

GEZONDHEIDSBEVORDERINGS PLAN

Valrisico bij ouderen van 65+ met (orthostatische) hypotensie

PLP Bachelor

Leer- en innovatieafdeling Acute Opname Afdeling

Naam: Geraldine Loosman
Klas: VPV405
Datum: 12-05-2019
Stagedocent: Miriam Oosterom
LWG-docent: Maria Bannink en Trijnie Vos
Werkbegeleider: Eline Boersma
Co-begeleider: Danielle van Den Bos
Plusser: Trijnie Vos
Semester2: 28-01-2019 t/m 22-06-2019

ISALA KLINIEKEN

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2
2.	Werkwijze	5
2.1	Intervention Mapping	5
2.2	Health Concept van Lalonde	5
2.3	Eigen regie en zelfmanagement	6
2.3.1	Wetgeving en politiek	6
2.4	Betrouwbaarheid en validiteit	7
3.	Oorzaken van gedrag	8
3.1	Determinanten van gedrag	8
3.1.1	Intern milieu	8
3.1.2	Extern milieu	8
3.1.3	Leefstijl (Kennis, houding en gedrag)	9
3.1.4	Medische zorg en preventie	10
3.2	Te behalen gezondheidswinst	10
3.3	Impact van gezondheidsprobleem	11
4.	Gezondheidsbevorderende interventies en implementatie	12
4.1	Mogelijke interventies	12
4.3	Implementatie en continuïteit van zorg	13
4.4	Realiseerbaarheid van de interventies	14
4.5	Ethische dilemma's	14
4.2	Uitwerking gekozen interventies	0
5.	Borging en reflectie	0
5.1	Borgen van interventies	0
5.2	Discussie en aanbevelingen	0
6.	Bijlagen	2
6.1	literatuurlijst	2
6.2	Stappenplan risicogedrag valgevaar	4
6.3	Literatuur beoordelen	5
6.3	Folder	7
	Beoordelingsformulier	10

1. Inleiding

In de inleiding worden diverse onderwerpen rondom valrisico beschreven. Allereerst valincidentie in Nederland, een omschrijving van vallen, ouderen & vallen en de gevolgen van vallen. Daarna wordt de valincidentie op de Acute opname afdeling (AOA) beschreven, vervolgens de vorm van preventie die toegepast wordt en een casus over een patiënt met een valrisico. De inleiding eindigt met een omschrijving van de diagnose aan de hand van de PES-structuur en een vraagstelling.

Omschrijving vallen

In de kennisbundel 'valpreventie' van Vilans wordt de volgende omschrijving gegeven: 'Onder een val wordt verstaan: plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden. Valpreventie is het voorkomen van vallen (Vilans, 2012).'

Valincidentie in Nederland

Vallen is nog steeds een groot maatschappelijk probleem. Uit cijfers van het CBS is gebleken dat 3884 inwoners van Nederland zijn overleden ten gevolge van een val (Centraal bureau voor statistieken, 2017). Dit aantal is ten opzichte van 2015 gestegen met 400 (11 procent). De laatste twintig jaar nam het aantal dodelijke slachtoffers van een val toe en in de afgelopen vijf jaar is dit maar liefst met 60 procent toegenomen. Gemiddeld zijn dit 10.6 vallen per dag met een dodelijke afloop. Er overleden veel minder mensen door een vervoersongeval (656), door vergiftiging (186) of door verdrinking (86). Er overlijden dus bijna zes keer zoveel mensen door een val als in het verkeer. Hierbij wordt nog niet eens gesproken over de vallen zonder dodelijke afloop. Het aantal valincidenten per jaar is moeilijk vast te stellen, omdat vele valincidenten niet bekend zijn. Wel is bekend dat 97.400 65+ers op de Spoedeisende Hulp belandden ten gevolge van een val (Centraal bureau voor statistieken, 2017).

Ouderen en vallen

De kans om te vallen wordt steeds groter naarmate de gemiddelde leeftijd toeneemt. Doordat ouderen vaak kwetsbaarder zijn en minder weerstand hebben dan niet-ouderen, zijn de gevolgen van de val vaak ernstiger. Zo belandden 96.000 ouderen van 65 jaar en ouder de Spoedeisende Hulp na een val. Hiervan werden uiteindelijk 37.300 ouderen opgenomen. In hetzelfde jaar stierven 3.653 mensen van 65 jaar en ouder ten gevolge van een val. Drie kwart van de overledenen was 80 jaar of ouder. Tot 80-jarige leeftijd overlijden meer mannen dan vrouwen door een val, op latere leeftijden neemt de sterfte van vrouwen sterk toe. Bij vrouwen was 84 procent van de overledenen door een val ouder dan 80 jaar, bij mannen was dit 66 procent. Van de vrouwen was 42 procent van de overledenen 90 jaar of ouder, van de mannen 22 procent (Halfens, 2015).

Oorzaken van vallen

Als iemand valt, heeft dit in de meeste gevallen niet één oorzaak. Bijna altijd spelen meerdere factoren tegelijkertijd een rol. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter het valrisico. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen biologische factoren, gedragsfactoren en omgevingsfactoren. Voorbeelden van biologische factoren zijn: leeftijd, geslacht, duizeligheid, te lage bloeddruk, depressie, pijn en een verminderd gezichtsvermogen. Voorbeelden van gedragsfactoren zijn: minder lichaamsbeweging, valangst, verkeerd gebruik maken van hulpmiddelen, te veel alcohol of medicatie en het vertonen van onveilig gedrag. Voorbeelden van omgevingsgebonden factoren zijn: losliggende snoeren, onvoldoende verlichting, drempels, overvolle kamer/zaal en een te laag toilet zonder handvaten (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie, 2018).

Gevolgen

Valincidenten kunnen ernstige gevolgen hebben, met name bij ouderen. Ook brengt dit een hoop kosten met zich mee. In totaal kosten de valongevallen van ouderen ruim 830 miljoen per jaar aan directe medische kosten. Naast de extra belasting voor de gezondheidszorg en de hoge medische kosten hebben valongevallen nog andere nadelige gevolgen (loketgezondleven, 2018):

- Drie van de vijf 65-plussers (54.300) die na een val op de Spoedeisende Hulp is behandeld, had een fractuur opgelopen.

- Het oplopen van een fractuur door een val is vaak een aanslag op de zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit.
- In sommige gevallen is het noodzakelijk om aanpassingen te doen in de woning.
- Een val kan psychosociale gevolgen hebben. bijvoorbeeld het verlies van zelfvertrouwen en het hebben van angst.
- Ouderen worden minder actief na een val.
- Het risico op gezondheidsklachten neemt toe

Valincidenten Acute opname afdeling

Op de AOA worden patiënten behandeld die met spoed zijn opgenomen, voor een kortdurende observatie of het voorbereiden op een onderzoek/operatie (Isala, 2018). Hier liggen allerlei verschillende patiënten met verschillende ziektebeelden zoals chirurgische, interne of oncologische problematiek. Patiënten verblijven hier in principe maximaal 48 uur. Dit betekent dat de meeste patiënten binnen 48 uur naar een andere afdeling worden geplaatst, naar huis mogen of elders opgenomen worden. Een grote groep van de patiënten die opgenomen wordt op de AOA is 65 jaar of ouder en is er vaak sprake van achteruitgang van de gezondheid en hebben deze patiënten een hogere kans om te vallen. Om een duidelijk beeld te krijgen over de valincidentie op de afdeling zijn drie collega's gesproken. Een van deze collega's zit in de werkgroep *kwetsbare ouderen* waar ook valpreventie en valrisico onder valt. Van alle valincidenten van het jaar 2017 is een overzicht gemaakt. Hierin komt naar voren dat er in totaal 54 valincidenten waren en 2 bijna valincidenten. In 78% van de valincidenten ging het om patiënten van 70 jaar of ouder. Daarnaast vonden 60% van de valincidenten 's avonds of 's nachts plaats tussen 20:00 en 06:00 uur. De meeste patiënten vallen naast bed of tijdens het mobiliseren op de kamer/zaal. Meestal is niemand getuige van de val en worden patiënten 'gevonden'. In bijna de helft van de gevallen is er ook sprake van onrust of een delier.

Secundaire- en tertiaire preventie

In dit gezondheidsplan ligt vooral de nadruk op secundaire- en tertiaire preventie. Secundaire preventie heeft als doel gezondheidsproblemen bij zorgvragers op te sporen en vroegtijdig te behandelen. Hierbij hoort ook het opsporen van risicovol gedrag en het opsporen van gezondheidsproblemen in een beginstadium. Bij tertiaire preventie gaat het om de zorgverlening aan patiënten met reeds bestaande gezondheidsproblemen.

Casus

Hieronder wordt een casus omschreven van een patiënt die werd opgenomen op de AOA en na twee dagen overgeplaatst werd naar een andere afdeling. De arts wilde de patiënt nog niet naar huis laten gaan, uit angst dat de patiënt opnieuw zou vallen. De informatie gerelateerd aan deze casus is verzameld tijdens twee dagdiensten toen de patiënt op de AOA opgenomen was. Tijdens de opname is een anamnese met de patiënt afgenomen en vond er een gesprek plaats met de echtgenote en twee kinderen van de patiënt. Om de privacy van de patiënt te waarborgen, is er een fictieve naam gebruikt.

Dhr. Buis is geboren op 27-4-1943 en woont in Kampen samen met zijn echtgenote. Dhr. is de afgelopen twee maanden 16 kilo afgevallen doordat hij een aantal weken de griep heeft gehad. Verder heeft dhr. in zijn voorgeschiedenis een aneurysma, atriumfibrilleren, angina pectoris, boezemfibrilleren en allergische astma. Ook heeft dhr. in het verleden tromboflebitis (ontsteking van een ader) en otitis media (middenoorontsteking) gehad.

Op 22-02-2019 is dhr. opgenomen op de AOA van Isala te Zwolle, omdat dhr. thuis was gevallen. De ochtend voordat meneer in elkaar gezakt was, had hij nog geen klachten. Later gaf dhr. aan tegen zijn echtgenoot dat hij zich naar voelde. Hij wilde opstaan uit de stoel om naar de keuken te lopen en daar viel hij opeens stijl achterover. Mw. was er snel bij en merkte dat dhr. een snurkende ademhaling had. Dhr. is met de ambulance naar de Spoedeisende Hulp gebracht en is vanuit daar op de AOA terechtgekomen. Dhr. voelde de val niet aankomen en kon achteraf niet vertellen wat er gebeurd was. Dhr. is al vaker gevallen en is laatst naar de huisarts geweest na een val. De huisarts heeft toen de bloeddruk van dhr. gemeten en deze bleek aan de lage kant te zijn. Normaal gesproken heeft dhr. juist hypertensie en gebruikt drie verschillende soorten medicatie om de bloeddruk te verlagen. Een week voor zijn ziekenhuisopname was dhr. duizelig. Dhr. hurkte bij het aanrecht en toen hij op wilde staan, viel hij bijna. Ook heeft dhr. afgelopen weken pijn op de borst bij traplopen. In rust heeft dhr. hier geen last van. Verder drinkt dhr. erg weinig, naar schatting ongeveer 750ml per dag. Thuis had dhr. een vochtbeperking van 1 liter en in het ziekenhuis is deze opgehoogd naar 1.5 liter. Tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis is dhr. vrij zelfstandig in de ADL en in het mobiliseren. Ondanks dat dhr. bang

is om opnieuw te vallen, mobiliseert hij zelfstandig en vraagt hierbij geen hulp. Dit terwijl afgesproken is met dhr. om te mobiliseren onder begeleiding van een verpleegkundige. Bij navraag geeft dhr. wel aan dat hij zich duizelig voelt tijdens het mobiliseren en dat hij blij is als hij weer in bed ligt. Tijdens de dagdienst op 22 februari wordt de bloeddruk drie keer gemeten. De metingen lagen alle drie dicht bij elkaar, ongeveer 98/58. Ook werd de valschaal in het dossier ingevuld. Hieruit kwam naar voren dat dhr. een valrisico van 5 heeft waarbij 12 het hoogst is.

