderen lichamelijke gezondheid weliswaar belangrijk vinden, maar nog meer belang hechten aan hun psychische en sociale welbevinden. Kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen in de leeftijd van 67 tot en met 90 jaar omschrijven kwetsbaarheid in dezelfde termen: slechte gezondheid, moeite hebben met lopen, somber zijn, angstig zijn, weinig sociale contacten hebben en niet in staat zijn om de dingen te doen die men wil doen. Mannen leggen meer nadruk op fysieke beperkingen, vrouwen meer op psychologische en sociale beperkingen (Puts et al 2009)

Concluderend kan gesteld worden dat 'kwetsbaarheid' een hulpverlenersbegrip is dat weinig betekenis heeft voor ouderen zelf. Kwetsbare ouderen kunnen zich weinig voor stellen bij kwetsbaarheid. Voor ouderen staat het behoud van kwaliteit van leven voorop.

Onderzoek laat zien dat 'kwetsbaarheid' en 'gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven' inhoudelijk grotendeels samenvallen. Hulpverleners kunnen daarom met kwetsbare ouderen het beste spreken over behoud en verlies van kwaliteit van leven (een eigen huis, familie en vrienden, hobby's) en het hulpverlenersjargon rond kwetsbaarheid vermijden.

2.2 Kwaliteit van leven

Er bestaan een groot aantal definities van kwaliteit van leven. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de definitie 'de perceptie van individuen op hun levenspositie in de context van de

cultuur en het waardensysteem waarin zij leven en de relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en belangen.' Kwaliteit van leven is een subjectief begrip. Het zegt iets over hoe een persoon zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale functioneren ervaart. Het kan daarnaast ook objectieve aspecten betreffen, bijvoorbeeld als het gaat om beperkingen als gevolg van ziekte.

Voor zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen (67-90 jaar) omvat kwaliteit van leven een goede gezondheid hebben, je goed voelen, sociale relaties hebben, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis in een goede buurt wonen. Beide groepen vinden gezondheid, welzijn en sociale contacten het belangrijkste. Wat men het meest van belang vindt voor de kwaliteit van leven verandert als mensen kwetsbaarder worden: niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid het belangrijkste, kwetsbare ouderen hechten meer waarde aan sociale contacten (Puts et al., 2007; Van Campen, 2011).

Hoewel de meeste kwetsbare ouderen hun slechtere gezondheid hebben geaccepteerd en hun activiteiten hebben aangepast, ervaren zij wel een lagere kwaliteit van leven dan niet-kwetsbare ouderen (Puts et al. 2007). Gemiddeld ervaren mensen met diabetes de kwaliteit van leven als slechter dan mensen zonder chronische ziekten (RIVM 2007).

Mijnkwaliteitvanleven.nl is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland voor mensen met een chronische ziekte, ouderen met een beperking en hun mantelzorgers. Ouderen kunnen twee keer per jaar een online vragenlijst invullen over hun persoonlijke situatie, hun mogelijkheden en beperkingen, hun ervaren gezondheid en de zorg en leefomgeving. Na het invullen van de vragenlijst ontvangen zij een persoonlijk overzicht waarmee duidelijk wordt wat goed gaat en wat beter kan. Dit kan gebruikt worden om in gesprek te gaan met familie, zorgverleners of de gemeente. Zie <https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/>

Ook de vragenlijst en het spinnenweb van positieve gezondheid kunnen door ouderen worden gebruikt om in kaart te brengen hoe zij zelf hun gezondheid ervaren. Voelen ze zich tevreden, gelukkig of juist eenzaam? Lukt het om de dagelijkse dingen te doen, zoals het huishouden? Ouderen kunnen met die uitkomsten in gesprek met hun hulpverleners over wat voor hen belangrijk is en wat ze zouden willen veranderen. Zie <https://iph.nl/tools/>

2.3 Wensen van ouderen

Huang e.a. (2005) hebben onderzoek gedaan naar zorgdoelen van diabetespatiënten van 65 jaar en ouder. 71% van de patiënten gaven als behandeldoel het behouden van hun zelfstandigheid bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Een ander behandeldoel dat belangrijk werd gevonden was om gezond en in leven te blijven (29%). Verder werden het voorkomen van complicaties van de diabetes, een lage medicatielast en het controleren van gewicht en risicofactoren belangrijk gevonden.

Het ouderenplatform van BeterOud heeft een toetsingskader opgesteld. Hierin geven ouderen aan wat zij belangrijk vinden bij wonen, welzijn en zorg. Het toetsingskader geeft aandachtspunten per levensfase; de fase waarmee ouderen zich voorbereiden op de toekomst, de fase waarin ze zo zelfstandig mogelijk wonen en de fase waarin opnames in het ziekenhuis voorkomen en ouderen zorg thuis krijgen.

Het toetsingskader is te vinden via <http://www.beteroud.nl/images/beteroud/nieuws/2018/DEF-DEF-toetsingskader.pdf>

2.4 Aandachtspunten bij de behandeling van diabetes bij ouderen

Er is een grote diversiteit in gezondheid en vitaliteit tussen ouderen. In zijn algemeenheid geldt voor iedere oudere wel dat verschillende processen in het lichaam vertragen en dat de zintuigen achteruitgaan. Deze normale verouderingsprocessen kunnen invloed hebben op de diabetes, met name wanneer zorgverleners en ouderen zelf, de diabeteszorg hier niet op aanpassen. Daarnaast kunnen verschillende ziekten, zoals diabetes, iemand kwetsbaar maken. Verouderingsprocessen hebben dus invloed op de diabetes, maar het omgekeerde geldt ook.

De zorg voor mensen met diabetes gebeurt in een team waarin de oudere en zijn naasten centraal staan. Bij diabeteszorg zijn verschillende zorgverleners betrokken, ieder met zijn eigen specifieke deskundigheid. Vanuit hun verschillende achtergronden kunnen ze veranderingen bij de oudere signaleren en met elkaar delen. Een verpleegkundige, diëtist, fysiotherapeut of medewerker van een wijkteam zal andere signalen waarnemen dan een apotheker of een arts.

In deze paragraaf worden enkele symptomen van veroudering benoemd die gevolgen kunnen hebben voor de behandeling van diabetes. Het voert voor dit document te ver om alle symptomen van veroudering en de gevolgen daarvan te benoemen. Er is voor gekozen om de meest opvallende symptomen en de gevolgen daarvan te beschrijven. Deze symptomen kunnen op verschillende terreinen tot uiting komen en kunnen door verschillende zorgprofessionals worden gesignaleerd.

Symptomen van veroudering die gevolgen kunnen hebben voor de diabetes:

- De zintuiglijke waarneming en de oog-hand coördinatie gaan achteruit. Dit kan problemen geven met het goed lezen van doseervoorschriften op etiketten, het openen van verpakkingen of medicijnstrips, het aflezen van de instelling op de insulinepen, of het werken met de insulinepen zelf. Vraag hiernaar als u het met de oudere hebt over medicatiegebruik. Soms durft een oudere hier niet zelf over te beginnen. Houd bij de keuze van medicatie rekening met de mogelijkheden van de patiënt of de mantelzorg. Zie ook paragraaf 3.4.
- Reuk en smaakvermogen kunnen achteruitgaan. Ook vermindert bij ouderen vaak de eetlust. Door onregelmatig eten of overslaan van maaltijden kunnen er makkelijker fouten worden gemaakt in medicatiegebruik en kan een hypoglykemie op de loer liggen. Zie paragraaf 3.6.
- Bij veroudering wordt vaak spiermassa verloren. Bij diabetespatiënten kan (door een chronisch verhoogde bloedglucosespiegel) de spiermassa sneller achteruitgaan dan bij personen zonder diabetes (Leenders et al 2013). Dit leidt mogelijk ook tot een verminderde effectiviteit van een glucagoninjectie bij een ernstige hypoglykemie. In dat geval zal glucose moeten worden toegediend.
- Bij het achteruit gaan van spiermassa en spierfunctie kan de patiënt minder mobiel worden. Een verminderde mobiliteit heeft een negatief effect op de conditie en op de diabetes.
- Bij het ouder worden verandert de lichaamsstelling. Verhoudingsgewijs is er meer vetweefsel, minder vocht en minder spiermassa. Dit is van invloed op de verdeling van een medicijn in het lichaam en de werkzaamheid van een medicijn. Zie voor meer achtergrondinformatie: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/farmacologie/ouderen>
- Veroudering gaat vaak gepaard met gewichtsverlies. Hierdoor neemt de gevoeligheid voor insuline toe, en daalt het HbA1c. Dit kan hypoglykemieën veroorzaken.

- Bij iedereen gaat met het ouder worden de nierfunctie achteruit. Afhankelijk van risicofactoren (bijvoorbeeld te hoge bloeddruk, te zout eten, medicatiegebruik) verloopt dit proces traag of versneld. Bij een sterke daling in de nierfunctie worden afvalstoffen en medicijnresten minder goed uitgefilterd. Dit kan een risico geven op hogere medicatiespiegels. Er blijft dan meer werkzaam medicijn achter in het bloed. Dit is van invloed op tal van processen in het lichaam, maar ook op de instelling van de diabetes/ op de bloedglucosewaarden. Samenwerking tussen arts, apotheker en de oudere en/of mantelzorger in het actief monitoren van de nierfunctie en hierop bijstellen van de medicatie is een aandachtspunt
- Symptomen van hypoglykemie en hyperglykemie worden bij oudere diabetespatiënten vaak minder goed herkend en verward met algemene symptomen van veroudering (Herfst 2017). Waarschuwingssignalen (als trillen of zweten) bij een dalende bloedglucosespiegel kunnen ten opzichte van gezonde volwassenen of mensen met kort bestaande diabetes minder aanwezig zijn of pas bij lagere bloedglucosespiegels optreden. Terwijl symptomen als verwardheid of concentratieproblemen (cognitieve symptomen) wel al optreden bij het dalen van de bloedglucosespiegel. Deze klachten worden niet altijd als symptoom van een hypoglykemie herkend (Wong 2015). Ook kunnen bètablokkers bepaalde symptomen maskeren en het herstel uit een hypoglykemie vertragen. Bij het wegvallen van de waarschuwingssignalen kan het zowel voor de hulpverlener als patiënt of mantelzorger lastig zijn om een hypoglykemie te herkennen en behandelen. Cognitieve symptomen van een hypoglykemie blijven vaak nog enkele uren bestaan nadat de bloedspiegel weer is hersteld. Dit kan een risico geven op het maken van medicatiefouten door de patiënt met soms opnieuw risico op een hypoglykemie. Ook signalen van hyperglykemie kunnen minder makkelijk worden herkend. Eén van de bekendste signalen van het hebben van hoge bloedglucosewaarden is bijvoorbeeld het hebben van dorst. Door het verminderen van het dorstgevoel bij ouderen staat dit niet meer als symptoom op de voorgrond en wordt het minder makkelijk herkend. Denk aan de mogelijkheid van een te hoge bloedglucosespiegel bij klachten als polyurie, urineverlies, vermoeidheid of het vaak doormaken van infecties.

