CHRISTELIJKE HOGESCHOOL EDE

DEEL II: BIJLAGEN BIJ 'OUDERDOM KOMT MET GEBREKEN?'

Een onderzoek naar de probleemgebieden bij 80-plussers in Maarn en Maarsbergen

J. Boot | E.A.M. van Rij | J.R.W. van den Top | B. Vliek

Copyright © 2012 Christelijke Hogeschool Ede
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, photocopy, recording or any other – except for brief quotations in printed reviews, without the prior written permission of the author.

Colofon

Titel	Bijlagen bij ‘Ouderdom komt met gebreken?’
Auteurs	Juliënne Boot Emmalie van Rij José van den Top Brenda Vliek
Opleiding	Hbo Verpleegkunde Academie Gezondheidszorg Christelijke Hogeschool Ede
In opdracht van	Het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn
Begeleider Gezondheidscentrum	Henk van der Linden, projectleider gezondheidscentrum
Begeleider CHE	Gert Madern, MScN, opleidingsdocent Verpleegkunde
Beoordelaar CHE	Drs. Martin te Lintel Hekkert, opleidingsdocent Verpleegkunde
Plaats en datum	Ede, juni 2012

Inhoudsopgave

Bijlage 1: Achtergrondinformatie bij deelvraag 1 5

Bijlage 2: Achtergrondinformatie bij deelvraag 2 9

Bijlage 3: Vragenlijst (G)oud 17

Bijlage 4: Informatie afstudeeropdracht op website van Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen ... 36

Bijlage 5: Brief ouderenproject (voor huisbezoek) 37

Bijlage 6: Vragenlijst huisbezoek ouderen 38

Bijlage 7: Brief ouderenproject (na huisbezoek) 46

Bijlage 8: Vragen interviews huisarts en praktijkverpleegkundige 47

Bijlage 9: Codeboek SPSS 48

Bijlage 10: Grafieken en tabellen 52

Bijlage 1: Achtergrondinformatie bij deelvraag 1

Pijn

Pijn ontstaat doordat prikkels, via de dunne zenuwvezels, door een zogenaamde poort in het ruggenmerg naar de hersenen worden geleid. Als deze prikkels in de hersenen terecht komen, wordt pijn ervaren door de persoon. De poort kan gesloten worden door de dikke zenuwvezels, door lichaamseigen stoffen (die dezelfde structuur hebben als morfine) en door psychologische processen, zoals angst of eerdere ervaringen (Van Achterberg et al., 2010).

Urge-incontinentie

Urge-incontinentie is de klacht van ongewild urineverlies die samen gaat met de klacht van een plotseling optredende drang om te plassen, die moeilijk is uit te stellen. Deze laatste klacht kan ook vooraf gaan aan het urineverlies (Abrams et al., 2002).

Deze vorm van incontinentie is de meest voorkomende vorm. Urge-incontinentie kan ontstaan door een combinatie van overactiviteit van de blaasspieren en het slechte samentrekken van deze spieren (Merck Manuals, 2003). De oorzaak van dit type incontinentie is vaak een overgevoeligheid van de blaas voor prikkels, maar dit kan niet met zekerheid vastgesteld worden. Met de overgevoeligheid van de blaas wordt bedoeld dat de blaas zich al samentrekt als er nog maar een kleine hoeveelheid urine in de blaas zit (Van Gunst, 2008).

Stress-incontinentie

Bij stress-incontinentie treedt urineverlies op bij drukverhogende momenten. Dit komt door een gestoorde afsluiting van de blaas, die ontstaat door zwakte van de bekkenbodemspieren. Deze vorm komt vaker voor bij vrouwen, dan bij mannen. Dit komt door het verschil in anatomie van de bekkenbodemspieren, de verslapping van de bekkenbodemspieren, de lichaamshouding en eventuele negatieve seksuele ervaringen (Van der Ploeg, 2000). Bij zowel mannen als vrouwen kan stress-incontinentie ook ontstaan door overgewicht, regelmatig tot vaak hoesten en operaties in het kleine bekken (Lagro-Janssen et al., 2006).