Problem, Etiology en signs & symptoms

Om een kort en bondige omschrijving te geven van de diagnose wordt gebruik gemaakt van de PES-structuur (Hesselink, 2013). Bij het omschrijven van de diagnose, is gebruik gemaakt van 'Zakboek verpleegkundige diagnosen' (Carpenito-Moyet, 2015).

Problem	Risico op vallen
Etiology	Leeftijd, eerder gevallen, orthostatische hypotensie, onvoldoende kennis over preventieve maatregelen
Signs and symptoms	Dhr. heeft een lage tensie, loopt wankel op de benen, vraagt geen hulp bij het mobiliseren, volgt advies van verpleegkundige niet op, drinkt te weinig en loopt op gewone sokken. Dhr. geeft aan zich duizelig te voelen tijdens het mobiliseren en is bang om opnieuw te vallen.
Beoogde resultaat	Patiënt geeft aan minder vaak te vallen

Tabel 1: PES-structuur (Carpenito-Moyet, 2015)

Vraagstelling

Welke verpleegkundige interventies, gericht op het gedrag van de patiënt, kunnen ingezet worden bij 65 jaar en oudere patiënten met (orthostatische) hypotensie en een verhoogd valrisico om het valrisico te verkleinen?

Definiëren van begrippen

Leids Universitair Medisch Centrum geeft de volgende omschrijving van het begrip 'orthostatische hypotensie': *'als de daling van de bovendruk (systolische druk) 20 mm kwikdruk of meer is of als de daling van de onderdruk (diastolische druk) 10mm kwik of meer is, spreken artsen van orthostatische hypotensie (LUMC, 2018).'*

De hartstichting geeft de volgende omschrijving van het begrip 'hypotensie': *'een te lage bloeddruk is een bloeddruk die zo laag is, dat iemand klachten heeft. dit kan bij de ene persoon bij andere bloedwaarden zijn dan bij de andere persoon (Hartstichting, 2019).'* Een lage bloeddruk is een verminderde kracht waarmee het bloed tegen de bloedvatwanden drukt.

2. Werkwijze

In dit hoofdstuk worden gemaakte keuzes binnen het gezondheidsbevorderingsplan onderbouwd. Zoals de keuze voor Intervention Mapping en het Health concept van Lalonde. Hierbij wordt omschreven op welke wijze het gedrag en de omgeving van de zorgvrager geanalyseerd worden. Hierbij wordt kort stilgestaan bij de begrippen: eigen regie en zelfmanagement. Ook wordt omschreven hoe rekening is gehouden met de sterkte van het bewijs, de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten.

2.1 Intervention Mapping

In dit gezondheidsplan wordt gebruik gemaakt van het protocol *Intervention Mapping*. Johannes Brug geeft de volgende beschrijving van Intervention Mapping in het boek 'Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering': *'Intervention Mapping helpt bij de ontwikkeling van programma's om gezond gedrag te bevorderen en doet dat op verschillende ecologische niveaus (het individu en zijn omgeving)* (Burg, Assema, & Lechner, 2017).'

Intervention Mapping beschrijft de ontwikkeling van voorlichtingsprogramma's in zes stappen:

1. Probleemanalyse
2. Programmadoelen
3. Programma ontwerp
4. Programmaproductie
5. Implementatieplan
6. Evaluatieplan

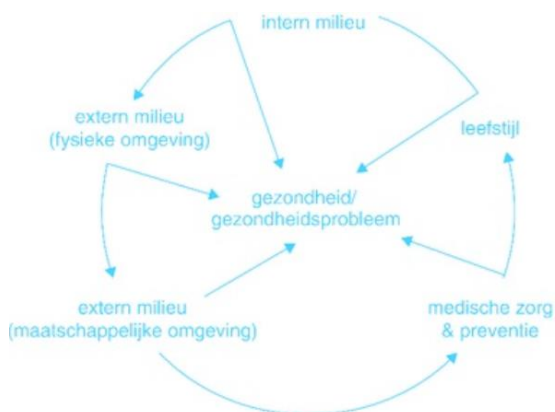
De eerste stap is de probleemanalyse. Dit komt overeen met de inleiding van dit gezondheidsplan waarin volgens het trechtermodel het probleem geanalyseerd wordt. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende perspectieven zoals de patiënt, familie, collega's, literatuur en protocollen die binnen Isala gebruikt worden. De tweede stap is 'programmadoelen'. Het gedrag en de oorzaken van het gedrag worden op systematische wijze onderzocht volgens het Health Concept van Lalonde. In de derde stap 'programmaontwerp' worden bestaande interventies beschreven en uiteindelijk zal één of meerdere interventies gekozen worden. In de vierde stap 'programmaproductie' wordt een omschrijving gegeven van de gekozen interventie. In de vijfde stap 'implementatie' wordt de interventie getest in de praktijk. Hierbij wordt ook onderbouwd waarom er gekozen is voor de interventie en welk effect de interventie heeft. In de laatste stap 'evaluatieplan' wordt beschreven hoe de test verlopen is en welke effecten zichtbaar zijn.

2.2 Health Concept van Lalonde

Om de gedragsdeterminanten in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van het Health Concept van Lalonde (1975). Sassen schrijft het volgende in haar boek: *'Het Health Concept van Lalonde is een model om invloeden op gezondheid een plaats te geven* (Sassen, 2018).'

Voor 1975 werd nog uitgegaan van ziekte en het terugdringen ervan. In het vernieuwde Health Concept (1975) ligt de nadruk op gezondheid en het bevorderen hiervan. Het model sluit aan bij het onderwerp 'valrisico' en de patiëntencategorie, omdat meerdere factoren een rol spelen bij het ontstaan van dit gezondheidsprobleem. In de inleiding komt naar voren dat leeftijd, een eerder doorgemaakte val en orthostatische hypotensie oorzaken zijn van vallen. Dit zijn biologische factoren. Naast biologische factoren zijn er nog andere oorzaken die kunnen leiden tot een verhoogd valrisico, zoals het niet vragen om ondersteuning bij het mobiliseren en bang zijn om (opnieuw) te vallen. Dit heeft met name te maken met de houding en het gedrag van de patiënt. Als een patiënt op gewone sokken loopt, kan het zijn dat de patiënt te weinig kennis heeft over preventieve maatregelen die ingezet kunnen worden om het valrisico te verkleinen. Ook zou het kunnen zijn dat de patiënt wel weet hoe het valrisico verkleint kan worden, maar toch onveilig gedrag vertoont. De determinanten die gebruikt worden binnen het Health Concept sluiten aan bij patiënten met orthostatische hypotensie en een verhoogd valrisico. Daarnaast heeft het Health Concept nog twee determinanten gericht op medische zorg & preventie en extern milieu. Onder extern milieu valt de fysieke omgeving van de patiënt en de maatschappelijke omgeving. Bij alle patiënten die op de AOA worden opgenomen, wordt aan het begin van de opname vastgelegd of er sprake is van een valrisico of niet. De valschaal wordt ingevuld en er worden zo nodig preventieve maatregelen ingezet om vallen te voorkomen. Ook speelt de fysieke omgeving van de patiënt een belangrijke rol binnen het gezondheidsprobleem. Met fysieke omgeving worden de fysieke aspecten in de leefomgeving van een patiënt bedoeld, zoals huisvesting en woonomgeving (Slot, 2019). Het Health Concept richt zich niet op de individuele gezondheid van

een persoon, maar op gezondheidsbevordering van een grotere groep. Binnen dit gezondheidsplan wordt niet één patiënt centraal gesteld, maar een groep patiënten. Hiervoor is gekozen, omdat patiënten normaal gesproken niet langer dan 48 uur op de afdeling verblijven. Er wordt uitgegaan van patiënten met een verhoogd valrisico van 65 jaar en ouder met orthostatische hypotensie/lage bloeddruk. Daarnaast biedt het model aangrijpingspunten voor het verbeteren van gezondheid en het oplossen van een gezondheidsprobleem. De meeste determinanten hebben een onderlinge relatie. Dit betekent dat het de ene determinant weer invloed op een andere determinant kan hebben.



Figuur 1: Health Concept van Lalonde (1975)

2.3 Eigen regie en zelfmanagement

Actiz geeft de volgende omschrijving van het begrip 'eigen regie': *'naar vermogen sturing geven aan je leven'* (Actiz, 2018). Daarnaast geeft V&VN de volgende omschrijving: *'Zelfmanagement is het vermogen van mensen om hun aandoening zo goed mogelijk te kunnen inpassen in hun leven. Ze kunnen bijvoorbeeld omgaan met de symptomen en met de behandeling. Maar ook met de leefstijlveranderingen die nodig zijn'* (VENVN, zelfmanagement, 2018). Dit hangt ook samen met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de visie op wat gezondheid is. Eigen regie en zelfmanagement zijn veel meer naar de voorgrond gekomen de laatste jaren. Huber omschrijft gezondheid als volgt: *'Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'* (Huber, 2014). Hierbij wordt niet uitgegaan van ziekte, maar van functioneren, kwaliteit van leven en een holistisch mensbeeld. Dit betekent dat het niet alleen om de fysieke staat gaat, maar ook om de mentale en sociale staat van een persoon. Deze drie aspecten vormen één geheel. Leefstijl & gedrag hebben invloed op de gezondheid. Dit is dan ook een aangrijpingspunt voor gezondheidsbevordering. De begrippen 'eigen regie' en 'zelfmanagement' zijn daarom onmisbaar binnen het Health Concept. Door de verschillende determinanten in kaart te brengen, kunnen er passende interventies opgesteld worden in samenspraak met patiënten, naasten, collega's en andere betrokken disciplines. Het doel is het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

2.3.1 Wetgeving en politiek

De komende jaren groeit het aantal ouderen in Nederland. Mensen worden steeds ouder en blijven langer thuis wonen. De overheid wil ouderen helpen om in hun vertrouwde omgeving oud te worden. Doordat ouderen langer thuis blijven wonen, neemt het risico op vallen ook toe. De overheid werkt samen met gemeenten en verschillende organisaties in het ontwerpen en uitvoeren van valpreventie. Daarnaast komen er steeds meer ICT-toepassingen op de markt, waardoor de kwaliteit van leven en wonen verbeterd waardoor mensen uiteindelijk langer thuis kunnen blijven wonen. Ook binnen zorginstellingen en ziekenhuizen wordt aandacht geschonken aan valpreventie. Vaak gebeurt dit aan de hand van de VMS-veiligheidsprogramma. VMS staat voor veiligheidsmanagementsysteem en is bedoeld om risico's te signaleren en verbeteringen door te voeren. Een voorbeeld hiervan is het thema 'kwetsbare ouderen' waaronder ook het 'vallen' hoort.

2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen het gezondheidsplan wordt er gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode. Allereerst wordt er literatuurstudie gedaan naar mogelijke oorzaken van het gedrag en vervolgens ook naar mogelijk inzetbare verpleegkundige interventies. De belangrijkste onderzoeken worden uitgewerkt in een schema met onder andere het level of evidence. Daarnaast worden alle bronnen zorgvuldig gescreend met behulp van de C.R.A.P test, zie afbeelding 2 in de bijlagen. Bij het uitvoeren van literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Boeken zoals Carpenito en Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Daarnaast wordt er gezocht in verschillende databanken zoals Pubmed en Cochrane. Hierbij worden de volgende zoektermen gebruikt.