Daarnaast hebben ouderen met diabetes een hoger risico op:

- Cognitieve beperkingen. Dit kan problemen geven in zelfmanagement, medicatiegebruik en het op tijd om hulp vragen. Een belangrijk voorbeeld hierbij is ook de voetzorg en aanpassingen van medicatie tijdens de Ramadan.
- Depressies. Ouderen uiten zich hierbij vaker in termen gericht op lichamelijke klachten. Minder vaak in termen als somberheid of angst.
- Vallen. Achteruitgang in conditie, verlies van spiermassa, mobiliteit, coördinatie en zintuigelijke waarneming kunnen een verhoogd risico geven op vallen. Ook overbehandeling met bloeddruk- en bloedglucoseverlagende medicatie kan het risico op vallen verhogen.

Aanbeveling:

De behandeling van diabetes bij ouderen is maatwerk. Het behandeldoel verschuift met toenemende kwetsbaarheid en afnemende levensverwachting van het voorkomen van complicaties op langere termijn naar behoud van kwaliteit van leven en behoud van zelfstandigheid. Wees je hiervan bewust bij het gesprek met de patiënt, vraag wat voor hem belangrijk is. Houd hierbij ook rekening met aspecten van kwetsbaarheid die van invloed zijn op de kwaliteit van leven en de diabetesbehandeling, met name het zelfmanagement.

Bij de behandeling van ouderen met diabetes is het van belang dat hulpverleners zich bewust zijn van verandering in presentatie van verschillende symptomen, en symptomen niet verwarren met verouderingsprocessen. Pas de behandeling aan op de veranderingen in het lichaam. Besteed tijdens de voorlichting aandacht aan de andere symptomen van hypoglykemie en de risico's van hypoglykemie. Betrek hier ook de mantelzorger bij.

3. Inhoud van de zorg

3.1 Cognitie

Bij mensen met een cognitieve stoornis en/of mensen die een intensive behandeling voor de diabetes ondergaan neemt de kans op hypoglykemieën toe (Munshi et al. 2006, Gerstein et al. 2008).

Er lijkt ook een wederzijdse relatie te zijn tussen hypoglykemieën en dementie. Oudere diabetespatiënten met hypoglykemieën hebben een hoger risico op het ontwikkelen van dementie, en oudere diabetespatiënten met dementie hebben een hoger risico op het ontwikkelen van hypoglykemieën (Yaffe 2013). Het verhoogde risico op hypoglykemieën onder diabetespatiënten met dementie kan een gevolg zijn van de moeite die het kost om de ziekte dagelijks in goed banen te leiden.

Een goede cognitie is belangrijk voor de zelfredzaamheid. Mensen met cognitieve beperkingen kunnen moeite krijgen met alledaagse activiteiten, zoals boodschappen doen, en het uitvoeren van praktische handelingen, zoals aankleden en het controleren en verzorgen van de voeten. Dit kan grote gevolgen hebben voor het zelfmanagement van de ziekte. Mensen met dementie kunnen vergeten te eten of juist extreem veel (zoet) eten, dit kan leiden tot hypo- en hyperglykemieën. Mensen met cognitieve beperkingen kunnen vergeten hun medicijnen in te nemen, te laat innemen, verkeerd toedienen of de verkeerde dosering nemen.

Het zou goed zijn mensen met cognitieve problemen vroeg te herkennen en daar de behandeling op af te stemmen.

In de NIV-richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen (2018) wordt aanbevolen ouderen tenminste éénmaal per jaar te screenen op de aanwezigheid van cognitieve beperkingen met behulp van een vraag uit het TRAZAG-instrument: Bent u vergeetachtiger dan voorheen?

Betrek bij deze vraag ook de partner/familie/mantelzorger omdat ouderen een achteruitgang in het geheugen vaak goed weten te verbergen. Als de vraag met ja wordt beantwoord, kan de betreffende klacht verder worden uitgevraagd.

Er zijn verschillende vragenlijsten en meetinstrumenten voor screening van ouderen op cognitieve beperkingen zoals de Mini-Mental State Examination (MMSE) en de Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Informatie over screeningsinstrumenten voor het bepalen van zorgproblemen bij (kwetsbare) ouderen is te vinden via de kennisbank van het Platform Ouderenzorg: <http://www.platformouderenzorg.nl/screening.php>.

Via <http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/Search> is met behulp van een zoekmachine informatie te vinden over meer dan 350 Nederlandstalige meetinstrumenten, o.a. PROMs en observatietesten, die te gebruiken zijn in de dagelijkse praktijk en in onderzoek.

Aanbeveling:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke cognitieve problemen. Gebruik hiervoor de vraag: Bent u vergeetachtiger dan voorheen? Betrek bij deze vraag ook de mantelzorger. Vraag de klacht verder uit als de vraag met ja beantwoord wordt. Gebruik een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van cognitieve problemen.

Houd bij het opstellen van een behandelplan rekening met het cognitief functioneren van de oudere met diabetes.

3.2 Depressie

Mensen met diabetes hebben twee keer zo veel kans op het krijgen van depressieve klachten. De symptomen van een depressie, zoals concentratieproblemen, vergeetachtigheid, besluiteloosheid en slapeloosheid, kunnen erg belemmerend zijn voor het dagelijks functioneren, het zelfmanagement en de kwaliteit van leven van mensen met diabetes.

Er is bewijs dat een depressie bij ouderen onvoldoende onderkend en behandeld wordt in de eerste lijn (Verenso 2011). Bij ouderen boven 70 jaar uit een depressie zich eerder in fysieke klachten als vermoeidheid, gebrek aan eetlust en pijn dan in somberheid. Deze verschijnselen worden vaak toegeschreven aan het ouder worden. De aandacht voor de fysieke klachten kan tot gevolg hebben dat de achterliggende depressie buiten beeld blijft bij hun zorgverlener. Zorgverleners zouden bij onbegrepen lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid of gewichtsverlies zonder duidelijke verklaring, expliciet naar sombere gevoelens kunnen vragen (Hegeman 2016).

Een depressie kan de bloedsuikerspiegel nadelig beïnvloeden. Medicamenteuze behandeling van een depressie kan de bloedsuikerspiegel ook beïnvloeden. Waak voor mogelijke ontregeling.

Een depressie is ook bij ouderen goed te behandelen. Door herkenning en behandeling van depressieve klachten bij kwetsbare ouderen kan hun kwaliteit van leven aanzienlijk worden verbeterd (SCP 2011).

Voor verder advies wordt verwezen naar de richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF-werkgroep Diabetes en depressie, 2013) onder andere voor signaleringsinstrumenten.

<http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2013/11/Richtlijn-Signalering-en-monitoring-van-depressieve-klachten-DEF-261120131.pdf>

Aanbeveling:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke stemmingsstoornissen. Gebruik hiervoor de vraag: Bent u somberder gestemd dan voorheen? Vraag de klacht verder uit als de vraag met ja beantwoord wordt.

Wees alert op (andere) symptomen van een depressie bij ouderen.

3.3 Vallen

Ouderen met diabetes lopen een grotere kans dan andere ouderen op valincidenten. Belangrijke oorzaken zijn visuele beperkingen, hypoglykemie en polyfarmacie (Verenso 2011, NIV 2018). Valincidenten kunnen ernstige gevolgen hebben zoals botbreuken maar ook valangst en afname van de mobiliteit. Lenigheids- en balansoefeningen verbeteren de beweeglijkheid van de gewrichten en verminderen het risico op vallen. Aangeraden wordt om deze oefeningen te doen in combinatie met duur- en krachttraining. Als het niet haalbaar of mogelijk is om duur- en/of krachttraining uit te oefenen, kan er ook gekozen worden voor lenigheids- en balansoefeningen alleen. Deze oefeningen verbeteren weliswaar niet de glykemische controle, maar wel de lenigheid, beweeglijkheid en stabiliteit (NDF 2018).

Er is veel aandacht voor valpreventie, onder andere op <https://www.zorgvoorbeter.nl/valpreventie-ouderen> en <https://www.loketgezondleven.nl/interventieoverzicht2/Valpreventie>. Hier zijn onder andere aanbevolen en goed beschreven interventies te vinden. Op de laatste website is ook de Valanalyse te vinden waarmee via twee vragen een verhoogd valrisico kan worden vastgesteld (casefinding). Als er sprake is van een verhoogd valrisico wordt in kaart gebracht welke factoren bij die persoon het risico op vallen veroorzaken (screening) waarna op maat advies kan worden gegeven.

Aanbeveling:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke valincidenten. Gebruik hiervoor de vragen: Bent u het afgelopen jaar gevallen? En: Heeft u moeite met bewegen of lopen? Volg hiervoor het schema van de Valrisicotest.

Neem bij ouderen die volgens de Valrisicotest een verhoogd valrisico hebben de Valanalyse af. Denk bij een verhoogde kans op vallen aan een combinatie van duur- en krachttraining met lenigheids- en balansoefeningen.

3.4 Medicatie

Bij de keuze van het geneesmiddel dient rekening te worden gehouden met de veranderingen, die door het ouder worden optreden. Het verouderingsproces verloopt echt niet bij iedereen in hetzelfde tempo en op dezelfde manier, maatwerk is dus nodig. Daarnaast zijn bij ouderen dikwijls meerdere aandoeningen tegelijk aanwezig. In de praktijk betekent dit dat de patiënt meerdere geneesmiddelen gebruikt waarbij de kans op interacties en bijwerkingen toeneemt. In deze paragraaf komt eerst het voorkomen van overbehandeling besproken, waarbij met name aandacht wordt besteed aan de glykemische instelling. Daarna komt polyfarmacie aan de orde.