Cataract

Cataract is een ander woord voor ouderdomsstaar. Bij cataract is de lens vertroebeld. Bij het ouder worden, neemt de aanvoer van voedingsstoffen en de afvoer van afvalstoffen af. Hierdoor wordt de doorzichtigheid van de lens verminderd, waardoor deze troebel wordt (Van der Kruk et al., 2007). De kans op cataract wordt verhoogd door diabetes mellitus en galactosemie (Stilma & Voorn, 2008).
Van de 311.000 Nederlanders met visusproblemen is 79,4% ouder dan 65 jaar en 73,24% van deze ouderen zijn zelfstandig thuiswonenden. Hiervan heeft 28,75% van de zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar cataract (Limburg et al., 2009).

Diabetische retinopathie

Diabetische retinopathie is de meest voorkomende oorzaak van de visusproblemen bij ouderen. Het netvlies werkt niet meer goed, doordat diabetes mellitus de bloedvaatjes aantast. Hierdoor krijgt het netvlies niet meer voldoende zuurstof en treden kleine bloedinkjes op in de bloedvaatjes van het netvlies. Afhankelijk van de plaats van de bloedinkjes wordt het gezichtsvermogen verminderd of verkleind (Van der Kruk et al., 2007).

Er zijn in Nederland 15.500 zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar die visueel beperkt zijn door diabetische retinopathie. Dit is 8,57% van het totaal aantal zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar die visueel beperkt zijn (Limburg et al., 2009).

Glaucoom

Glaucoom is een chronische aandoening, waarbij teveel oogvocht aanwezig is of de afvoer van het oogvocht niet goed meer is. Er zijn twee vormen van glaucoom: een acute vorm en een langzame vorm. Een acute vorm kan worden herkend, doordat ouderen gekleurde ringen rond lichtbronnen gaan zien. Ook wordt het beeld snel waziger. Doordat teveel oogvocht aanwezig is, wordt de oogdruk verhoogd, waardoor de bloedvoorziening naar het oog wordt afgesloten. Hierdoor sterven de zenuwweefsels af. Bij een langzame vorm ontstaan de afwijkingen geleidelijk aan, waardoor ouderen uiteindelijk geen volledig zicht meer hebben (Van der Kruk et al., 2007).

Glaucoom staat als vierde in de rij van de meest voorkomende visuele beperkingen bij ouderen vanaf 65 jaar. 3,59% van het totaal aantal zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar heeft deze beperking (Limburg et al., 2009).

Maculadegeneratie

Maculadegeneratie betekent letterlijk: “Een verminderde werking van de gele vlek”. Het afnemen van de kwaliteit van de bloedvaten is de belangrijkste oorzaak van de aandoening. Bij maculadegeneratie worden onvoldoende voedingsstoffen aangevoerd en onvoldoende afvalstoffen afgevoerd (Van der Kruk et al., 2007).

Er zijn twee vormen van maculadegeneratie: de droge en de natte vorm. De droge vorm houdt in dat het gezichtsveld afneemt en de natte vorm houdt in dat vocht lekt vanuit de bloedvaten onder het netvlies. Bij de droge vorm heeft de oudere te maken met kleine zwarte vlekken in het gezichtsveld die in de loop der jaren toe kunnen nemen en uiteindelijk leiden tot een grote zwarte vlek in het midden van het gezichtsveld. Ook het zien van kleuren is verstoord. Bij een natte vorm ziet men vervormingen van beelden (Van der Kruk et al., 2007).

Bij ouderen vanaf 55 jaar wordt maculadegeneratie, langdurige maculadegeneratie [LMD] genoemd (Stilma & Voorn, 2008). Uit onderzoek blijkt dat 27,7% van de zelfstandig wonende ouderen vanaf 65

jaar LMD heeft. Na cataract is LMD het meest voorkomende visusprobleem bij zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar (Limburg et al., 2009).

Ziekte van Alzheimer

Bij de ziekte van Alzheimer ontstaat een ontstekingsreactie, doordat eiwitten achterblijven in en tussen de zenuwcellen. Door de ontstekingsreactie treden beschadigingen op en gaan de zenuwcellen dood. Bij alle ouderen ontstaan eiwitophopingen in en tussen de zenuwcellen. Bij de ziekte van Alzheimer zijn echter veel meer ophopingen aanwezig (Allewijn & Miesen, 2010).

De ziekte van Alzheimer kan in vier fasen worden verdeeld. De eerste fase is het voorstadium. In deze fase beseffen ouderen dat ze cognitief niet optimaal functioneren. Er komen geen ADL of IADL (Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) stoornissen voor in deze fase (Van der Kruk et al., 2007).