Gebruikte zoektermen	
Valrisico	Interventies vallen
Valrisico bij ouderen	Vallen ouderen
Valrisico bij ouderen in ziekenhuis	Cijfers vallen
Valpreventie ouderen	Incidentie vallen ouderen
(Orthostatische) hypotensie en vallen	Oorzaken van vallen
Valrisico bij hypotensie	Oorzaken van vallen ouderen

Tabel 2: gebruikte zoektermen

Inclusiecriteria	exclusiecriteria
Bronnen vanaf 2009	Bronnen van voor 2009
In ziekenhuis	Verpleeghuis en eigen woonomgeving
Ouderen	Niet-ouderen

Tabel 3: inclusie- en exclusiecriteria

Om richting te geven aan het zoeken van relevante bronnen, wordt gebruik gemaakt van het PICO-model. Dit is een methode om relevante informatie te vinden bij een onderzoeksvraag, gebaseerd op evidence based practise (Medina McKeon, 2015).

Patiënt, populatie of probleem	Patiënten van 65 jaar en ouder met (orthostatische)hypotensie en een verhoogd valrisico
Interventie	Interventies gericht op inadequate therapietrouw
Comparison	-
Outcome	Valrisico verkleinen

Tabel 4: PICO 1 gericht op inadequate therapietrouw

Patiënt, populatie of probleem	Patiënten van 65 jaar en ouder met (orthostatische)hypotensie en een verhoogd valrisico
Interventie	Interventies gericht op kennistekort
Comparison	-
Outcome	Valrisico verkleinen

Tabel 5: PICO 2 gericht op kennistekort

Naast literatuuronderzoek zullen er informele gesprekken gevoerd worden met verschillende betrokkenen zoals patiënten, naasten, collega's en experts. Van tevoren zal toestemming gevraagd worden of de verkregen informatie gebruikt mag worden voor dit gezondheidsplan. Omdat het hierbij gaat om informele gesprekken, zijn er van tevoren geen interviewvragen of een topiclijst opgesteld. Ook zal er gebruik gemaakt worden van een stappenplan die toegepast worden op de afdeling. Daarnaast is er op de afdeling een overzicht gemaakt van het aantal valincidenten van het jaar 2017. Dit overzicht zal ook gebruikt worden. Zie afbeelding 1 in de bijlage.

3. Oorzaken van gedrag

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de determinanten van gedrag die invloed hebben op het gezondheidsprobleem. Hierbij wordt op systematische wijze gewerkt aan de hand van het Health Concept. De verschillende determinanten zullen achtereenvolgens uitgewerkt worden. Per kopje, bijvoorbeeld 'intern milieu', wordt de belangrijkste determinant met de meeste invloed als eerstgenoemd en de minst belangrijke onderaan. Bij het uitwerken van de determinanten is naast literatuurstudie ook gebruik gemaakt van kennis van collega's, inzichten/mening van verschillende patiënten, naasten en andere disciplines zoals de fysiotherapeut. Ook wordt in dit hoofdstuk besproken welke gezondheidswinst te behalen is en welke impact het gezondheidsprobleem heeft op het leven van de patiënten.

3.1 Determinanten van gedrag

3.1.1 Intern milieu

Leeftijd

In dit gezondheidsplan wordt gericht op patiënten van 65 jaar en ouder. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer kans op vallen (Expertisecentrum Val- en fractuur Vlaanderen, 2018). In de leeftijd van 60 tot en met 69 jaar is het percentage valincidenten 25.5% van de totaal aantal incidenten. Dit aantal stijgt met 10% in de leeftijdscategorie 70 tot en met 79 jaar. In de leeftijdscategorie van 90 tot en met 100 jaar is het percentage valincidenten zelfs 75%. Tussen het 40^{ste} en 50^{ste} levensjaar begint het lichaam langzaam te veranderen. De afbraak van cellen is hoger dan de aanmaak van nieuwe cellen. Dit zorgt ervoor dat het lichaam in langzaam tempo achteruitgaat. Zoals het afnemen van spiermassa en het stijver worden van de hartspeer. Dus hoe ouder iemand wordt, hoe meer het lichaam achteruitgaat waardoor de kans op vallen toeneemt.

(Orthostatische) hypotensie

Een lage tensie kan ervoor zorgen dat patiënten zich duizelig/licht in het hoofd voelen en zelfs kunnen vallen/flauwvallen (Hartstichting, 2019). Het kan ook zo zijn dat de tensie in liggende houding goed is, maar bij het opstaan zakt, waardoor dezelfde klachten kunnen ontstaan. Er is sprake van orthostatische hypotensie als de bovendruk zakt met 20 mm kwikdruk of meer of als de onderdruk zakt met 10 mm kwikdruk of meer. De klachten worden veroorzaakt doordat er te weinig bloed stroomt naar de hersenen. Patiënten met een lage tensie of met orthostatische hypotensie hebben hierdoor meer kans om te vallen.

Afname functies in organen/functionele achteruitgang en verminderde mobiliteit

De reden van opname heeft in de meeste gevallen niet met een val te maken, maar wel met de oorzaak/oorzaken van een verhoogd valrisico. Bijvoorbeeld een patiënt wordt opgenomen met een septicisch beeld. Hierbij is sprake van afname van functioneren van de organen zoals de nierfunctie. Door het ziektebeeld is er ook sprake van functionele achteruitgang, doordat de patiënt in mindere conditie is dan normaal gesproken. De patiënt is minder mobiel en er is sprake van achteruitgang in de gezondheid. Hierdoor heeft de patiënt een grotere kans om te vallen. Bij patiënten die opgenomen worden op de AOA waarbij sprake is van een verhoogd valrisico, is bijna altijd sprake van afname van functie in organen en/of functionele achteruitgang. Dit hangt ook nauw samen met het feit dat er ook bijna altijd sprake is van verminderde mobiliteit (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2017).

Gewichtsverlies

Bij de meeste patiënten van 65 jaar en ouder die opgenomen worden op de AOA en waarbij sprake is van een verhoogd valrisico, is ook sprake van ongewild gewichtsverlies. Bijvoorbeeld de patiënt uit de casus die drie weken griep heeft gehad voor de ziekenhuisopname. Mede hierdoor is de patiënt ongewild 16 kilo afgevallen. Het lichaam gebruikt reservevoorraden in vet- en spierweefsel waardoor deze afgebroken worden. Vooral de afbraak van spieren is nadelig. Dit heeft gevolgen voor het dagelijks functioneren en hierdoor neemt ook de kans om te vallen toe (Hopman, 2019).

3.1.2 Extern milieu

Eerder doorgemaakte val

Een eerder doorgemaakte val is een belangrijke risicofactor van vallen. Zo schrijft Sturkenboom in de richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' het volgende: *'Nagenoeg alle onderzoeken binnen de ziekenhuisomgeving en het merendeel van de studies bij thuiswonenden en bij ouderen in een*

verpleeg- en verzorgingstehuizen tonen aan dat het doormaken van één of meer valincidenten in het voorgaande jaar een goede voorspeller is voor toekomstig vallen. Het is daarbij aannemelijk dat een val in de afgelopen drie of zes maanden tevens een adequate voorspeller is voor een verhoogd valrisico (Sturkenboom & Steultjens, 2016). Uit recente meta-analyses komt eerdere vallen als voornaamste risicofactor voor toekomstig vallen naar voren. Hoe vaker iemand gevallen is hoe groter het risico op toekomstig vallen. Op de AOA wordt in de anamnese het valrisico vastgesteld door de vraag te beantwoorden of een patiënt in de afgelopen zes maanden gevallen is.

Medicatie

Verschillende soorten medicatie kan van invloed zijn op het valrisico. Met name psychotrope medicatie zoals antipsychotica en antidepressiva. Ook cardiovasculaire medicatie zoals diuretica(plasmedicatie), bètablokkers en calciumantagonisten verhogen het valrisico. Plasmedicatie kunnen als bijwerkingen een slap gevoel geven, duizeligheid, moeheid en spierkrampen. Antipsychotica kunnen als bijwerkingen vermoeidheid geven, traagheid en wazig zicht. Deze bijwerkingen zorgen voor een hoger valrisico, met name bij ouderen. Het lichaam gaat anders reageren op medicatie. De hoeveelheid lichaamsvocht neemt bijvoorbeeld af, waardoor geneesmiddelen die oplossen in water sterker werken. De hersenen worden gevoeliger voor de werking van bepaalde medicatie, waardoor ouderen meer last hebben van bijwerkingen zoals duizeligheid, vallen, verwardheid en sufheid (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2017). Bijna alle patiënten die opgenomen worden op de AOA met een verhoogd valrisico en een lage bloeddruk/orthostatische hypotensie, gebruiken medicatie. Vaak wordt er door de patiënten gebruik gemaakt van bètablokkers, diuretica en verschillende pijnstillers.

Schoeisel

Patiënten hebben bijna altijd schoenen mee, maar dragen deze meestal niet. Over het algemeen liggen patiënten het grootste gedeelte van de dag in bed. Het komt voor dat patiënten gewone sokken aan hebben en vervolgens op sokken gaan mobiliseren. Hierdoor hebben patiënten weinig grip en hebben grotere kans om uit te glijden/ te vallen. Het komt ook voor dat patiënten slippers, sloffen of niet stevig schoeisel dragen. Dit zorgt er ook voor dat er een hogere kans is op vallen doordat er minder grip is. In sommige gevallen reikt de verpleegkundige de patiënt anti-slipsokken (gele sokken) aan.

3.1.3 Leefstijl (Kennis, houding en gedrag)

Inadequate therapietrouw

Tijdens de opname op de AOA volgen patiënten niet altijd het advies van de verpleegkundige op. Carpenito geeft de volgende omschrijving van inadequate therapietrouw: *'niet strikt opvolgen van therapeutische aanbevelingen ondanks de bereidheid om mee te werken aan een overeengekomen behandeling'* (Carpenito-Moyet, 2015). Inadequate therapietrouw beschrijft iemand die wel wil meewerken maar dit niet doet, omdat er belemmerende factoren zijn. Deze factoren moeten afgezwakt of weggenomen worden om de interventies succes te laten hebben. Bijvoorbeeld een patiënt die is opgenomen op de AOA vanwege een collaps en een lage bloeddruk. Tijdens de opname is vastgesteld dat de patiënt een verhoogd valrisico heeft. De verpleegkundige heeft beoordeeld dat de patiënt niet veilig zelfstandig mobiliseert. Daarom is afgesproken met de patiënt en diens naasten dat de patiënt mobiliseert onder begeleiding van een persoon. Vervolgens gaat de patiënt steeds zelfstandig mobiliseren en vraagt daarbij niet om hulp. Bij het aanspreken van de patiënt op het gedrag geeft de patiënt aan niet te veel tot last te willen zijn en het makkelijker is om even snel alleen naar het toilet te gaan. De patiënt wil het advies van de verpleegkundige wel opvolgen, maar voelt zich bezwaard om steeds te bellen voor toiletgang.