3.4.1 Voorkomen overbehandeling

Er is geen bewijs dat intensieve glykemische behandeling bij kwetsbare ouderen met diabetes mellitus zinvol is (Verenso 2011). Een goede regulatie van de glucosewaarden is van belang om diabetes gerelateerde complicaties en hart- en vaatziekten te voorkomen. Maar de voordelen van een strikte glykemische controle openbaren zich pas na jaren, jaren die de kwetsbare oudere vaak niet meer heeft. Daarnaast neemt het voordeel van intensieve bloedglucoseregulatie af bij langere

diabetesduur en een toegenomen leeftijd (Turnbull, 2009; Stettler, 2006). Bovendien gaat intensieve glykemische controle gepaard met meer hypoglykemieën (Turnbull, 2009; Stettler, 2006). Oudere patiënten zijn kwetsbaar voor hypoglykemieën: een hypoglykemie kan een ernstiger beloop hebben, de symptomen van hypoglykemie zijn bij ouderen minder specifiek en worden daardoor niet altijd herkend, en patiënten met cognitieve stoornissen zijn minder goed in staat klachten aan te geven (Alagiakrishnan 2010)). De gevolgen van hypoglykemie kunnen groot zijn: vallen, ziekenhuisopname en verlies van zelfstandigheid.

Bij kwetsbare ouderen met diabetes is het belangrijkste aspect van glykemische instelling het voorkomen van symptomatische hypo- of hyperglykemieën (Verenso 2011).

Herhaaldelijke hypoglykemieën kunnen leiden tot een verminderde symptoomwaarneming bij insuline afhankelijke diabetes type 2 en zelfs tot 'hypoglykemie unawareness'; 8-10% kampt met hypoglykemie unawareness (NIV 2013). Hypoglykemie unawareness kan als gevolg hebben dat de patiënt niet meer mag autorijden. Dit kan de kwaliteit van leven beïnvloeden.

Hoewel bekend is dat ouderen geen baat hebben bij een intensieve behandeling met bloedglucoseverlagende medicatie maar wel de mogelijke nadelen ondervinden (meer kans op hypoglykemie, belasting door prikken en polyfarmacie) (Lipska 2015) en de richtlijnen de mogelijkheid geven persoonlijke behandeldoelen te stellen, blijkt in de praktijk vaak sprake te zijn van overbehandeling (Sussman 2015, Lipska 2015, Hart 2018).

Redenen waarom sprake kan zijn van overbehandeling ondanks de richtlijnen, zoals naar voren gekomen uit de veldverkenning:

- Zorgverleners denken dat ouderen het gevoel kunnen krijgen te zijn opgegeven.
- Ouderen kunnen gehecht zijn aan hun behandelingschema.
- Onvoldoende ondersteuning van zorgverleners bij het loslaten van protocollen.

Bij diabetes type 2 patiënten van 70 jaar en ouder met een persoonlijk behandeldoel bleek in een onderzoek in de Julius gezondheidscentra 20% overbehandeld te worden (Hart 2018). Overbehandeling is hierbij gedefinieerd als een HbA1c lager dan de persoonlijke streefwaarde. Het grootste gedeelte van de patiënten met overbehandeling was kwetsbaar (vastgesteld aan de hand van de Frailty Index) en gebruikte meer dan 5 medicijnen. Bij veel patiënten was sprake van complicaties en comorbiditeit. Opvallend was dat van de patiënten die werden overbehandeld 20% hypoglykemieën en 30% vallen rapporteerden, maar hun behandeling desondanks niet werd gedeïntensiveerd. De resultaten van deze studie geven aan dat zorg op maat nog geen dagelijkse praktijk is en dat overbehandeling bij oudere patiënten met diabetes type 2 een probleem is. De definitie van een HbA1c-ondergrens zou overbehandeling kunnen helpen voorkomen. (Hart 2018).

Mallery (2013) pleit voor een ondergrens in plaats van een bovengrens en een streefwaarde afhankelijk van persoonlijke omstandigheden en symptomen en daarnaast voor het vereenvoudigen van de behandeling van kwetsbare ouderen met diabetes type 2.

De NHG-Standaarden geven de mogelijkheid om voor individuele diabetespatiënten behandeldoelen vast te stellen die minder strikt zijn dan de geldende standaardwaarden. Het hanteren van individuele streefwaarden kan tot minder intensieve behandeling leiden. Daarmee bespaart men een aanzienlijk deel van de diabetespatiënten de nadelige effecten van een al te strikte regulatie van bloedglucose, bloeddruk en cholesterol (Boels et al 2018).

In de nieuwe NHG-standaard diabetes mellitus type 2 wordt rekening gehouden met ouderen. De streefwaarde van het HbA1c is afhankelijk van de leeftijd, behandeling en ziekte duur. Bij (kwetsbare) ouderen is de HbA1c-streefwaarde in het algemeen hoger. Voor patiënten van 70 jaar en ouder die alleen worden behandeld met leefstijladvies en/of metformine monotherapie is de HbA1c -streefwaarde ≤ 53 mmol/mol. Patiënten van 70 jaar en ouder die meer dan alleen metformine gebruiken en een diabetesduur van minder dan 10 jaar hebben kunnen een HbA1c 54-58 mmol/mol nastreven. Is de diabetesduur ≥ 10 jaar dan wordt een streefwaarde 54-64 mmol/mol geadviseerd. Voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperkte levensverwachting zijn HbA1c waarden tot 69 mmol/mol geaccepteerd. Persoonlijke omstandigheden kunnen aanleiding geven om, in overleg met de patiënt, van deze indeling af te wijken. (NHG 2018).

Hoewel goede onderzoeken naar het afbouwen van bloedglucoseverlagende medicatie bij ouderen ontbreken, is in veel landen overeenstemming over het minder streng behandelen van (kwetsbare) ouderen met diabetes (Farrell 2017). In de bijlage 3 is een practice-based voorbeeld opgenomen met streefwaardes voor de bloedglucoseverlagende en bloeddrukverlagende medicatie en statines bij ouderen met diabetes type 2. Uiteraard kan een dergelijk practice-based schema alleen gebruikt worden in combinatie met scholing, mogelijkheid tot consultatie en controle op effect. Overigens kunnen bij het bestaan van hyperglykemische klachten als moeheid, dorst, minder alert functioneren, vergeetachtigheid, polyurie en/of wazig zien er goede redenen zijn de glucoseregulatie toch weer te intensiveren.

Het belangrijk onderscheid te maken tussen type 1 en type 2 patiënten. Het afbouwschema in bijlage 3 is bedoeld voor ouderen met diabetes type 2. Bij type 1 patiënten kan, als de bloedglucose te veel oploopt, een ketoacidose optreden. Vraag bij een hoge bloedglucosewaarde eerst of het om diabetes type 1 of type 2 gaat. Ouderen met diabetes type 1 worden bij voorkeur behandeld door de internist. Wanneer ouderen vanwege hoge leeftijd en verminderde mobiliteit in de eerste lijn worden behandeld, kan eenmaal per jaar de internist worden geconsulteerd voor advies over het te voeren beleid.

Aanbeveling:

Kom in overleg met de patiënt tot individuele streefwaardes voor bloedglucose, bloeddruk en cholesterol.

Wees alert op overbehandeling bij ouderen en de mogelijkheid tot afbouwen van de bloedglucoseverlagende en bloeddrukverlagende medicatie en statines. Let wel op het verschil tussen type 1 en type 2-diabetes. Bij type 1 patiënten kan, als de bloedglucose te veel oploopt, een ketoacidose optreden. Vraag bij een hoge bloedglucosewaarde eerst of het om diabetes type 1 of type 2 gaat. Ouderen met diabetes type 1 worden bij voorkeur behandeld door de internist.

Vraag de oudere en zijn mantelzorgers naar het voorkomen van hypoglykemieën maar wees ook zelf alert. Is iemand vaak duizelig of slaperig, vertoont hij verward gedrag, kijk dan hoe die persoon is ingesteld. Wees concreet in vragen die je stelt en benoem wat je wilt weten. Vraag bijvoorbeeld bij ouderen die zelf hun bloedglucose meten of ze wel eens waarden lager dan 4 meten. Benoem symptomen die zouden kunnen passen bij een hypoglykemie.

3.4.2 Polyfarmacie

Bij ouderen met diabetes is vaak sprake van polyfarmacie (het gebruik van 5 of meer verschillende geneesmiddelen). Vooral bij kwetsbare ouderen kan dit risico's met zich meebrengen, zoals onnodige ziekenhuisopnamen. Het aantal patiënten dat door geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis wordt opgenomen steeg van 50.000 in 2008 naar ruim 65.000 in 2013. De stijging kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan de vergrijzing. Geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames kwamen bij patiënten van 65 jaar en ouder vier keer vaker voor dan bij patiënten tussen de 18 en 65 jaar (Erasmus MC 2017). Uit onderzoek blijkt dat het risico van vallen toeneemt met het aantal gebruikte geneesmiddelen, na recente veranderingen in de dosering van geneesmiddelen en gebruik van psychofarmaca. Het stoppen met psychofarmaca wordt beschouwd als een belangrijke interventie om een val te voorkómen (Daal 2003). Ongeveer 45 procent van de 65-plussers gebruikt 5 of meer verschillende medicijnen. Voor bijna 20 procent van de 75-plussers loopt dit op tot meer dan 9. Het overgrote deel van mensen met polyfarmacie woont thuis (RIVM 2013). De meest frequente problemen bij ouderen met polyfarmacie zijn dat ze te veel medicijnen innemen: men gebruikt één of meer geneesmiddelen die niet, of niet meer, nodig zijn (overbehandeling). Ook kan er sprake zijn van onderbehandeling: dan is een geneesmiddel wél nodig, maar wordt het niet voorgeschreven. Het gebruik van een groter aantal geneesmiddelen en een groter aantal voorschrijvers is geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven en met meer gezondheidsklachten. Polyfarmacie is een factor voor het optreden van (vermijdbare) bijwerkingen (RIVM 2013). Als bijwerkingen niet als zodanig worden herkend ontstaat er vaak een prescribing cascade, waarbij het ene middel wordt voorgeschreven om de bijwerkingen van een ander middel te verhelpen. Voor mensen met diabetes is van belang dat sommige medicijnen de signalen van een hypoglykemie kunnen maskeren. De medicamenteuze behandeling bij een (kwetsbare) oudere, en in het bijzonder de aanpak van polyfarmacie is een uitdaging in de behandeling van de patiënt. Een arts kan dit niet alleen. Hulp van de apotheker is van belang om overbehandeling of juist onderbehandeling te voorkomen. Ook bewaakt de apotheker interacties met andere geneesmiddelen en heeft de apotheker een adviserende rol ten aanzien van medicatiegebruik bij lichamelijke aandoeningen, bij slikproblemen of bij een verminderde nierfunctie. Overweeg bij ouderen met diabetes die voldoen aan de inclusiecriteria van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (NHG 2012) tenminste een keer per jaar een medicatiebeoordeling door patiënt (of mantelzorg/verzorgenden), arts en apotheker.

Zie voor aanbevelingen over het voorschrijven van diabetesmedicatie bijlage 4.