Kennistekort

Carpenito geeft de volgende omschrijving van kennistekort: *'onvoldoende kennis of psychomotorische vaardigheden in verband met gezondheidstoestand of behandelingsplan'* (Carpenito-Moyet, 2015). Dit uit zich bijvoorbeeld in het niet uitvoeren van wenselijk of voorgeschreven gezondheidsbevordering gedrag. Patiënten beseffen niet altijd dat er sprake is van een verhoogd valrisico. Bijvoorbeeld tijdens het anamnesegegesprek wordt een patiënt gevraagd of er het afgelopen half jaar sprake is geweest van een val. De patiënt zei gelijk 'nee'. Vervolgens zegt de echtgenote van de patiënt dat dit wel het geval is. Bij het doorvragen naar de oorzaak komt er naar voren dat de patiënt in de thuissituatie is gestruikeld in het donker over een kleedje. Na het doorvragen naar het gedrag van de patiënt, komt de patiënt tot de conclusie dat hij niet bewust is van het valrisico en daarbij onvoldoende inzicht en

kennis heeft over preventieve maatregelen om vallen te voorkomen. Nog een voorbeeld is de patiënt die ging mobiliseren op eigen sokken. Door navraag te doen naar de reden gaf de patiënt aan altijd op sokken te lopen en niet te weten dat de kans op vallen groter is met sokken aan.

Valangst

Een groot deel van de patiënten die op de AOA worden opgenomen waarbij sprake is van een verhoogd valrisico en orthostatische hypotensie/lage bloeddruk zijn bang om (opnieuw) te vallen. Vos geeft in de Ergotherapeutische aanpak van angst in het kader van valpreventie bij thuiswonende ouderen de volgende omschrijving van valangst: *‘een verlies aan zelfvertrouwen om zich veilig te verplaatsen wat kan resulteren in zelfopgelegde functionele beperkingen* (Vos, Conninck, & Hulle, 2014).’ Patiënten met angst om (opnieuw) te vallen, gaan minder bewegen, waardoor spieren atrofiëren. Daarnaast zal er een vermindering optreden qua conditie, balans en flexibiliteit. Dit verhoogt de kans op vallen weer, wat ervoor zorgt dat er een vicieuze cirkel kan ontstaan. Angst om te vallen zorgt voor een verlies van onafhankelijkheid en vermindering van het zelfvertrouwen. Bijvoorbeeld: een patiënt is opgenomen op de AOA met een lage bloeddruk en duizeligheidsklachten. Tijdens het mobiliseren met behulp van een rollator en onder begeleiding van de fysiotherapeut komt de patiënt onzeker en angstig over. Tijdens het lopen focust de patiënt zich zo op het lopen waardoor het wiebelig/onstabiel gaat. Door de patiënt af te leiden door middel van een gesprekje tijdens het lopen, liep de patiënt stabiel/zonder problemen. De fysiotherapeut legde uit dat door de angst en het focussen op het lopen het juist niet goed met het lopen. Door het hebben van valangst heeft de patiënt een grotere kans om (opnieuw) te vallen.

Verminderde lichaamsbeweging/activiteitsniveau

Tijdens een ziekenhuisopname is er vaak sprake van verminderde lichaamsbeweging. Dit is niet alleen te wijden aan de lichamelijke achteruitgang of ziektebeeld waarvoor de patiënt is opgenomen. Patiënten liggen op bed en blijven vaak ook liggen als niemand hen motiveert om te mobiliseren. Fysieke inactiviteit is een veelvoorkomend probleem bij ouderen tijdens een ziekenhuisopname. Uit een studie waarin onderzoek gedaan werd naar de inactiviteit van ouderen is gebleken dat oudere patiënten het grootste gedeelte van hun tijd in bed doorbrachten, ondanks het vermogen zelfstandig te kunnen lopen. Zo bleek dat ouderen overdag gemiddeld 70-87% in bed bleven liggen en dat slechts 2-6% van de tijd werd besteed aan fysieke activiteit (Brown, 2009). Inactiviteit kan op meerdere gebieden nadelige gevolgen met zich meebrengen. Gevolgen zijn onder andere het afnemen van spierkracht en spiermassa, afname van inspanningsvermogen, achteruitgang van de longfunctie en uiteindelijk krijgen ouderen steeds meer moeite met het uitvoeren van de Activiteiten in het Dagelijks Leven (ADL).

3.1.4 Medische zorg en preventie

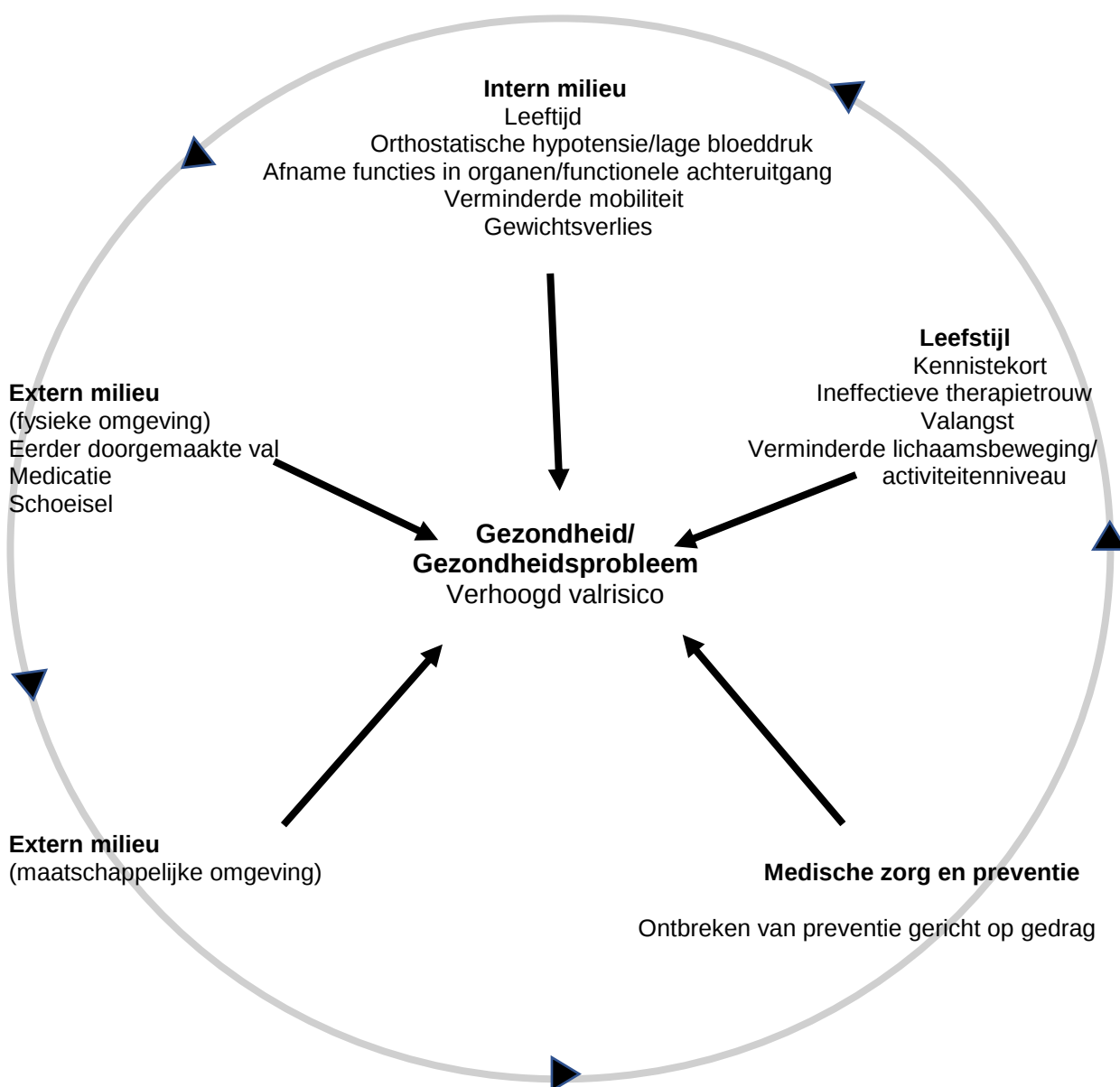
De huidige valpreventie binnen Isala is vooral gericht op de verpleegkundige. Tijdens de anamnese wordt in het dossier vastgelegd of er sprake is van een valrisico en in het activiteitenplan van de patiënt wordt de valschaal ingevuld. Bij het invullen van de valschaal komt er een score van 0 tot en met 12 uit. Bij een score van 1 of hoger geeft het dossier automatisch een keuzemenu aan mogelijke inzetbare interventies. Voorbeelden hiervan zijn: het aanreiken van anti-slipsokken, meten van de bloeddruk, de patiënt wijzen op valgevaar, het geven van voorlichting en het mobiliseren onder begeleiding. De interventies zijn vrij algemeen en minder gericht op de leefstijl/het gedrag van de patiënt.

3.2 Te behalen gezondheidswinst

Binnen de AOA zijn de interventies om het valrisico te beperken vooral gericht op wat de verpleegkundige voor de patiënt kan doen en minder gericht op de leefstijl of het bevorderen van gezond gedrag van de patiënt. Bij het uitwerken van de oorzaken van gedrag komen met name de volgende vier punten naar voren: valangst, kennistekort, inadequate therapietrouw en verminderde lichaamsbeweging/activiteitsniveau. Deze vier aspecten hebben vooral met het gedrag van de patiënt te maken. Het valrisico van patiënten van de gekozen doelgroep kan verkleind worden door het doen van onderzoek naar een effectieve en passende interventie. Voor dit gezondheidsplan zal gekozen worden voor twee aspecten; kennistekort en inadequate therapietrouw. Door middel van literatuuronderzoek wordt er gezocht naar passende interventies.

3.3 Impact van gezondheidsprobleem

In de inleiding staat dat valincidenten ernstige gevolgen hebben, met name bij ouderen. Daarnaast brengt dit een hoop kosten met zich mee voor de gezondheidszorg die ingezet wordt na een val. In totaal kosten alle valincidenten van ouderen ruim 830 miljoen per jaar. Doordat ouderen vaak kwetsbaarder zijn en minder weerstand hebben dan niet-ouderen, zijn de gevolgen van de val vaak ernstiger. Binnen de AOA worden de gevolgen voor patiënten door een val ingedeeld in drie categorieën: klein risico, gemiddeld risico en hoog risico. Bij een klein risico is er sprake van geen ongemak en geen letsel. 90% van de valincidenten op de AOA in 2017 werden gerekend als gemiddeld risico, 4% hoog risico en 1% laag risico. Bij een gemiddeld risico is er sprake van ongemak zonder letsel. Bij hoog risico is er sprake van ongemak en letsel. Een val heeft verschillende nadelige gevolgen voor ouderen. De zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit is na een val vaak blijvend verminderd. Daarnaast neemt de angst om te vallen toe en daardoor gaan ouderen vaak minder bewegen. Als iemand blijft vallen en er geen actie ondernomen wordt, is de kans groot dat dit zal leiden tot een val met overlijden als gevolg.



Figuur 2: Health Concept van Lalonde (1975)

4. Gezondheidsbevorderende interventies en implementatie

In dit hoofdstuk worden interventies omschreven die ingezet kunnen worden in belang van het gezondheidsplan. Eerst worden mogelijke interventies besproken en vervolgens wordt er een of meerdere interventies gekozen die in de praktijk toegepast zullen worden. Ook wordt ingegaan op de realiseerbaarheid van de interventies en de mogelijke ethische dilemma's die daarbij spelen. Daarnaast wordt omschreven hoe de gekozen interventie in de praktijk geïmplementeerd kan gaan worden. Ook wordt er omschreven hoe de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft. Om een duidelijk beeld te krijgen welke interventies er mogelijk ingezet kunnen worden, is er literatuurstudie gedaan naar mogelijk inzetbare interventies gericht op het gedrag van de patiënt. Hierbij wordt specifiek gezocht naar interventies gericht op kennistekort en inadequate therapietrouw.