Therapietrouw

Therapieontrouw komt veel voor bij chronisch medicatiegebruik. Hoe meer medicijnen ouderen voorgeschreven krijgen, hoe minder kennis ze hebben over de aandoeningen waarvoor ze die moeten nemen. Ook laten ze die medicijnen vaker staan (Bosch-Lenders 2016). Ook de dosisfrequentie is van belang. Volgens een meta-analyse van 51 studies was het terugbrengen van de dosisfrequentie van meer- naar eenmaal per dag succesvol voor het verbeteren van de therapietrouw bij patiënten met chronische ziekten (Coleman 2012). De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie beveelt aan om 1 tot 2 maal daags te doseren met zo weinig mogelijk inname

momenten per dag. Daarnaast zou het wisselen van geneesmiddelverpakkingen zoveel mogelijk moeten worden vermeden (NHG 2012).

Meer kennis zou de therapietrouw kunnen stimuleren. Een duidelijke uitleg door artsen, verpleegkundigen en apothekers bij het voorschrijven van geneesmiddelen is noodzakelijk. Ook familie of verzorgenden zouden daarbij betrokken kunnen worden.

Praktische problemen

Met name ouderen hebben vaak moeite om de instructie te begrijpen. Apothekers kunnen gebruik maken van instrumenten zoals filmpjes, die de essentie van de bijsluiter bevatten. Medicatie is vaak gebruiksonvriendelijk voor ouderen. Mensen vinden het moeilijk een pil uit een strip te drukken, een tablet doormidden te breken of een verpakking te openen. Ook kunnen ouderen problemen krijgen met het (zelfstandig) injecteren van insuline. Apothekers zouden hier naar kunnen informeren en samen met de patiënt zoeken naar een geschikt geneesmiddel en/of verpakking. Er zijn bijvoorbeeld navulbare insulinepennen waar een geheugen functie op zit. Het is belangrijk de oudere te begeleiden bij het gebruik van geneesmiddelen en eventueel hiervoor hulp in te schakelen (mantelzorg, thuiszorg, apotheek).

Stoppen met medicatie

Voor het stoppen met medicatie kan gebruik worden gemaakt van de STOPP- en START-criteria uit de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (NHG 2012). Het toepassen van de STOPP- en START-criteria optimaliseert het geneesmiddelgebruik bij ouderen en vermindert het aantal problemen en ziekenhuisopnames die geneesmiddel gerelateerd zijn.

Farmaceutische zorg voor mensen met diabetes vindt plaats volgens met het NDF-document 'Farmaceutische zorg als integraal onderdeel van de diabeteszorg' (NDF 2015a).

De medicatiebeoordeling vindt plaats volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (NHG 2012).

Aanbevelingen:

Overweeg bij ouderen met diabetes die voldoen aan de inclusiecriteria van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen tenminste een keer per jaar een medicatiebeoordeling door patiënt (of mantelzorg/verzorgenden), arts en apotheker. Aandachtspunten zijn gebruiksgemak, veiligheid en kwaliteit van leven.

Kom waar mogelijk tot een vereenvoudigd behandelingschema zowel voor orale middelen als voor insuline.

Vraag ouderen waarbij je twijfelt of het injecteren van insuline nog goed gaat (bijvoorbeeld door vergeetachtigheid, verandering in diabetesregulatie zonder duidelijke oorzaak, of spuitplaatsen) of zij de insulinepen met naaldjes en glucosemeter meenemen en laat het hen voordoen. Houd bij de keuze van het geneesmiddel rekening met de veranderingen, die door het ouder worden optreden

Wees terughoudend met het voorschrijven van middelen die hypoglykemie veroorzaken.

Houd ook rekening met het feit dat sommige medicijnen de signalen van een hypoglykemie kunnen maskeren.

Geef duidelijke uitleg bij het voorschrijven van geneesmiddelen over symptomen van hypo-, en hyperglykemieën. Betrek daarbij de partner, familie of mantelzorger.

3.5 Voeding

Voor ouderen met diabetes is het belangrijk om gezond maar vooral ook lekker te eten. Overgewicht en ondervoeding kunnen een probleem zijn.

De energiebehoefte neemt af met de leeftijd en ouderen komen soms door een beperking niet meer aan voldoende lichaamsbeweging. Ook wordt de stofwisseling langzamer. Dit betekent dat ouderen normaal gesproken minder calorieën nodig hebben. Toch hebben ze nog steeds dezelfde of zelfs hogere niveaus nodig van gezonde voedingsstoffen aangevuld met vitamine D volgens het advies van de Gezondheidsraad (2012) (Verenso 2011).

Voedingstherapie of dieetbehandeling is een belangrijk onderdeel van diabetesmanagement. Voedingstherapie is effectief voor het verbeteren van glucoseregulatie en het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten. Daarnaast laat voedingstherapie ook duidelijke verbeteringen zien op de kwaliteit van leven van mensen met diabetes (NDF 2015b).

In de NDF-voedingsrichtlijn worden als doelstellingen van voedingstherapie bij diabetes onder andere genoemd de goede afstemming van voeding en bloedglucoseverlagende medicatie en het beperken van acute klachten van hypo- en hyperglykemie. Voor ouderen met diabetes verdient dit extra aandacht. Ouderen kunnen minder gaan eten of onregelmatiger gaan eten zonder dat de medicatie hierop wordt afgestemd. Bij sommige ouderen wordt de maaltijd klaargezet maar wordt niet gecontroleerd of deze ook wordt opgegeten. Afhankelijk van het type medicatie zou deze niet moeten worden genomen. Bij inzet van medische voeding is het van groot belang op de koolhydraten te letten om hyperglycemie te voorkomen. Als de oudere veel medicijnen gebruikt, op verschillende momenten van de dag, dan is het soms ingewikkeld om de voeding en medicatie op elkaar af te stemmen. Als er signalen zijn dat de oudere onregelmatig eet en er weinig begeleiding in de thuissituatie is, dan zou in overleg met de patiënt het medicatiebeleid moeten worden aangepast. Zie ook de paragraaf medicatie. Als er veel begeleiding in de thuissituatie is, is het van belang dat alle gevraagde en ongevraagde voedingsadviezen door de diverse zorgverleners niet met elkaar in strijd zijn, maar elkaar ondersteunen en versterken (NDF 2015b). Ook voldoende vocht is belangrijk om uitdroging te voorkomen. Ouderen hebben minder dorstgevoel en de nierfunctie neemt af, waardoor ze minder goed in staat zijn om water en zout vast te houden.

Tussen diabetes en parodontitis bestaat een wisselwerking. Een verminderde mondgezondheid komt vaker voor bij diabetespatiënten maar een verminderde mondgezondheid leidt ook tot een verslechterde glucoseregulatie (Van Beekveld 2013). Een slecht gebit (pijn, een loszittende prothese) kan leiden tot minder zin in eten. Mondzorg krijgt in de ouderenzorg nog vaak onvoldoende aandacht maar er lopen verschillende verbetertrajecten. Zie ook

<https://www.zorgvoorbeter.nl/mondzorg>

Aanbeveling:

Vraag de oudere wat, hoeveel en op welke tijden hij/zij eet en drinkt en pas de bloedglucose verlagende medicatie hier zo nodig op aan.

Besteed aandacht aan mondzorg. Vraag één of twee keer per jaar hoe het met het gebit gaat en of men op controle is geweest bij de tandarts.

3.5.1 Ondervoeding

Ondervoeding komt het meest voor in het ziekenhuis of verpleeghuis, maar onderzoeken onder thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder laten ook prevalenties zien tussen 11 en 35%. Hierbij is de prevalentie ondervoeding het hoogst onder ouderen die thuiszorg krijgen. De prevalentie van ondervoeding stijgt aanzienlijk met de leeftijd (Schilp 2012).

Ondervoeding zorgt voor een snel verlies aan spiermassa. Daarmee is er meer risico op vallen en zo een risico op botbreuken, verlies van zelfstandigheid en sterfte.

Een veelgebruikte definitie voor ondervoeding bij ouderen (> 65 jaar) is een BMI < 20 of > 5% gewichtsverlies in de laatste maand of > 10% in het afgelopen half jaar (NHG 2010). Ook bij overgewicht kan sprake zijn van ondervoeding omdat de oudere onvoldoende voedingsstoffen binnenkrijgt. De SNAQ 65+ is een signaleringsinstrument voor ondervoeding, ontwikkeld voor de groep ouderen die thuis woont en eventueel gebruik maakt van de thuiszorg. Het instrument is snel en eenvoudig te gebruiken. In plaats van het berekenen van BMI is gekozen voor het meten van de bovenarmomtrek omdat dit bij cliënten thuis makkelijk is uit te voeren.

De oorzaak van ondervoeding kan een complexe situatie zijn. Er kunnen lichamelijke oorzaken zijn zoals bijwerkingen van medicijnen, problemen met het gebit of verminderde reuk en smaak, maar ook psychosociale oorzaken zoals gebrek aan eetlust door een depressie of eenzaamheid.

Mensen met dementie kunnen vergeten te eten. Dit heeft gevolgen voor de behandeling.

Geadviseerd wordt een multidisciplinaire benadering voor succesvolle behandeling van (de achterliggende oorzaken van) ondervoeding in de eerstelijnszorg. Zet tijdig in op behoud van spiermassa en conditie door beweging en voedingssupplementen.

Aanbevelingen:

Besteed vanaf de leeftijd van 70 jaar minimaal een keer per jaar aandacht aan mogelijke ondervoeding.

Denk bij ondervoeding en spiermassaverlies aan de inzet van de diëtist en fysiotherapie.

3.6 Bewegen

Bewegen is goed voor iedereen met diabetes type 2. Bewegen bevordert de algehele lichamelijke conditie en heeft een gunstig effect op de mentale gezondheid (NDF 2018). Bij ouderen die voldoende bewegen komt kwetsbaarheid op alle domeinen, niet alleen fysiek, maar ook cognitief, psychisch en sociaal, minder vaak voor dan bij ouderen die onvoldoende bewegen (RIVM 2015). Aangezien voldoende beweging een positieve invloed heeft op alle domeinen van kwetsbaarheid beveelt het RIVM gemeenten aan beweeginterventies voor ouderen standaard aan het gemeentelijk aanbod van interventies toe te voegen. Als huisartsen en fysiotherapeuten op de hoogte zijn van het aanbod van beweeginterventies voor oudere mensen, kunnen ze deze actief onder de aandacht brengen. Ook binnenshuis kunnen ouderen bewegen. Veel informatie over bewegen voor (kwetsbare) ouderen is te vinden op

<https://www.allesoversport.nl/onderwerp/Beweegstimulering%20ouderen/>

Sarcopenie (leeftijd gerelateerde afname van spiermassa) leidt tot een verhoogd valrisico, frequente ziekenhuisopnames, geringere kwaliteit van leven, comorbiditeit en mortaliteit. Voldoende eiwitname, intensief bewegen en krachttraining zijn belangrijke maatregelen om onnodige achteruitgang tegen te gaan (Groen 2017).