4.1 Mogelijke interventies

In de Ergotherapie richtlijn Valpreventie geeft Sturkenboom een aantal aanbevelingen. De volgende aanbevelingen zijn van toepassing binnen dit gezondheidsplan: *'Het wordt aanbevolen om technieken en instrumenten uit de motiverende gespreksvoering te gebruiken bij de gezamenlijke doelbepaling, vaststellen van plan van aanpak en het begeleiden van gedragsverandering.'*

Daarnaast wordt ook aanbevolen om bij patiënten met specifieke aandoeningen en een verhoogd valrisico aandacht te hebben voor een (in)directe hulpvraag gerelateerd aan valpreventie. In het geval van patiënten met een lage bloeddruk of orthostatische hypotensie bijvoorbeeld. Hierbij kan gedacht worden aan het geven van voorlichting rondom (orthostatische) hypotensie. Tot slot wordt aanbevolen om in de interventies gericht op valpreventie de naasten te betrekken bij de interventie door hen op de hoogte te stellen en ook de mening van de naasten te horen (Sturkenboom & Steultjens, 2016).

Interventie gericht op inadequate therapietrouw; shared decision making (SDM)

Voordat er interventies ingezet worden is het van belang om de mening van de patiënt mee te nemen binnen het proces. Elwyn geeft de volgende omschrijving van het begrip 'shared decision making': 'het proces waarin de zorgverlener en de patiënt samen beslissingen nemen over diagnostiek, behandelingen of begeleiding, op grond van (wetenschappelijke) kennis, klinische ervaring en de voorkeuren en waarden van de patiënt (Elwyn, 2012)'. Hierbij worden de wensen van de patiënt besproken en de mogelijkheden. Samen met de patiënt wordt besloten wat de meest geschikte interventie is in zijn/haar situatie. Dit verhoogt de therapietrouw (UMC Utrecht, 2005). De kenmerken van SDM zijn: de uitwisseling van informatie tussen de hulpverlener en de patiënt is wederkerig, de uitwisseling tussen hulpverlener en patiënt betreft zowel medische als persoonlijke informatie, de hulpverlener en patiënt overleggen samen over alle aspecten die relevant zijn voor de besluitvorming en de hulpverlener en de patiënt nemen uiteindelijk gezamenlijk het besluit over het te volgen beleid. De volgende stappen zijn ondersteunend om SDM toe te passen in de praktijk (Elwyn, 2012):

1. Begrijp de verwachtingen, ervaringen van de patiënt
2. Ontwikkel partnerschap met de patiënt
3. Definieer het probleem en leg het uit
4. Vertel de patiënt expliciet dat hij of zij een keuze voor een behandeling heeft
5. Zorgverlener en patiënt delen informatie over de verschillende opties voor behandelvormen, inclusief de voor- en nadelen van de opties voor de patiënt
6. Help de patiënt inzicht te krijgen in wat voor hem belangrijke waarden of motieven zijn, relevant voor het maken van een goede keuze. Dit wordt 'gewogen' tegenover de voor- en nadelen van alle besproken opties. (vragen stellen aan patiënt, vragen stellen aan zorgverlener, patiënt wikt en weegt diverse opties)
7. Gezamenlijk een beslissing nemen of de besluitvorming uitstellen

Interventie gericht op kennistekort

Hierbij kan gedacht worden aan algemene leefstijladviezen bij een verhoogd valrisico, maar ook aan specifieke leefstijladviezen passend bij patiënten met (orthostatische) hypotensie (Sturkenboom & Steultjens, 2016):

- Voorzichtig in etappes opstaan vanuit liggende of zittende houding.
- Vermijd situaties waarin de intrathoracale druk verhoogd wordt door bijvoorbeeld persen of hoesten
- Vermijd langdurige bedrust
- Aanleren van contra manoeuvres bij symptomatische orthostatische hypotensie. Bijvoorbeeld het aanspannen van been-, bil- en buikspieren.

- Minimaliseer postprandiale hypotensie door maaltijden te spreiden en beperk koolhydraten. Wanneer de maag vol zit en bezig is met het verteren van voedsel, gaat er meer bloed naar de maag toe dan naar andere weefsels/organen. Dit kan ervoor zorgen dat er te weinig circulerend volume waardoor de bloeddruk verlaagd.
- Vermijd alcohol en streven naar voldoende vochtinname van 2L-2.5L.

Gekozen interventies

Vanuit de literatuur zijn er een aantal interventies naar voren gekomen die mogelijk toepasbaar zijn: het toepassen van Shared Decision Making, het toepassen van motiverende gespreksvoering en het geven van voorlichting over leefstijladviezen. Uit gesprekken met drie verschillende verpleegkundigen over mogelijke interventies is naar voren gekomen dat er op dit moment al aandacht besteed wordt aan SDM en hier twee klinische lessen over gegeven zijn. Ook heeft een collega aanbevolen om een folder met leefstijladviezen mee te geven aan de patiënt tijdens het ontslag, omdat de meeste patiënten niet langer dan 48 uur op de AOA verblijven. Een andere collega gaf aan dat patiënten die voorlichting gekregen hebben, dit meestal niet volledig begrijpen of al gauw de inhoud van de voorlichting vergeten. Door het meegeven van een folder kunnen patiënten deze thuis opnieuw lezen op eigen tempo. Hiermee wordt gestreefd om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Naar aanleiding van de literatuurstudie, gesprekken met drie collega's en informele gesprekken met patiënten/naasten is ervoor gekozen om de volgende interventies toe te passen in de praktijk:

1. De verpleegkundige past de principes van SDM toe om samen met de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een keus te maken welke mogelijke interventie(s) ingezet kunnen worden.
2. De verpleegkundige geeft voorlichting aan de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie over leefstijladviezen bij (orthostatische) hypotensie.
3. De verpleegkundige geeft de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een folder met leefstijladviezen mee als de patiënt met ontslag gaat.

4.3 Implementatie en continuïteit van zorg

Om voorlichting te kunnen geven over (orthostatische hypotensie) is het noodzakelijk dat de verpleegkundigen voldoende kennis hierover hebben. Uit gesprekken met drie collega's is gebleken dat collega's over het algemeen wel weten wat (orthostatische)hypotensie is, maar niet voldoende kennis hebben over mogelijke leefstijladviezen die gegeven kunnen worden aan patiënten. Ook gaf een collega aan het belangrijk te vinden dat kennis over zulke onderwerpen af en toe opgefrist moet worden. Daarom is er voor gekozen om een pitch te houden over het onderwerp (orthostatische) hypotensie van ongeveer 10 minuten. Deze pitch zal op twee verschillende momenten plaatsvinden in de eetruimte voor het personeel tijdens het 2 uur overleg. Tijdens de pitch zal uitgelegd worden wat (orthostatische) hypotensie is, wat de oorzaken en gevolgen zijn, welke leefstijladviezen van toepassing zijn en welke interventies ingezet kunnen worden om het gedrag van de patiënt te veranderen. Ter ondersteuning voor de pitch is een PowerPoint presentatie gemaakt. Ook wordt aan de hand van een casus gekeken welke interventies ingezet zouden kunnen worden. Een aantal dagen voor de pitch wordt de casus via de mail verstuurd naar de collega's. De informatie die gedeeld wordt tijdens de pitch, is naar voren gekomen tijdens het onderzoeken van mogelijke interventies. Daarnaast is er voor gekozen om patiënten bij het ontslag een folder met leefstijladviezen mee te geven, zodat de patiënt zelf kan lezen wat te doen om het valrisico te verkleinen bij (orthostatische) hypotensie ook na de ziekenhuisopname. Hiervoor is contact gezocht met een specialist ouderengeneeskunde om zijn/haar mening te vragen over het implementeren van de bovengenoemde interventie.

Continuïteit van zorg

Tijdens de klinische les zal ook aandacht geschonken worden voor de continuïteit van zorg. Zo zal onder andere uitleg gegeven worden hoe het geven van voorlichting in het dossier vastgelegd kan worden, zodat andere collega's en disciplines kunnen zien dat er voorlichting gegeven is aan de desbetreffende patiënt over (orthostatische) hypotensie. Daarnaast zullen er aanbevelingen gedaan worden voor toekomstige studenten om vervolgonderzoek te doen naar de andere gedragsdeterminanten. Deze aanbevelingen worden op de schijf van de studenten van de leerafdeling gezet.

4.4 Realiseerbaarheid van de interventies

De opgestelde interventies zullen voor een gedeelte uitgevoerd worden in de praktijk. Zo wordt er een pitch gegeven over (orthostatische) hypotensie waarbij de interventies ook benoemd en uitgelegd worden. Hierbij wordt ook gevraagd naar de mening van de collega's. De gekozen interventies zijn voor verpleegkundigen niet altijd realiseerbaar. De zorgzwaarte van de patiënten kan per dag verschillen van zelfstandige patiënten tot patiënten die door twee verpleegkundigen verzorgd moeten worden. Het is afhankelijk per dag of de verpleegkundige tijd heeft om de interventies toe te passen. Ook kan het zijn dat er andere prioriteiten gesteld moeten worden, als de situatie van de patiënt bijvoorbeeld niet stabiel is. Toch hoeft het toepassen van de interventies niet veel tijd te kosten. Het geven van een voorlichting aan een patiënt kan al in een paar minuten. Het kan echter ook zo zijn dat het niet haalbaar is om een patiënt voorlichting te geven. Bijvoorbeeld als een patiënt bedlegerig is.

4.5 Ethische dilemma's

Patiënten nemen in toenemende mate verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en staan in een meer gelijkwaardige relatie met de zorgverlener. Dat kan zorgen voor ethische dilemma's. Bijvoorbeeld als een patiënt met (orthostatische) hypotensie en een verhoogd valrisico tegen het advies van de verpleegkundige in toch alleen gaat mobiliseren. De waarden van de patiënt en de verpleegkundige botsen op dat moment. Binnen dit gezondheidsplan is rekening gehouden met normen en waarden van de patiënt. Daarom is er voor gekozen om allereerst met de patiënt in gesprek te gaan en daarbij de principes van SDM te gebruiken. Hierin worden de mogelijkheden, de voor- en nadelen besproken en kan de patiënt zijn/haar mening geven. De verpleegkundige komt op die manier meer te weten over de normen en waarden van de patiënt. In samenspraak met de patiënt kunnen mogelijke interventie(s) ingezet worden om het valrisico te verkleinen. Op die manier is de kans kleiner dat er ethische dilemma's en/of weerstand ontstaat.

4.2 Uitwerking gekozen interventies

Diagnose (PES) (Carpenito-Moyet, 2015)	Resultaat	Interventies(wie, wat, waar, wanneer en hoe)	Benodigdheden
<u>Problem</u>: verhoogd valrisico. <u>Etiology</u>: Leeftijd, (orthostatische) hypotensie, afname functies in organen, gewichtsverlies, eerder doorgemaakte val, medicatie, schoeisel, valangst, <u>inadequate therapietrouw</u>, <u>kennistekort</u> en verminderde lichaamsbeweging/activiteitsniveau. <u>Signs and symptoms</u>: Patiënten geven aan zich duizelig te voelen, mobiliseren niet veilig en geven aan bang te zijn om opnieuw te vallen.	Patiënt geeft aan minder vaak te vallen en is minder bang om te vallen (Carpenito-Moyet, 2015).	Gericht op de patiënt Als blijkt dat een patiënt een verhoogd valrisico heeft in combinatie met (orthostatische) hypotensie... <i>Gericht op inadequate therapietrouw</i> 1. Past de verpleegkundige de principes van SDM toe om samen met de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een keus te maken welke mogelijke interventie(s) ingezet kunnen worden (Sturkenboom & Steultjens, 2016). <i>Gericht op kennistekort</i> 2. Geeft de verpleegkundige voorlichting aan de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie over leefstijladviezen bij (orthostatische) hypotensie (Sturkenboom & Steultjens, 2016). 3. De verpleegkundige geeft de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een folder met leefstijladviezen mee als de patiënt met ontslag gaat.	- Kennis over SDM - Kennis nodig over (orthostatische) hypotensie - Kennis over het geven van voorlichting - Folder over (orthostatische) hypotensie

Tabel 6: uitwerking gekozen interventies

5. Borging en reflectie

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er nagedacht is over het borgen van de interventies. Daarnaast wordt kritisch gekeken naar het proces van het onderzoek en wordt er ingegaan op de mogelijke zwakten in het gehele proces. Tot slot worden er aanbevelingen gegeven.