Recent is een diabetes-specifieke uitwerking van de generieke zorgmodule Bewegen verschenen voor mensen met diabetes type 2 (NDF 2018). Hierin worden handvatten aangereikt om mensen met (een hoog risico op) diabetes type 2 voldoende, verantwoord en afgestemd op iemand zijn persoonlijke wensen en mogelijkheden te laten bewegen. Bewegzorg wordt hiermee explicieter dan voorheen gepositioneerd als integraal onderdeel van goede diabeteszorg zoals beschreven in de NDF Zorgstandaard Diabetes. Voor verder advies wordt verwezen naar de diabetes-specifieke bewegingmodule:

https://diabetesfederatie.nl/images/181126_NDF_Diabetesspecifieke_module_bewegen_DEF.pdf

Aanbeveling:

Zie de aanbevelingen bij vallen en voeding.

3.7 Voetzorg

Een diabetisch voetulcus is een ernstige complicatie die ingrijpende gevolgen kan hebben. Door fysieke, maar ook cognitieve beperkingen zijn ouderen met diabetes veelal niet in staat om adviezen op te volgen (Thomson 1992). Daarnaast is er op hogere leeftijd vaak sprake van comorbiditeit welke een grote invloed kan hebben op het genezen van een voetulcus (Monteiro-Soares 2014).

Preventieve voetzorg is een belangrijk onderdeel van diabetesmanagement en het mobiel houden van ouderen met diabetes mellitus. Inmiddels is uit meerdere onderzoeken gebleken dat de in Nederland georganiseerde preventieve diabetische voetzorg leidt tot minder complicaties (moeilijk genezende wonden, welke vaak een amputatie als gevolg hebben). Geadviseerd wordt een preventieve multidisciplinaire benadering voor ouderen met een verhoogd risico op diabetische voetproblemen, waarbij specialist ouderengeneeskunde, podotherapeut en medisch pedicure² betrokken zijn volgens de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera (NVvP, ProVoet 2019).

Aanbevelingen:

Verlies bij oudere diabetespatiënten met veel complexe problematiek/ comorbiditeit de voetscreening niet uit het oog. Voetulcera kunnen in korte tijd ontstaan. Voer preventieve voetzorg uit in multidisciplinair verband.

Oudere diabetespatiënten hebben zelf vaak moeite met de voetverzorging. Een belangrijke signaalfunctie is weggelegd voor thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers. Neem bij het signaleren van een voetwond zo snel mogelijk contact op met de hoofdbehandelaar van de patiënt.

² Uitsluitend voor voetzorg bij cliënten met diabetes mellitus zijn pedicures met het certificaat 'voetverzorging bij diabetici' gelijkgesteld aan de medisch pedicure.

4. Organisatie van de zorg

Het op tijd aanbieden van de juiste zorg aan kwetsbare ouderen vereist een proactief (en uiteindelijk preventief) beleid, gebaseerd op goede kennis van hun gezondheids- en welzijnssituatie. De opeenstapeling van problemen en beperkingen vraagt om integrale ouderenzorg. Oplossingen hiervoor zijn: zorg op maat, de omslag van aandoeningsgerichte zorg naar persoonsgerichte zorg en de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek (NHG 2017a).

In de Zorgstandaard Diabetes (NDF 2015c) wordt uitgebreid aandacht besteed aan de organisatie van de zorg, de multidisciplinaire aanpak en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverleners. We verwijzen daarom voor organisatorische aspecten naar de Zorgstandaard. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan organisatorische aspecten die specifiek zijn voor (kwetsbare) ouderen met diabetes.

4.1 Integrale zorg

We leven langer en daardoor neemt het aantal oude ouderen toe. Ouderen hebben vaker meerdere chronische aandoeningen en problemen zoals polyfarmacie. Hierdoor neemt de complexiteit van de zorg toe. Doordat ouderen langer thuis wonen zal deze zorgvraag met name door de eerste lijn en de mantelzorg moeten worden opgevangen. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor ouderen met diabetes type 1 die eerder onder behandeling waren in de tweede lijn, maar vanwege afnemende mobiliteit en afhankelijkheid nu in de eerste lijn worden behandeld.

Bij de zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen zijn veel verschillende mensen en instellingen betrokken. Allereerst de mantelzorgers: familie, vrienden en buren, maar ook vrijwilligers. De professionele zorg wordt met name verleend door hulpverleners uit de eerste lijn: de huisarts, de wijkverpleegkundige, de openbaar apotheker, thuiszorgmedewerkers, de maatschappelijk werker, de fysiotherapeut etc. Bij meerdere chronische aandoeningen hebben ouderen te maken met zorgverleners uit verschillende zorgprogramma's of medisch specialisten. De zorg en ondersteuning thuis is niet altijd makkelijk te regelen en veel mantelzorgers zijn overbelast.

De betrokkenheid van zoveel verschillende zorgverleners vraagt veel van de samenwerking en informatieoverdracht. Op dit gebied worden veel knelpunten gezien. Iedere zorgverlener probeert op zijn of haar eigen gebied de best mogelijke zorg te bieden, maar het overzicht is vaak zoek. Bovendien wordt nog te veel ziektegericht gewerkt.

Het huidige aanbod van ondersteuning en zorg sluit lang niet altijd aan op de behoefte van ouderen. Er is behoefte aan meer samenhang in de zorg voor ouderen door samenwerking tussen gemeenten, huisartsen, wijkverpleging en fysiotherapeuten. De oplossing hiervoor is integrale zorg.

Integrale zorg houdt in dat de zorg zich op de volle breedte van de vraag richt, waarbij niet de aandoening, maar de mens in zijn sociale omgeving centraal staat. Bij de integrale zorg zijn doorgaans verschillende disciplines betrokken, het aanbod omvat zowel cure als care, de

coördinatie tussen zorgverleners is goed geregeld en de zorg is erop gericht de kwaliteit van leven te verbeteren (Nyfer 2012).

Ook de diabeteszorg voor ouderen zou onderdeel moet zijn van het totale zorgbehandelplan voor een individuele (oudere) patiënt om te voorkómen dat bij meerdere complexe zorgvragen het overzicht over de behandeling en de regie verloren gaan. Als de situatie van de oudere met diabetes steeds complexer wordt, kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde consulteren.

Overwogen kan worden om de zorg voor oudere diabetespatiënten met complexe zorgvragen op één zorglocatie en, waar mogelijk, bij één zorgverlener te concentreren. De NIV richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen geeft hiervoor een stroomschema (NIV 2018).

LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen (LESA Zorg voor kwetsbare ouderen) is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. De LESA biedt handvatten voor het maken van afspraken over de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. De LESA heeft ook als doel dat de oudere geïntegreerde zorg krijgt geboden met een goede afstemming tussen zorgverleners: de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon.

De kernpunten van de LESA Zorg voor kwetsbare ouderen zijn:

- Bied ouderen zorg op maat die aansluit bij hun wensen en behoeften. Kijk daarbij naar de persoonlijke context. De kwaliteit van leven zoals de patiënt die zelf ervaart, staat hierbij voorop.
- Maak een gezamenlijk zorgplan, opgesteld door huisarts, wijkverpleegkundige en de desbetreffende oudere. Dit komt bij voorkeur tot stand in een multidisciplinair overleg, waar ook de patiënt (en mantelzorger) bij aanwezig is.
- Zorg voor een goede afstemming met de mantelzorg. Dit is een voorwaarde om de zorg voor de oudere zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden.

De LESA maakt onderscheid tussen kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek. Onder complexe problematiek verstaan zij een cluster van 'problemen die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid).' Het gaat expliciet niet alleen om chronische ziekten, maar ook om veel voorkomende klachten/aandoeningen van ouderen zoals duizeligheid, slecht zien en slecht horen. Bij een kwetsbare oudere is altijd sprake van complexe problematiek, het omgekeerde hoeft niet het geval te zijn (NHG 2017b).

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr.pdf

Rapportage en verslaglegging via een digitaal platform kan worden gebruikt om de informatie en communicatie met (vele) verschillende zorg/hulpverleners slim te organiseren. Denk bijvoorbeeld aan het contact tussen de huisarts, de wijkverpleegkundige en/of iemand uit het sociaal wijkteam. Het is van belang dat het individueel zorgplan voor alle betrokkenen toegankelijk is: patiënten,

mantelzorgers, zorgverleners en andere betrokken hulpverleners. De patiënt bepaalt wie toegang krijgt. Er zijn verschillende digitale platforms/ICT-tools beschikbaar. Er zijn KIS-modules ouderenzorg waarin screeningsinstrumenten zoals de GFI en de Intermed zijn opgenomen. Andere voorbeelden van dergelijke systemen zijn OZO verbindzorg, eGPO en ZWIP.

Zorgtechnologie kan de zelfredzaamheid van ouderen vergroten. Hulpmiddelen zoals sensoren, GPS-systemen en robotica zorgen ervoor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Er zijn hulpmiddelen die ouderen er aan kunnen herinneren te eten of hun medicijnen te nemen en als dit niet gebeurt alarm slaan. Er zijn navulbare insulinepennen waar een geheugen functie op zit. Technologische hulpmiddelen kunnen niet alleen de oudere zelf ondersteunen, maar ook mantelzorgers en zorgverleners.

Aanbeveling:

Zorg voor goede coördinatie van de zorg. Overweeg om de zorg voor oudere diabetespatiënten met complexe zorgvragen op één zorglocatie en, waar mogelijk, bij één zorgverlener te concentreren.

Zorg voor goede gegevensuitwisseling binnen de eerste lijn en met tweede lijn en andere zorg- en welzijnsdomeinen.

Denk ook aan technologische hulpmiddelen die ouderen thuis kunnen ondersteunen.

4.2 Mantelzorg

Mantelzorgers en vrijwilligers zijn onmisbaar om ouderen in de eigen omgeving te kunnen laten blijven wonen. Maar de zorg vraagt doorgaans veel van hen, en een groot deel van hen ervaart overbelasting. Mantelzorgers en vrijwilligers zouden moeten weten dat ze er niet alleen voor staan en dat er ook voor hen ondersteuning is. Zorgverleners hebben bij voorkeur ook oog voor hoe het met de mantelzorger zelf gaat.

Integrale ouderenzorg betreft bij voorkeur expliciet de mantelzorger(s) bij de begeleiding. Dat is lang niet altijd vanzelfsprekend, omdat zij bijvoorbeeld niet in dezelfde praktijk zijn ingeschreven of zelfs in een andere regio wonen. Er zijn regio's waar de (centrale) mantelzorger standaard voor het MDO wordt uitgenodigd. Ook bij de medicatiebeoordeling is de mantelzorger idealiter aanwezig. Voor kwetsbare ouderen met diabetes dient de educatie en instructie zich nadrukkelijk ook op de mantelzorger te richten.

Aanbevelingen:

Besteed ook aandacht aan (overbelasting van) de mantelzorger.

Betrek, in overleg met de oudere zelf, de mantelzorger bij de zorg door deze uit te nodigen aanwezig te zijn tijdens huisbezoek, een consult en/of de medicatiebeoordeling.

Richt de educatie (ook) op de mantelzorger.

4.3 Programmatische zorg voor kwetsbare ouderen

De zorg voor mensen met chronische ziekten wordt geleverd door zorggroepen. De ketenzorgprogramma's zijn gebaseerd op de zorgstandaarden. Deze standaarden bieden structuur en houvast om de zorg geprotocolleerd aan te bieden. De ketenzorg heeft veel gebracht. De patiëntenpopulatie is goed in beeld. Momenteel krijgt bijna 91 procent van de patiënten die voor diabetes type 2 behandeld worden in de eerste lijn, deze zorg in de vorm van ketenzorg (InEen 2017). Ook de kwaliteit van zorg is goed, met minder complicaties als gevolg. Deze aanpak kan als nadeel hebben dat de focus vooral ligt op de ziekte en er weinig ruimte is voor comorbiditeit en persoonsgerichte zorg.

Verschillende zorggroepen bieden een module of zorgprogramma kwetsbare ouderen. Deze zijn aanvullend op de zorgprogramma's voor diabetes (of andere chronische aandoening). Maar instroom in een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen kan ook aanleiding zijn om deelname aan het zorgprogramma diabetes te beëindigen.

Concluderend kan worden gesteld dat voor kwetsbare ouderen integrale zorg wenselijk is, waarbij de diabeteszorg onderdeel is van het totale zorgplan. Er moet wel voor gewaakt worden dat de diabeteszorg voldoende aandacht blijft krijgen en dat er voldoende kennis over diabetes aanwezig is bij zorgverleners die met ouderen werken. Praktijkondersteuners voor verschillende aandoeningen zouden actief met elkaar moeten samenwerken en elkaar ondersteunen. De doelen die voor de diabeteszorg worden afgesproken kunnen worden geïntegreerd in het individuele zorgplan. Kennisoverdracht is bij uitstek een rol voor de zorggroepen. Aanbevelingen over zorg aan ouderen met diabetes zoals in deze module beschreven zouden deel moeten uitmaken van zowel het zorgprogramma (kwetsbare) ouderen als van het zorgprogramma diabetes.

Aanbevelingen:

Voor thuiswonende, kwetsbare ouderen met diabetes is integrale zorg nodig met geriatrische expertise in de eerste en tweede lijn.

Zorg voor voldoende kennis over diabetes bij zorgverleners die met ouderen werken en omgekeerd.

4.4 Ziekenhuisopnames

Een ziekenhuisopname kan mensen op hoge leeftijd behoorlijk ontwrichten. Een ziekenhuisopname is voor kwetsbare oudere patiënten risicovol vanwege hun verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, delirium of vallen. Ook diabetespatiënten hebben een verhoogde kans op postoperatieve complicaties zoals mortaliteit en postoperatieve infecties na diverse chirurgische ingrepen (NDF 2015c).

Een ander belangrijk aandachtspunt bij ouderen met diabetes is de overgang van ziekenhuis naar huis en de overdracht van gegevens. De bloedglucosewaarden kunnen na een ziekenhuisopname nog een tijdje onregelmatig blijven. Bezoek patiënten binnen twee weken na ontslag om de diabetes in de thuissituatie goed te regelen.

De ouderenbonden hebben het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis. Een Seniorvriendelijk Ziekenhuis voldoet in ieder geval aan de volgende voorwaarden:

- De aanwezigheid van een geriatrieteam;
- Een optimale overdracht bij ontslag (nazorg wanneer de oudere het ziekenhuis verlaat);
- De beschikbaarheid van één vast aanspreekpunt.

Alle kwaliteitsaspecten zijn te vinden op <https://www.kbo-pcob.nl/wp-content/uploads/2017/10/Kwaliteitsaspecten-en-normering-keurmerk-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis-2017-.pdf>

Aanbevelingen:

Zorg voor een goede overdracht van de thuissituatie naar het ziekenhuis en weer terug. Zorg voor continuïteit van de zorg zoals omschreven in het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis. Voorkom ontregeling na een ziekenhuisopname. Bezoek patiënten binnen twee weken na ontslag om de diabetes in de thuissituatie goed te regelen.

4.5 Samen beslissen

Voor het bereiken van zorg op maat is het van belang persoonsgerichte doelen vast te stellen. De oudere maakt zelf keuzes over de behandeling op basis van wat voor hem of haar belangrijk is. Samen beslissen geeft mensen meer regie in hun leven. Ouderen met meer ervaren regie gebruiken minder zorg en ervaren meer kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven (Huisman 2014). Samen beslissen met kwetsbare ouderen is lastiger maar niet onmogelijk. Vilans heeft een infographic gemaakt over het proces van samen beslissen bij kwetsbare ouderen. Het is gebaseerd op onderzoek van het RadboudUMC naar een passend gespreksmodel voor ouderen met meerdere chronische aandoeningen.

<https://www.vilans.nl/producten/infographic-samen-beslissen-met-ouderen>

De infographic van Vilans geeft veel (achtergrond) informatie over het proces van samen beslissen. Een ander hulpmiddel dat zorgverleners kan ondersteunen bij het bieden van zorg op maat aan mensen met diabetes is het gespreksmodel voor Personalized Diabetes Care (PDC) van de NDF. Dit gespreksmodel kan in de praktijk van de spreekkamer gestructureerd en concreet vormgeven aan gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte diabeteszorg. Zie voor meer informatie <https://diabetesfederatie.nl/ndf-personalizeddiabetescare/ndf-gespreksmodel>.

Zoals in paragraaf 2.2 werd aangegeven kan ook het spinnenweb van positieve gezondheid worden gebruikt als instrument tijdens gesprekken over gezondheid. Zie hiervoor <https://iph.nl/tools/>.

4.6 Kwaliteitsbeleid

Het is belangrijk inzicht te verwerven in de kwaliteit van de zorg voor thuiswonende ouderen met diabetes. Deze zorg op maat kan worden getoetst door middel van indicatoren gebaseerd op de aanbevelingen in deze module. Met het oog op het beperken van de administratieve lasten wordt zoveel mogelijk aangesloten bij al bestaande indicatoren.

Ineen heeft een innovatieset ontwikkeld waarmee ketenzorgorganisaties bruikbare informatie kunnen verzamelen die het werken aan kwaliteit op het gebied van de zorg voor kwetsbare ouderen ondersteunt. Zorggroepen kunnen de indicatoren uit de innovatieset gebruiken ter versterking van hun interne kwaliteitsbeleid. De indicatoren zijn niet verplicht; ketenzorgorganisaties kunnen ze naar eigen inzicht gebruiken.

De formulering van goede nieuwe kwaliteitsindicatoren is prematuur tot het moment dat er al enige tijd volgens deze module wordt gewerkt. Bij de implementatie van de Module zorg op maat voor ouderen met diabetes zal worden onderzocht of er, naast de innovatieset van Ineen, behoefte is aan aanvullende indicatoren.

Bijlage 1: Werkwijze en samenstelling werkgroep

Via een brede veldverkenning onder vertegenwoordigers van patiënten en zorgverleners zijn knelpunten en oplossingsrichtingen geïnventariseerd. De veldverkenning heeft plaatsgevonden in de periode september – november 2017.

Daarna is aan dit document gewerkt door een werkgroep met vertegenwoordigers van de volgende partijen: DVN, DiHAG, V&VN diabeteszorg, KNMP, NVD/DNO, NIV, KNGF en NVvP. De werkgroep is in de periode december 2017 – juli 2018 viermaal bijeengekomen. De werkgroep is aan de slag gegaan met het beantwoorden van de meest prangende vragen zoals voortgekomen uit de veldverkenning, onder andere door het verzamelen van good practices. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuur. Aanbevelingen zijn zoveel mogelijk evidence based, aangevuld met praktische informatie afkomstig van de werkgroepleden (expert-opinion).

Samenstelling werkgroep:

Peter van der Velden (voorzitter)

Carl Augustin, apotheker ouderenzorg (KNMP)

Michel Boerrigter, bestuurslid en secretaris Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

Klaas Borst, internist-ouderengeneeskunde en internist-vasculaire geneeskunde (NIV)

Jeroen Doorenbos, trainer (DVN)

Ilse Herfst, kaderhuisarts diabetes (DiHAG)

Yvonne Jongenburger, diabetes verpleegkundige (V&VN diabeteszorg)

Louis Nijhuis, voorzitter NVFG (KNGF)

Karin van de Sanden, diëtist (NVD/DNO)

Carin Ververs, specialist ouderengeneeskunde

Pauline Mourits, beleidsmedewerker (NDF).

Tijdens een werkconferentie op 18 september 2018 is een eerdere conceptversie van dit document voorgelegd aan een breder publiek waar is gediscussieerd over de laatste inhoudelijke dilemma's.

Een conceptversie van het document is ter becommentariëring naar alle NDF leden, Verenso, Zorgverzekeraars Nederland en naar de NDF vaste adviescommissie Zorgstandaard en richtlijnen (<http://www.diabetesfederatie.nl/nederlandse-diabetes-federatie/organisatie>) gestuurd.

Na verwerking van de commentaren is een nieuwe versie ter instemming voorgelegd. De nu voorliggende versie is geaccordeerd door de relevante leden, Verenso en Zorgverzekeraars Nederland.

Bijlage 2: Veldverkenning

De NDF zet zich in voor zorg op maat en constateert dat dit achter loopt bij (kwetsbare) ouderen. Om de omslag te maken van standaard zorg naar zorg op maat is een veldverkenning gedaan waaruit knelpunten naar voren zijn gekomen. De belangrijkste knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen heeft de NDF samen met alle stakeholders onderzocht om tot structurele oplossingen te komen die de kwaliteit van leven van (kwetsbare) ouderen verhogen.

De veldverkenning is uitgevoerd in de periode september - november 2017. Naar aanleiding van een gespreksleidraad zijn telefonische interviews gevoerd.