5.1 Borgen van interventies

Om het proces te evalueren, wordt gebruik gemaakt van de PDCA cyclus (Plan, Do, Check, Act). Dit model is gericht op continue verbetering en vernieuwing. In de eerste stap is het probleem onderzocht en is er een vraagstelling en doelstelling opgesteld. Hierin is onderzoek gedaan naar mogelijke interventies. In de tweede stap worden interventies uitgevoerd in de praktijk. Van belang hierbij om collega's en patiënten hierbij te betrekken om de betrokkenheid en belangstelling te vergroten.

Het uitvoeren van stap drie en vier zal binnen de stageperiode niet haalbaar zijn. Wel zal omschreven worden hoe de laatste stap aangepakt zou worden. In de derde stap van de cyclus wordt het plan geëvalueerd. Wat ging goed? Wat kan beter de volgende keer? Waar liepen verpleegkundigen tegenaan tijdens het uitvoeren van de interventies? Bij het evalueren wordt onderscheid gemaakt tussen product, proces en structuur. Van tevoren zijn criteriavragen opgesteld. Tijdens het evalueren worden deze criteriavragen beantwoord. De vierde stap van de cyclus is gericht op de uitkomsten van de derde stap. Wat is er naar voren gekomen uit de evaluatie? De interventies kunnen mogelijk aangepast worden en opnieuw uitgevoerd worden in de praktijk. Het is belangrijk om dit met de collega's te bespreken. Bijvoorbeeld aan de hand van de CCI-methode. *'Alle deelnemers aan de oefening krijgen de mogelijkheid om hun persoonlijke verwachtingen, zorgen en aandachtspunten te delen door ze op te schrijven'* (Munten, et al., 2012). De CCI-methode is een handige methode om de perspectieven en gedachten van alle betrokkenen te verzamelen. De CCI-methode maakt het mogelijk dat het hele team zijn of haar mening en gedachte rondom het onderwerp anoniem kan delen (Foundation of Nursing Studies, 2015). Ook nodigt deze methode de betrokkenen uit om deel te worden van het verbeterproject doordat het team actief om hun mening, perspectief en gevoel wordt gevraagd en deze methode al vroeg in het begin ingezet zal worden.

Evaluatie criteriavragen

Product	- Hebben de collega's na de klinische les voldoende kennis om een voorlichting te kunnen geven over (orthostatische) hypotensie? - Voelt de patiënt zich gehoord als de verpleegkundige de principes van SDM toepast in de praktijk? - Heeft het toepassen van SDM door verpleegkundigen in de praktijk een positief effect op de mate waarin de patiënt therapietrouw is? - Geeft de patiënt aan minder vaak te vallen?
Proces	- Zijn de stappen binnen het gezondheidsplan gedaan volgens het protocol 'Intervention Mapping'? - Zijn de collega's voldoende betrokken bij het proces/op de hoogte? - Zijn de opgestelde interventies toegepast in de praktijk?
Structuur	- Waren er voldoende collega's aanwezig tijdens de klinische les? - is er voldoende tijd voor de verpleegkundigen om de interventies uit te voeren in de praktijk?

Tabel 7: evaluatie criteriavragen

5.2 Discussie en aanbevelingen

Discussie

Aan de hand van de opgestelde criteriavragen zijn een aantal discussiepunten te benoemen. Zo is het binnen de stageperiode niet mogelijk om het effect van de interventies te meten of te evalueren. Ook is het plan is gericht op ouderen van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico en (orthostatische) hypotensie. Het plan is dus niet specifiek gericht op een situatie van één patiënt. Er zijn dus groepen patiënten/uitzonderingen waarbij het niet geschikt is om de opgestelde interventies in te zetten. Het heeft bijvoorbeeld geen nut om verwarde/delirante patiënten een voorlichting te geven over leefstijladviezen. Ook bij patiënten die bedlegerig zijn en patiënten met ernstige gezondheidsproblemen of ziektebeelden waarbij andere prioriteiten gesteld worden, zijn de

opgestelde interventies niet van toepassing. In sommige gevallen voelen patiënten zich niet goed of heel moe, waardoor zij niets anders willen dan in bed liggen. Tot slot gelden de uitgewerkte determinanten in hoofdstuk drie voor een groep patiënten (meso-niveau) en kan dit per individu (micro-niveau) iets afwijken. Bijvoorbeeld niet alle patiënten met een valrisico en (orthostatische) hypotensie hebben angst om te vallen. De interventies zouden binnen bijna alle afdelingen van Isala ingezet kunnen worden waar oudere patiënten van 65 jaar en ouder met een valrisico in combinatie met een (orthostatische) hypotensie opgenomen zijn (macro-niveau). Tijdens het proces is ook contact gezocht met twee specialisten ouderengeneeskundigen. Hier is geen respons op gekomen.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van de literatuurstudie die gedaan is, de gesprekken die gevoerd zijn met collega's, patiënten, naasten en overige disciplines worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Het wordt aanbevolen de volgende interventies toe te passen in de praktijk als blijkt dat een patiënt een verhoogd valrisico heeft in combinatie met (orthostatische) hypotensie:
 1. De verpleegkundige past de principes van SDM toe om samen met de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een keus te maken welke mogelijke interventie(s) ingezet kunnen worden (Sturkenboom & Steultjens, 2016) (Brown, 2009).
 2. Als blijkt dat er sprake is van een kennistekort geeft de verpleegkundige de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie voorlichting over leefstijladviezen bij (orthostatische) hypotensie (Sturkenboom & Steultjens, 2016).
 3. De verpleegkundige geeft de patiënt van 65 jaar en ouder met (orthostatische) hypotensie een folder met leefstijladviezen mee als de patiënt met ontslag gaat.
- Daarnaast wordt aanbevolen om verder onderzoek te doen naar interventies gericht op inadequate therapieontrouw, valangst en verminderde lichaamsbeweging/activiteitsniveau. Dit zijn determinanten die mede bijdragen aan een verhoogd valrisico die gericht zijn op het gedrag van de patiënt. Door een beperkt tijdsbestek was het niet mogelijk om alle determinanten gericht op gedrag uit te werken en verder onderzoek op te doen. Daarom wordt aanbevolen om verder onderzoek te doen naar de bovengenoemde determinanten. Mogelijk door toekomstige studenten. Hierbij wordt ook aanbevolen om tijdens het onderzoek te kijken naar mogelijke Ehealth als aanvulling op het persoonlijk contact met de zorgvrager.