Er is gesproken met 28 personen vanuit de volgende beroepsvelden³:

- Patiëntvertegenwoordiger
- Diëtist
- Huisarts
- Kaderhuisarts (diabetes en ouderengeneeskunde)
- Wijkverpleegkundige
- Diabetesverpleegkundige (huisartsenpraktijk, verpleeghuis en ziekenhuis)
- Fitnessinstructeur
- Podotherapeut
- Medisch pedicure
- POH
- Apotheker (ouderenzorg)
- Praktijkverpleegkundige (huisartsenpraktijk en verpleeghuis)
- (Geriatric) fysiotherapeut
- Internist (-endocrinoloog, -ouderengeneeskunde, -geriater en vasculaire geneeskunde).

Tijdens de veldverkenning zijn de volgende knelpunten geïdentificeerd.

Knelpunten inhoud van de zorg

Richtlijnen versus zorg op maat

Hoewel de richtlijnen die diabeteszorg bij ouderen adresseren bij de meeste geïnterviewden bekend zijn, wordt uit de veldverkenning ook duidelijk dat deze richtlijnen op sommige punten verouderd zijn en onvoldoende worden toegepast. Het is lastig af te wijken van de richtlijnen en protocollen.

Hierbinnen kunnen we de volgende knelpunten onderscheiden:

- Vanwege leeftijd en comorbiditeit worden ouderen vaak geëxcludeerd uit wetenschappelijk onderzoek.
- Zorgverleners kunnen er dan ook niet van uit gaan dat richtlijnen ook gelden voor ouderen.
- De meeste richtlijnen bieden geen specifieke aanbevelingen voor ouderen⁴.
- Hoewel richtlijnen ruimte geven voor (onderbouwd) afwijken en het bepalen van individuele behandeldoelen gebeurt dit nog onvoldoende. Er is behoefte aan handvatten bij het loslaten van protocollen en bij het deïntensiveren van de behandeling.

³ Er zijn tijdens de veldverkenning verschillende specialisten ouderengeneeskunde benaderd voor een interview, maar zonder resultaat

⁴ Tijdens de veldverkenning was de NIV-richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen nog niet beschikbaar

- Bovendien zijn ouderen vaak in andere uitkomstmaten geïnteresseerd, zoals zelfstandig blijven en kwaliteit van leven
- Zorgverleners ervaren een spanningsveld tussen het toepassen van richtlijnen en het leveren van persoonsgerichte zorg.

Kennis en vaardigheden

Het op peil houden van de kennis van diabeteszorg aan ouderen wordt als een groot knelpunt ervaren. Enerzijds omdat de ouderenzorg een enorm breed werkveld is waar op veel vlakken kennis en kunde nodig is. Integrale zorg voor kwetsbare ouderen behoeft een breder opleidingsniveau dan de (protocollaire) diabetes zorg. De diabetes heeft binnen de ouderenzorg niet direct prioriteit. Anderzijds vanwege de vele nieuwe ontwikkelingen, nieuwe medicijnen, nieuw onderzoek in de diabeteszorg. De (gevolgen van) diabetes worden nogal eens onderschat, zowel door sommige professionals als door de patiënt zelf.

Concreet resulteert dit in:

- Kennislacunes bij hulpverleners (huisarts/POH/ apotheker/ thuiszorg/ specialist/ SO). Dit kan leiden tot:
- Versnippering van/onduidelijke en geen eenduidige informatie; o.a. op het gebied van medicatieadviezen/verwarring bij de oudere.
- Onvoldoende/niet tijdige signalering.
- Kennislacunes bij de oudere zelf, bijvoorbeeld over de gevaren van hypoglykemieën,
- Kennislacunes in opleidingen
- Gebrek aan vaardigheden bij professionals, bijvoorbeeld op ouderen gerichte communicatie/instructie/educatietechnieken.

Focus op zelfstandigheid en kwaliteit van leven

Voor de oudere zelf is de diabetes niet het belangrijkste maar wel wat de ziekte in combinatie met andere lichamelijke, psychische en sociale factoren betekent voor zijn functioneren. Kan hij nog de dingen blijven doen die voor hem van waarde zijn? Algemeen wordt opgemerkt dat de zorg zich zou moeten richten op het behoud van zelfstandigheid bij een goede kwaliteit van leven en op het beperken van de invloed die complicaties kunnen hebben.

Binnen dit domein kunnen we de volgende knelpunten onderscheiden:

- Er is nog niet overal sprake van een integrale benadering (niet alleen medisch, maar ook psychosociaal/sociaal-emotioneel)
- Overbehandeling/ hypoglykemieën /vallen
- Polyfarmacie
- Geringe zelfzorgcapaciteit doelgroep
- Cognitieve beperkingen doelgroep
- Ouderenzorg is een breed werkveld en diabetes, en het voorkomen van diabetes gerelateerde complicaties, sneeuwt vaak onder (Balans integrale aanpak/ diabetes specifieke aandacht/focus op behoud zelfstandigheid/ veiligheid)
- Leefstijl en ouderen (bewegen, voeding, therapietrouw)

Knelpunten organisatie van de zorg

Thuiswonende ouderen hebben integrale zorg nodig waar zorgverleners in de verschillende domeinen elkaar weten te vinden en afstemmen wie verantwoordelijk is voor welke zorg- en ondersteuningsvragen. In de afgelopen jaren zijn er steeds meer initiatieven ontplooid om de kwetsbare oudere in zijn omgeving in beeld te krijgen. Ook zijn er steeds meer zorggroepen gestart met het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad voor kwetsbare ouderen. Veel is nog in ontwikkeling en deze zorgprogramma's worden nog niet overal ondersteund door regelgeving en financiering. Bovendien zijn er (regionaal) capaciteitstekorten.

Binnen deze innovatieve trajecten blijkt de informatieoverdracht nog niet altijd goed te gaan. Professionals hebben geen zicht op hoe de oudere het thuis doet en maken zich daar soms zorgen over. Andersom zijn er hulpverleners die bij de oudere thuiskomen die niet weten waar ze met hun signalen naar toe moeten.

Uitgesplitst levert dit de volgende knelpunten op:

- Er zijn veel professionals betrokken bij de zorg voor kwetsbare ouderen met diabetes. Hoe meer zorgverleners, hoe meer informatie moet worden uitgewisseld en hoe groter de kans dat dat misgaat. De informatieoverdracht kan stukken beter. Bovendien werkt iedere professional volgens zijn eigen richtlijnen waardoor het beleid tussen zorgverleners af kan wijken.
- In veel gevallen is de mantelzorg bepalend in hoeverre en hoe lang iemand zelfstandig thuis kan blijven wonen. Toch wordt de mantelzorger nog niet overal voldoende betrokken bij de zorg en is er onvoldoende aandacht voor (overbelasting van) de mantelzorger.
- Professionals in de eerste lijn zijn vaak onvoldoende op de hoogte van lokale initiatieven in het publieke domein.
- Binnen de eerste lijn (bijvoorbeeld huisarts/apotheker/medisch pedicures/podotherapeut/fysiotherapeut) is niet iedereen aangesloten op het KIS.
- Veel verschillende opleidingsniveaus professionals. In overleg met de thuiszorg is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wat het niveau is en wat de thuiszorgmedewerker mag en kan.
- Organisatie gezondheidszorg en bereikbaarheid niet afgestemd op doelgroep ouderen, onder andere vanwege de afsprakenplanning.

Bijlage 3: Voorbeeld van een practice-based schema met streefwaardes voor ouderen met diabetes type 2

Voorbeeld van Zorggroep Synchron, Hester van Doorninck. www.synchron.info

| | Vitale oudere met DM2 <70 jr | Vitale oudere met DM2 >70 jaar | Kwetsbare oudere DM2 | Laatste levensfase DM2 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Behandel doel | Voorkomen complicaties en symptomatische hypo- en hyperglykemie | Voorkomen complicaties en symptomatische hypo- en hyperglykemie | Voorkomen symptomatische hypo- en hyperglykemie | Voorkomen symptomatische hypo- en hyperglykemie |
| | Streefwaardes | | | |
| Glucose | Nuchter 4,5-8 Niet nuchter <9 | Nuchter 4,5-8 Niet nuchter <9 | Niet nuchter >8 en < 15 | Niet nuchter > 8 en < 15-20 |
| Hba1c mmol | <53 (7,0) | Vlgs standaard: 53-64 | 58 -75 | Geen hba1c bepaling |
| RR | <140/90 Bij micro-albuminurie: <130/80 | Vlgs richtlijnen CVRM SBD<140 Lft>80 jr SBD<160 | Streefwaarde: SBD 160-170 DBD ≥ 70 SBD niet hoger dan 180 SBD niet lager dan 150 | Geen |
| lipiden | Vlgs CVRM LDL<2,5 | Vlgs CVRM LDL<2,5 | Primaire preventie: Statine? -Start: Nee -statine continueren, tenzij klachten Sec. preventie: Ja Statine stop bij levensverwachting<2 jaar | Statine stop |
| controles | Vlgs standaard | Vlgs standaard | Uit ketenzorg | Uit ketenzorg |
| lab | Vlgs standaard | Vlgs standaard | Niet standaard: lipidespectrum - micro-albuminurie | Geen: -HbA1C -lipidespectrum -micro-albuminurie |

| fundusco | 1x/2jr 1x/3jr Na 2 normale funduscontroles | 1x/2jr 1x/3jr Na 2 normale funduscontroles | Als geen DRP: stop fundusscreening | stop |
|----------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------|
| voetco | Vlgs standaard | Vlgs standaard | Vlgs standaard | stop |

Bijlage 4: Aanbevelingen geneesmiddelen

Ten aanzien van voorschrijven van diabetesmedicatie worden metformine, SU-derivaten en insuline het meest gebruikt. Nieuwe middelen als DPP4-remmers, GLP1-agonisten, SGLT2-remmers en het oudere middel acarbose worden nog minder vaak voorgeschreven.