6. Bijlagen

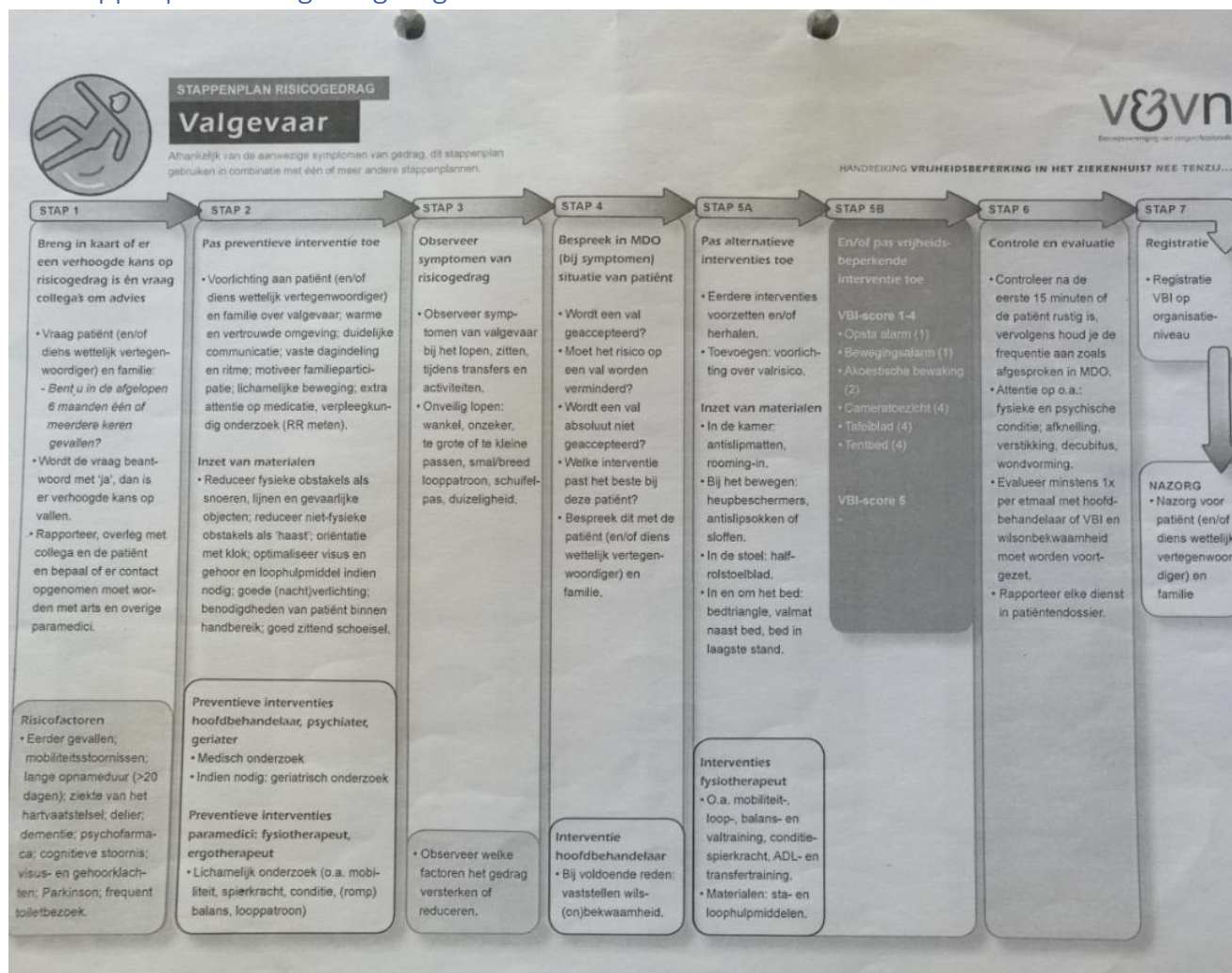
6.1 literatuurlijst

- Actiz. (2018). *Eigen regie*. Opgeroepen op 5 6, 2019, van Actiz:
<https://www.actiz.nl/web/ouderenzorg/kwaliteit/onderwerp/pag/eigen-regie/open/wat-is-eigen-regie>
- Brown, C. (2009, 9). *The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults*. Opgeroepen op 4 1, 2019, van Pubmed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682121>
- Burg, J., Assema, P. v., & Lechner, L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Opgeroepen op 3 15, 2019
- Carpenito-Moyet, L. (2015). inadequate therapietrouw. In L. J. Carpenito-Moyet, *Zakboek Verpleegkundige diagnoses* (pp. 426-428). Groningen: Noordhoff Uitgevers. Opgeroepen op 4 1, 2019
- Centraal bureau voor statistieken. (2017, 10). *Steeds meer doden door een val*. Opgeroepen op 5 6, 2019, van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/43/steeds-meer-doden-door-een-val>
- Elwyn, G. (2012, 10). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Opgeroepen op 4 8, 2019, van NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
- Expertisecentrum Val- en fractuur Vlaanderen. (2018). *cijfers en feiten*. Opgeroepen op 3 26, 2019, van valpreventie: <http://www.valpreventie.be/algemeen/Cijfersenfeiten.aspx>
- Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie. (2018). *risicofactoren*. Opgeroepen op 3 13, 2019, van valpreventie: <http://www.valpreventie.be/Algemeen/Risicofactoren.aspx>
- Foundation of Nursing Studies. (2015). *claims, concerns and issues*. Opgehaald van fons:
<https://www.fons.org/resources/documents/Creating-Caring-Cultures/CCIs.pdf>
- Halfens, R. (2015). *Landelijke Prevalentiemeting*. Opgeroepen op 2 28, 2019, van Maastricht university: <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
- Hartstichting. (2019). *Wat merk je van een lage bloeddruk*. Opgeroepen op 3 26, 2019, van hartstichting: <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren/gids-bloeddruk/wat-merk-je-van-een-lage-bloeddruk?tab=3>
- Hauser, K. (2015, 10). *Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making*. Opgeroepen op 5 10, 2019, van NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640070/>
- Hesselink, J. (2013). *Zo maak je een Verpleegplan*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers. Opgeroepen op 3 9, 2019
- Hopman, J. (2019, 3). *valpreventie ouderen*. Opgeroepen op 3 26, 2019, van zorgvoorbeter: <https://www.zorgvoorbeter.nl/valpreventie-ouderen/richtlijnen>
- Huber, M. (2014). *Het vermogen om zelf de regie te voeren*. Opgehaald van Medischcontact: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/interview-machteld-huber-het-vermogen-om-zelf-de-regie-te-voeren.htm>

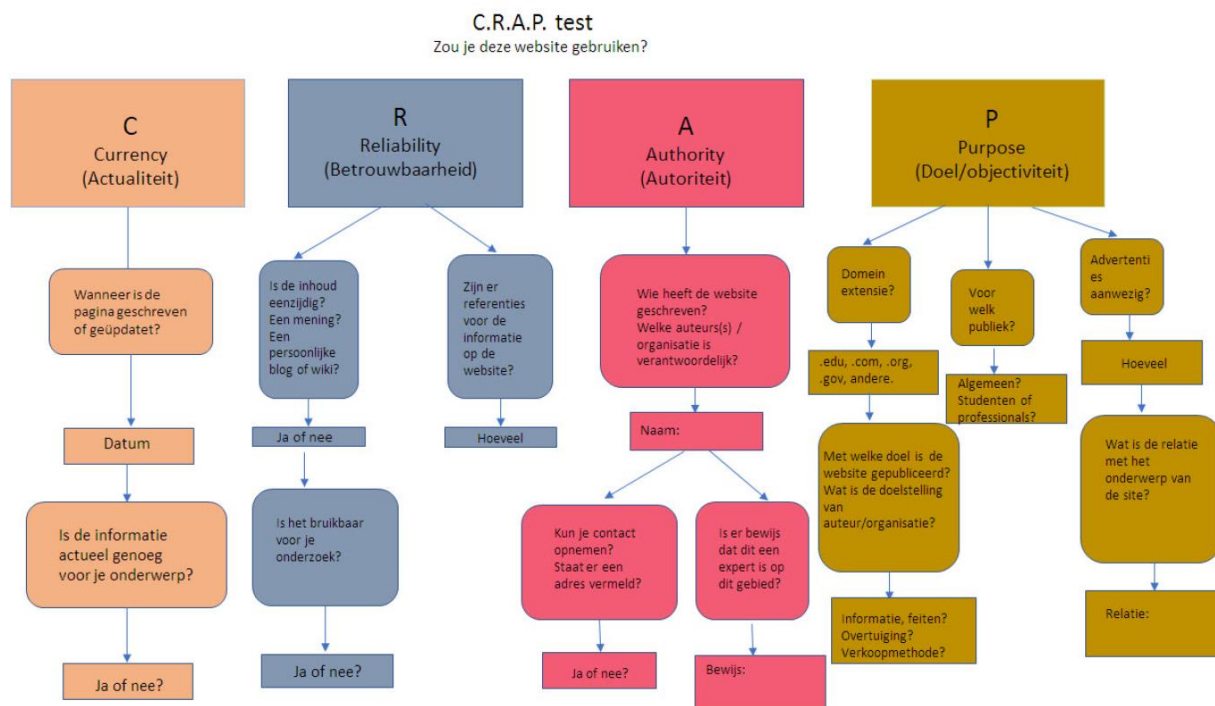
- Isala. (2018, 11 25). *verblijf acute opname afdeling*. Opgeroepen op 2 20, 2019, van Isala: <https://www.isala.nl/patientenfolders/6478-verblijf-acute-opname-afdeling-aoa/>
- Joosten, E. (2008). *Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status*. Opgeroepen op 5 10, 2019, van Karger: <https://www.karger.com/Article/Abstract/126073>
- loketgezondleven. (2018). *cijfers en feiten valpreventie ouderen*. Opgeroepen op 2 21, 2019, van loketgezondleven: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/valpreventie/cijfers-en-feiten-valpreventie>
- LUMC. (2018, 5). *orthostatische hypotensie*. Opgeroepen op 4 15, 2019, van lumc: <https://www.lumc.nl/patientenzorg/praktisch/patientenfolders/orthostatische-hypotensie>
- Medina McKeon, J. (2015, 1). *PICO: A Hot Topic in Evidence-Based Practice*. Opgeroepen op 4 15, 2019, van journals.humankinetics: <https://journals.humankinetics.com/doi/pdf/10.1123/ijatt.2014-0141>
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmerman, A. (2012). Claims, Concerns en Issues (CCI). In G. Munten, M. Legius, T. Niessen, M. Snoeren, J. Jukema, & A. Harps-Timmerman, *Practice Development* (p. 80). Den Haag: Boom Lemma uitgevers. Opgeroepen op 10 1, 2018
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2017, 10). *herziene richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen*. Opgeroepen op 3 26, 2019, van richtlijndatabase: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html#verantwoording
- Sassen, B. (2018). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum. Opgeroepen op 3 6, 2019
- Slot, D. (2019, 2). *begrip fysieke omgeving*. Opgeroepen op 3 26, 2019, van Encyclo: <https://www.encyclo.nl/begrip/fysieke%20omgeving>
- Sturkenboom, I., & Steultjens, E. (2016). *Ergotherapie richtlijn Valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met een verhoogd valrisico*. Opgeroepen op 4 8, 2019, van ergotherapie: <https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2014/03/ergotherapie-richtlijn-valpreventie-2016.pdf>
- UMC Utrecht. (2005, 1). *Interventies valpreventie*. Opgeroepen op 4 8, 2019, van vmszorg: <https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/Interventies-valpreventie.pdf>
- University of Groningen. (2017, 2). *Evaluation Criteria*. Opgeroepen op 3 18, 2019, van University of Groningen: <https://libguides.rug.nl/c.php?g=408472&p=2782531>
- VENVN. (2018). *Stappenplan risicogedrag valgevaar*. Opgeroepen op 5 9, 2019, van V&VN: <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/Deel3%20Valgevaar.pdf>
- VENVN. (2018). *zelfmanagement*. Opgeroepen op 3 6, 2019, van venvn: <https://www.venvn.nl/Themas/Zelfmanagement>
- Vilans. (2012). *Valpreventie*. Opgeroepen op 5 6, 2019, van Vilans: [https://www.vilans.nl/docs/producten/Kennisbundel%20Valpreventie%20\(v4-do5juli2012\).pdf](https://www.vilans.nl/docs/producten/Kennisbundel%20Valpreventie%20(v4-do5juli2012).pdf)

Vos, J. d., Conninck, L. d., & Hulle, N. v. (2014, 6). *Ergotherapeutische aanpak van angst*. Opgehaald van valpreventie:
<http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/Cursus%20Blijf%20angst%20de%20baas%20versie%2001-2016.pdf>

6.2 Stappenplan risicogedrag valgevaar



Afbeelding 1: stappenplan risicogedrag valgevaar (VENVN, Stappenplan risicogedrag valgevaar, 2018)



Afbeelding 2: C.R.A.P. test

Voorbeeld uitvoering C.R.A.P. test (loketgezondleven, 2018)

C: 2018, de informatie is actueel genoeg voor het onderwerp

R: de inhoud is gebaseerd op verschillende bronnen en op onderzoek naar cijfers en percentages. De informatie is bruikbaar voor dit onderzoek.

A: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

P: doel van het publiceren is informatie en feiten delen. Publiek is de Nederlandse bevolking. Op deze website zijn geen advertenties aanwezig.

6.3 Literatuur beoordelen

Auteur	Design	Jaar	Aantal deelnemers (waar mogelijk)	Uitkomst	Validiteit	Eigen beoordeling
(Joosten, 2008)	Systematic review	2008	-	Uit onze resultaten blijkt dat SDM onder dergelijke omstandigheden een effectieve methode kan zijn om een behandelingsovereenkomst te bereiken. Bewijs voor de effectiviteit van SDM in de context van andere soorten beslissingen, of in het algemeen, is nog niet doorslaggevend. Toekomstige studies van SDM moeten waarschijnlijk gericht zijn op langetermijnbeslissingen.	Elf RCT's voldeden aan de vereiste criteria en werden opgenomen in deze beoordeling	Betrouwbaar
(Hauser, 2015)	Systematic review	2015	-	Er wordt geconcludeerd dat bijna de helft van de geïdentificeerde onderzoeken wijzen op de uitkomstrelevante	622 RCT's werden beoordeeld waarvan 22 van	betrouwbaar

				effectiviteit van SDM. Een op consensus gebaseerde standaardisatie van SDM-stimulerende maatregelen en geschikte klinische onderzoeken zijn nodig en wenselijk.	voldoende kwaliteit werden beschouwd	
(Nederlands e Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2017)	Richtlijn	2016		Het wordt aanbevolen om technieken en instrumenten uit de motiverende gespreksvoering te gebruiken bij de gezamenlijke doelbepaling, vaststellen van plan van aanpak en het begeleiden van gedragsverandering. Daarnaast wordt ook aanbevolen om bij patiënten met specifieke aandoeningen en een verhoogd valrisico aandacht te hebben voor een (in)directe hulpvraag gerelateerd aan valpreventie.	Is ontwikkeld in samenwerking met de volgende partijen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Radboud UMC en Ergotherapie Nederland. Gebaseerd op Evidence-based practice	Betrouwbaar

6.3 Folder



 <https://www.isala.nl/patientenfolders/5667-lage-bloeddruk-bij-staan/>

Lage bloeddruk bij staan

Orthostatische hypotensie betekent letterlijk: een lage bloeddruk bij staan. Hier gaan we in op de oorzaken en behandelingsmogelijkheden.

Hoe ontstaat orthostatische hypotensie?

Als u overeind komt vanuit de liggende naar de staande houding, verplaatst zich onder invloed van de zwaartekracht bloed naar de buik en de benen. Hierdoor wordt uw hart minder goed met bloed gevuld en neemt de hoeveelheid bloed die het hart per minuut in de slagaders pompt af.