Ten aanzien van de meest gebruikte middelen volgen hieronder enkele aanbevelingen:

- Metformine wordt van oudsher voorgeschreven bij diabetes type 2 als hoeksteen van de behandeling. Metformine heeft bewezen effect op het voorkomen van microvasculaire complicaties op de lange termijn en geeft geen risico op hypoglykemie bij monotherapie. Wel kan het bij een verminderde nierfunctie risico geven op lactaatacidose. Bij vermindering van de nierfunctie dient de dosering van metformine te worden aangepast. Zie voor doseringsadvies van metformine farmacotherapeutisch Kompas/ NHG richtlijn. Bij een verminderde nierfunctie en het risico op dehydratie (braken of diarree) dient het gebruik van metformine enkele dagen te worden gepauzeerd.
- Bij het niet uitkomen met leefstijladvies al dan niet in combinatie met metformine is het toevoegen van een SU-derivaat vaak de 2^e stap in de behandeling. SU-derivaten stimuleren de afgifte van insuline door de alveesklier. SU-derivaten hebben een verschillende halfwaardetijd (tijd waarin een medicijn door het lichaam wordt afgebroken). Een lange halfwaardetijd is nadelig bij de behandeling van een hypoglykemie. In de Nederlandse richtlijnen wordt gliclazide als SU-derivaat geadviseerd. Het gebruik van glimepiride en glibenclamide wordt in Nederland niet meer geadviseerd. Ook tolbutamide wordt minder vaak voorgeschreven. Gliclazide kan worden voorgeschreven tot een nierfunctie eGFR 10 ml/min. Bij slikproblemen kan bijvoorbeeld worden uitgeweken naar gemalen tolbutamide tabletten.
- Insulinetherapie grijpt direct in op de bloedglucosespiegel. Het is daarom van belang om de juiste insulinebehandeling toe te passen. Bij een te strakke instelling of bij perioden van slecht of niet eten ontstaat het risico op hypoglykemie. Goede voorlichting over voeding, het aanpassen van insulinegebruik bij wijzigingen hierin, het nastreven van hogere HbA1c-streefwaarden/ bloedglucosewaarden, de keuze voor een insuline met een langer werkend insulineprofiel of het verplaatsen van het tijdstip van insulinetoediening kan helpen om hypoglykemieën te voorkomen. Intercurrente ziekte of prednisongebruik kan de behoefte van het lichaam aan insuline tijdelijk doen stijgen. Behandeling moet hierop worden aangepast. Dit geldt niet alleen voor de periode van ziekte of prednisongebruik zelf, maar ook in de weken erna. Bij weer dalen van bloedglucosespiegels moet niet worden vergeten het insulinegebruik weer te verminderen.
- Nieuwe middelen als DPP4-remmers, GLP1-agonisten, SGLT2-remmers en het oudere middel acarbose kunnen in individuele gevallen worden overwogen. Zie hiervoor de NIV-richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen (NIV 2018) en de rapporten van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik: <https://www.medicijngebruik.nl/nieuwe-geneesmiddelen/diabetes-mellitus-type-2>
- DPP4-remmers stimuleren de insulinesecretie en remmen de glucagonafgifte op glucose afhankelijke basis. Ze geven ook geen verhoogd risico op het ontstaan van hypoglykemie. Het effect op daling van het HbA1c is echter beperkt. Het kan wel een waardevolle toevoeging aan de behandeling bij ouderen zijn wanneer andere middelen een te hoog risico geven op het ontstaan van hypoglykemie.
- GLP1-agonisten stimuleren de insulinesecretie en remmen de glucagonafgifte op glucose-afhankelijke basis. Ze veroorzaken geen hypoglykemie. Er is echter nog weinig bekend over

het gebruik van GLP1-agonisten bij ouderen en ze kunnen onder beperkte voorwaarden worden voorgeschreven. Zie hiervoor de geldende richtlijnen.

- SGLT2-remmers zijn nieuwe middelen die sinds enkele jaren op de markt zijn. SGLT2-remmers blokkeren de terugresorptie van glucose uit de voorurine naar het bloed. Glucose wordt met de urine afgevoerd. De eerste studieresultaten met SGLT2-remmers voorgeschreven bij patiënten met cardiovasculaire morbiditeit zijn veelbelovend. De middelen zijn echter nog maar kort op de markt en er is nog veel onduidelijkheid over de veiligheid op de lange termijn. Binnen de eerste lijn en de tweede lijn wordt op het moment van verschijnen van deze richtlijn verschillend gedacht over het voorschrijven van SGLT2-remmers en hebben ze vooralsnog een andere plaats.
- Acarbose: vertraagt de afbraak in de darm van di-oligo- en polysacchariden tot monosacchariden. Acarbose geeft geen verhoogd risico op het ontstaan van een hypoglykemie. Het is een werkzaam middel bij de behandeling van diabetes (ook bij ouderen) maar geeft veel hinderlijke gastro-intestinale klachten. Het wordt om die reden minder vaak voorgeschreven.

Bijlage 5: Literatuur

Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, Cushman WC, Genuth S, Ismail-Beigi F, Grimm RH Jr, Probstfield JL, Simons-Morton DG, Friedewald WT. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Jun 12;358(24):2545-59.

Alagiakrishnan K, Mereu L. Approach to managing hypoglycemia in elderly patients with diabetes. *Postgrad Med*. 2010; 122(3):129-37

Van Beekveld JL, Timmerman MM, Hart HE. Mondzorg bij diabetescontrole? *Huisarts Wet* 2013;56:179-81

Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2006;5(1):64–74.

Boels AM, Vos RC, Rutten, GE et al. Zorg op maat voor diabetes mellitus. *Huisarts Wet*. 2018 61: 16

Bosch-Lenders D, Maessen DWHA, Stoffers J, Knottnerus J, Winkens B, van den Akker M. Wat weten ouderen met polyfarmacie van hun pillen? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160. D736.

Cebolla Garrofé B, Bjönberg A, Yung Phang A. Health Consumer Powerhouse. *Euro Diabetes Index 2014*.

Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm*. 2012;18(7):527–539

Control Group, Turnbull FM, Abraira C, Anderson RJ, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009 Nov;52(11):2288-98. Erratum in *Diabetologia*. 2009 Nov;52(1):2470.

Daal JO, van Lieshout JJ. Ouderen en geneesmiddelen: duizeligheid en vallen. *Ge-Bu*. 2003; 37; 77-81

Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC, PHARMO. Eindrapport: vervolgonderzoek medicatieveiligheid. Januari 2017

Farrell B, Black C, Thompson W, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017; 63: 832–843

Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015.

Groen BB, Schoorel E, Lambermont VA, Cals JW. Beweging en voeding op recept: sarcopenie en de huisarts. *Huisarts Wet* 2017;60(12):663-5.

Hart HE, Rutten GE, Bontje KN, Vos RC. Overtreatment of older patients with type 2 diabetes mellitus in primary care. *Diabetes Obes Metab.* 2018 Apr;20(4):1066-1069.

Hegeman, JM (2016). Appearance of depression in later life (doctoral thesis). Verkregen via <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/39582>

Herfst-Raes IB, Hart HE. Herkennen hypoglykemieën bij oudere diabetespatiënten is lastig. *Huisarts Wet* 2017;60(10):517-9.

Huang ES, Gorawara-Bhat R, Chin MH. Self-Reported Goals of Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Feb; 53(2): 306–311.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011 Jul 26;343:d4163

Huisman M, Deeg DJH, Claassens L. Ervaren regie bij Nederlandse ouderen en de samenhang ervan met zorggebruik, demografische factoren en persoonlijkheid. 2014

InEen. Transparante ketenzorg rapportage 2017 zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en ASTMA. Juni 2018.

Leenders M, Verdijk LB, van der Hoeven L et al. Patients with type 2 diabetes show a greater decline in muscle mass, muscle strength, and functional capacity with aging. 2013 *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 14, 585–592

Lipska K, Ross J, Miao Y, Shah N, Lee S, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med.* 2015;175(3):356-362.

Mallery LH, Ransom T, Steeves B, Cook B, Dunbar P, Moorhouse P. Evidence-informed guidelines for treating frail older adults with type 2 diabetes: from the Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS) and the Palliative and Therapeutic Harmonization (PATH) program. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Nov;14(11):801-8.

Monteiro-Soares M, Martins-Mendes D, Vaz-Carneiro A, Sampaio S, Dinis-Ribeiro M. Classification systems for lower extremity amputation prediction in subjects with active diabetic foot ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2014 Oct;30(7):610-22.

Munshi M et al. Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults. *Diabetes Care* 2006;29):1794–9

NDF werkgroep Diabetes en depressie. Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. 2013.

Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Farmaceutische zorg als integraal onderdeel van de diabeteszorg. 2015a.

Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Voedingsrichtlijn Diabetes. 2015b.

Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard diabetes. 2015c.

Nederlandse Diabetes Federatie. Bewegen voor mensen met (een hoog risico op) diabetes type 2 (concept). 2018.

Nederlands Huisartsen Genootschap. LESA Ondervoeding. 2010.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. 2012

Nederlands Huisartsen Genootschap. Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Samen werken aan persoonsgerichte zorg. 2017a

Nederlands Huisartsen Genootschap. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. 2017b.

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. 2018.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Internisten Vereniging. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP). 2017.

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Module Hypoglycemie, 2013.

Nederlandse Internisten Vereniging. Richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen. 2018.

Nederlandse Internisten Vereniging. Richtlijn diabetische voet. 2017.

Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging Voor Klinische Geriatrie. Addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. 2017

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), ProVoet. Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. 2019

NYFER. Integrale zorg in de buurt. April 2012.

Profenno LA, Porsteinsson AP, Faraone SV. Meta-analysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biol Psychiatry*. 2010;67(6):505–512.

Puts, MTE., N. Shekary, G, Widdershoven, J. Heldens en D.J.H. Deeg (2009). The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *Journal of Aging Studies*, jg. 23, p. 258-266

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Diabetes in Nederland. Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. 2007.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen : Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. 2013

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? 2015.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheidszorg.info: Diabetes mellitus/Cijfers&Context/Huidige situatie. 2017.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018.

Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, Van Binsbergen JJ, et al. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition* 2012;28:1151-6

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Kwetsbare ouderen. Februari 2011

Stettler C, Allemann S, Jüni P, et al. Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: Meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J.* 2006 Jul;152(1):27-38.

Sussman JB, Kerr EA, Saini SD, et al. Rates of deintensification of blood pressure and glycemic medication treatment based on levels of control and life expectancy in older patients with diabetes mellitus. *JAMA Intern Med.* 2015;175(12):1942-1949.

Thomson FJ, Masson EA. Can elderly diabetic patients co-operate with routine foot care? *Age Ageing.* 1992 Sep;21(5):333-7.

Verenso. Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes. Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen. 2011.

Wong CW. Avoiding hypoglycaemia: a new target of care for elderly diabetic patients. *Hong Kong Med J.* 2015 Oct;21(5):444-54

Yaffe K, Falvey CM, Hamilton N, Harris TB, Simonsick EM, Strotmeyer ES, et al. Health ABC Study. Association between hypoglycemia and dementia in a biracial cohort of older adults with diabetes mellitus. *JAMA Intern Med.* 2013;173:1300-6.

Zorginstituut Nederland. Zinnig Zorg Screeningsfase. Systematische Analyse Endocriene Ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen. 2018.