Het gevolg is dat de bloeddruk daalt. Het lichaam neemt twee maatregelen die ervoor zorgen dat de bloeddruk weer op het oorspronkelijke niveau wordt teruggebracht.

- Een daling van de bloeddruk wordt echter direct geregistreerd door drukopnemers in de grote lichaamsslagader en de beide halsslagaders. Via zenuwbanen wordt informatie uit deze drukopnemers doorgegeven aan het bloeddrukregistratiecentrum in de hersenen.
- Bij het dalen van de bloeddruk zorgt het regelcentrum voor een vernauwing van de bloedvaten en een toename van de hartslagfunctie.

Orthostatische hypotensie

Bij patiënten met orthostatische hypotensie (een lage bloeddruk bij staan) functioneert het bloeddrukregulatiesysteem naar de bloedvaten en het hart niet optimaal.

Als deze patiënten gaan staan, vernauwen de bloedvaten zich niet genoeg en neemt de hartslag nauwelijks toe.

Het gevolg is dat de bloeddruk bij gaan staan te laag wordt. De bloeddruk kan zo laag worden dat er onvoldoende bloed naar de hersenen gepompt kan worden. Daardoor ontstaan klachten van wazig zien, zwarte vlekken voor de ogen en pijn in de nek. Bij langduriger overeind staan daalt de bloeddruk nog verder en raakt iemand uiteindelijk bewusteloos.

Oorzaken

Er zijn verschillende oorzaken voor orthostatische hypotensie. Over het algemeen zijn dit aandoeningen van het zenuwstelsel. Uw arts zal met u bespreken wat bij u de oorzaak is.

Wanneer treden klachten op?

De klachten treden op wanneer er onvoldoende bloed beschikbaar is om naar het hoofd te pompen, bijvoorbeeld:

- als u gaat staan;

- na de maaltijd (het bloed gaat met name naar de darmen);
- bij gebruik van bepaalde medicijnen waardoor meer vocht wordt uitgescheiden (bijvoorbeeld plaspillen);
- na een warm bad (de bloedvaten van de huid staan wijd open);
- bij lichamelijke inspanning (de bloedvaten van de spieren staan dan wijd open).

De klachten verergeren in een warme omgeving en bij te weinig vochtinname.

Symptomen

De klachten ontstaan doordat bepaalde lichaamsdelen te weinig bloed toegevoerd krijgen. Zo ontstaan er:

- klachten met zien (zwart voor de ogen, wazig zien);
- pijn in schouders en nek;
- klachten van andere spieren.

Afhankelijk van de oorzaak kunnen er ook nog andere specifiekere klachten ontstaan.

Adviezen

Of de orthostatische hypotensie van voorbijgaande aard is, is erg afhankelijk van de oorzaak van de stoornis in de bloeddrukregeling. Onderstaande adviezen zijn voor alle patiënten met orthostatische hypotensie belangrijk.

- Zorg dat u veel zout inneemt met het eten en drink voldoende (2 tot 2,5 liter per dag).
- Ga overdag niet liggen, maar blijf zitten of staan. Opstaan nadat u een tijd gelegen hebt, geeft extra klachten.
- Sta altijd rustig op vanuit liggende of zittende houding.
- Wanneer u duizelig wordt terwijl u staat, ga op uw hurken zitten, liggen of ga zitten in een stoel met uw benen omhoog. Probeer niet te blijven staan. Kom bij het wegtrekken van de klachten rustig overeind.
- Vermijd langdurig stilstaan. Bij klachten als u staat, kunt u de benen kruisen en op beide benen stevig gaan staan. Zo kan er minder bloed wegzakken. Sommige patiënten nemen een opvouwbaar stoeltje mee, om te kunnen gaan zitten in geval van klachten.
- Vermijd hete douches.
- Gebruik kleine maaltijden, zodat de bloeddruk door verplaatsing van bloed naar de darmen niet overmatig daalt. Cafeïne vernauwt de bloedvaten van de buikorganen.
- Aanspannen van buik- en beenspieren pompt het bloed terug naar het hart. Trainen van deze spieren is nuttig bij patiënten met problemen met de bloeddrukregeling.

Als deze maatregelen onvoldoende helpen

- Kantel uw bed. Zet het hoofdeinde van het bed op ca. 30 cm hoge klossen.
- Sommige mensen hebben baat bij het gebruik van strakke kousen tot taillehoogte of een buikband, waardoor er minder bloed naar buik en benen kan zakken.
- Eventueel kunt u uw arts vragen om medicatie waardoor het lichaam meer vocht vasthoudt (Florinef).

Wat u beter niet kunt doen

- Vermijd plaatsen waar u niet kunt gaan zitten (bijvoorbeeld een volle lift of trein of op een ladder).
- Ga niet in kermisattracties waarin u snel rondgedraaid wordt (bijvoorbeeld de spin).

- Medicijnen die het hart- en vaatstelsel beïnvloeden kunnen een nadelig effect op uw klachten hebben. Voorbeelden hiervan zijn bepaalde neusdruppels (Otrivin) en verdovingen bij de tandarts. Overleg met uw arts of u een nieuw voorgeschreven medicijn kunt verdragen.
- Bepaalde voedselproducten kunnen uw klachten verergeren, bijvoorbeeld oude kaas en rode wijn. Het lijkt verstandig deze producten niet in grote hoeveelheden te gebruiken.

Meer informatie

[National Dysautonomia Research Foundation](#)

Contact

Heeft u nog vragen, dan kunt u bellen met de locatie waar u onder behandeling bent:

Zwolle, Kampen of Heerde

Ouderengeneeskunde

(038) 424 63 42 (bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur)

Kunt u niet komen? Laat het ons snel weten, dan maken wij een nieuwe afspraak.

23 november 2018 / 5667

Beoordelingsformulier

Voor de inhoudelijke opdracht voor het gezondheidsbevorderingsplan kijk je in de SHL deel 2 van Bachelor. Hieronder vind je de specifieke criteria aan hand waarvan je plan wordt beoordeeld.

Het eindcijfer moet minimaal een 5,5 zijn of hoger (zie ook SHL deel 2 bachelor)

1. Inleiding	
	Er wordt een casus geschetst en/of een beschrijving gegeven waarbij het (de) uiteindelijke centraal staande gezondheidsprobleem (of -problemen) in zijn context toegelicht wordt (worden). Waaruit ook duidelijk blijkt dat er een gezondheidsprobleem is.
	Er wordt onderbouwd hoe (op welke wijze en door wie) de informatie gerelateerd aan de casus verzameld is en op welke wijze de zorgvrager en diens (in)formele netwerk betrokken zijn.
	Het centraal staande gezondheidsprobleem wordt afgebakend aan de hand van de resultaten van oriëntatie in de literatuur (literatuurstudie waarbij Engelstalige bronnen worden gewaardeerd) en praktijk (oriënterende gesprekken in de praktijk). Zo nodig worden belangrijke begrippen in dit hoofdstuk gedefinieerd.
2. Werkwijze/ proces	
	Er wordt onderbouwd welke methodiek (de keuze, de stappen/fasen) is gebruikt om, passend bij de aard van het probleem, de gezondheidsbevordering tot stand te brengen ten behoeve van een populatie of een individu, en visa versa.
	De methode omvat in ieder geval de wijze van analyse van het gedrag en de omgeving van de zorgvrager die leiden tot gezondheidsproblemen bij de zorgvrager en doelgroepen. De gekozen methode biedt voldoende ruimte voor de volgende begrippen; eigen regie, en zelfmanagement.
	Er wordt gebruik gemaakt van meerdere perspectieven, zoals zorgvrager (en/of diens netwerk), collega's en andere disciplines (1) actief gezochte, recente (verpleegkundige) kennis uit (wetenschappelijke) literatuur, richtlijnen of protocollen, (2) professionele expertise en (3) persoonlijke wensen en voorkeuren van de zorgvrager en/of diens netwerk.
	Er is aangegeven hoe rekening is gehouden met de 'sterkte van het bewijs' en de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten en er wordt een toelichting gegeven op de uitvoering van de data-analyse.
	De methode wordt daarnaast onderbouwd met een (passende) visie op zorg waarbij je laat zien dat je oog hebt voor de samenhang tussen eigen-effectiviteit, omgevingsfactoren, sociale invloed, wetgeving en politiek

3. De oorzaken van de gezondheidsproblemen

	Het gedrag en de omgeving (omgevingsfactoren of beïnvloedende factoren) van de zorgvrager dat leidt tot gezondheidsproblemen wordt systematisch geanalyseerd en mogelijke oorzaken gedefinieerd.
	Er wordt geanalyseerd welke (persoonlijke) determinanten van gedrag van invloed kunnen zijn op gezondheidsgedrag. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een gedragsverklaringsmodel.
	Er wordt aangegeven of en welke gezondheidswinst kan worden behaald en er wordt een prioritering aangegeven in mate van invloed van de omgevingsfactoren of beïnvloedende factoren.
	Er wordt aangegeven welke impact het gezondheidsprobleem heeft op het (individuele) leven en/of de gezondheidssituatie van een populatie (inclusief de gevolgen die het niet ingrijpen op het gezondheidsprobleem kan hebben op het individu en/of de populatie).
	De verschillende analyses worden onderbouwd vanuit zorgvrager (en/of diens netwerk), collega's en andere disciplines (1) actief gezochte, recente (verpleegkundige) kennis uit (wetenschappelijke) literatuur, richtlijnen of protocollen, (2) professionele expertise en (3) persoonlijke, wensen en voorkeuren van de zorgvrager en/of diens netwerk.

4. Gezondheidsbevorderende interventies en implementatie

	De aard, duur, omvang en doel van de benodigde (verpleegkundige) zorg gericht op gezondheidsbevordering wordt beschreven.
	Beschreven interventies gaan in op de beïnvloeding van (determinanten van) gedrag en/of de beïnvloeders van omgevingsfactoren, direct gelinkt aan de eerder beschreven (oorzaken van) gezondheidsproblemen.
	Ze toont aan in staat te zijn de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe te passen en zorg op afstand (eHealth) aan te bieden als aanvulling op het persoonlijk contact met de zorgvrager.
	Er is bij de keuze van interventies gebruik gemaakt van ervaringen van en rekening gehouden met de (deel)populatie of vergelijkbare (deel)populaties zelf, expertise van professionals en wetenschappelijke literatuur.
	De beschreven interventie(s) zijn getoetst op realiseerbaarheid/ doeltreffendheid en worden geëvalueerd. Hierbij wordt minimaal aandacht besteed aan kennis en vaardigheden van de (deel)populatie en kennis en vaardigheden van de betrokken professionals vaardigheden. Tevens wordt beschreven wanneer en op welke wijze rekening wordt gehouden met tegenslagen/ (ethische) dilemma's etc. en is aangegeven en hoe hier mee om te gaan.
	Beschreven wordt hoe kennis en informatie, gericht op het garanderen van een ononderbroken betrokkenheid van de noodzakelijke zorgverleners bij het zorgverleningsproces van de zorgvrager door de tijd heen, wordt gedeeld.

5. Borging en reflectie

	Beschreven wordt op welke methodische en kritische wijze de kwaliteit van de Gezondheidsbevorderende interventies en implementatie bewaakt en geborgd wordt
	De bevindingen ten aanzien van het proces en (mogelijke) effecten worden systematisch bediscussieerd en vanuit deze discussie worden eerste aanbevelingen gedaan voor bijstelling of continuering van de interventies en de werkwijze.