In de tweede fase worden de cognitieve stoornissen eerder ontdekt en ontstaan meerdere problemen bij de IADL. De ADL kunnen ook verstoord zijn, maar in een lichte mate (Van der Kruk et al., 2007).

In de volgende fase is de IADL altijd gestoord. In deze derde fase ontstaan taal- en begripsstoornissen. Het concentratievermogen neemt af, waardoor het zelfstandig functioneren belemmerd wordt. Ook kunnen gedragsproblemen ontstaan, doordat de voorkwabben van de hersenen beschadigd zijn. In deze fase is men vaak al incontinent van urine en ontlasting (Van der Kruk et al., 2007).

In de laatste fase is men ADL en IADL afhankelijk. Het geheugen verslechtert en uiteindelijk verdwijnt het totaal. De meeste ouderen met dementie in de laatste fase overlijden aan ondervoeding, uitdroging of doorligging (Van der Kruk et al., 2007).

Er is geen duidelijke oorzaak voor de ziekte van Alzheimer. In 2010 kwam uit een Australisch onderzoek naar voren dat zink en ijzer een grote rol spelen bij het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de stofwisseling van deze stoffen ontregeld is (NRC Handelsblad Wetenschap, 2010).

Lewy body dementie

Bij de ziekte van Alzheimer ontstaan ophopingen in de zenuwcellen in de vorm van eiwitten. Deze ophopingen worden Lewy-lichaampjes genoemd. Ouderen met Lewy body dementie kunnen ook kenmerken vertonen van de ziekte van Parkinson, zoals de traagheid die optreedt in het denken en handelen. Ook hebben ouderen met Lewy body dementie kans op stijfheid en veranderingen in het looppatroon. Deze vorm van dementie leidt snel tot het eindstadium. Dit eindstadium kan al na een paar jaar bereikt worden (Allewijn & Miesen, 2010).

Frontaalkwabdementie

De frontaalkwabdementie is niet één aandoening, maar een overkoepelend woord voor een aantal ziekten waarbij de voorkwabben zijn beschadigd. Deze aandoening kan ontstaan door de fronto-temporale dementie of de ziekte van Pick. Het belangrijkste verschil met de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie, is dat het gedrag sneller veranderd en de taalfunctie sneller achteruitgaat (Allewijn & Miesen 2010; Van der Kruk et al., 2007).

De fronto-temporale dementie is de belangrijkste oorzaak als wordt gesproken over frontaalkwabdementie. Deze aandoening wordt gekenmerkt door initiatiefvermindering en een verminderde taalfunctie. Ook komen ouderen met deze frontaalkwabdementie eerder in een sociaal isolement terecht. Soms komt depressiviteit ook bij deze vorm, doordat initiatiefvermindering optreedt (Allewijn & Miesen 2010; Van der Kruk et al., 2007).

Daarentegen komt de ziekte van Pick zelden voor. Deze ziekte wordt gekenmerkt door het verlies van impulscontrole en sociaal onaangepast gedrag. De oorzaak van deze aandoening is onbekend (Allewijn & Miesen 2010; Van der Kruk et al., 2007).

Vasculaire dementie

Bij vasculaire dementie is het hersenweefsel beschadigd (Van Achterberg et al., 2010). Dit ontstaat door een herseninfarct of een cerebrovasculair accident. Bij vasculaire dementie zijn bewegings-, gevoels- en waarnemingsstoornissen aanwezig. De bewegingsstoornissen treden op in tegenovergestelde lichaamszijde van de plaats waar de hersenen beschadigd zijn. Ook gevoels- en waarnemingsstoornissen ontstaan aan de tegenovergestelde zijde van de beschadigde plaats in de hersenen (Allewijn & Miesen, 2010).

Een risicofactor voor het ontstaan van vasculaire dementie is een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte. Ook slechte bloedvaten en een eerder herseninfarct kunnen vasculaire dementie verhogen (Allewijn & Miesen, 2010).

Bijlage 2: Achtergrondinformatie bij deelvraag 2

Pijn

Uit onderzoek blijkt dat ouderen met comorbiditeit een sterk verminderde kwaliteit van leven ervaren. Het lichamelijk en geestelijk functioneren is verslechterd en er is een grotere kans op sterfte. Het behandelen van alleen de aandoeningen is niet voldoende; het gaat erom dat de kwaliteit van leven behouden kan worden door te voorkomen dat de ouderen verder beperkt zullen worden in hun dagelijkse activiteiten en in hun sociale contacten (Pel-Littel, 2010).

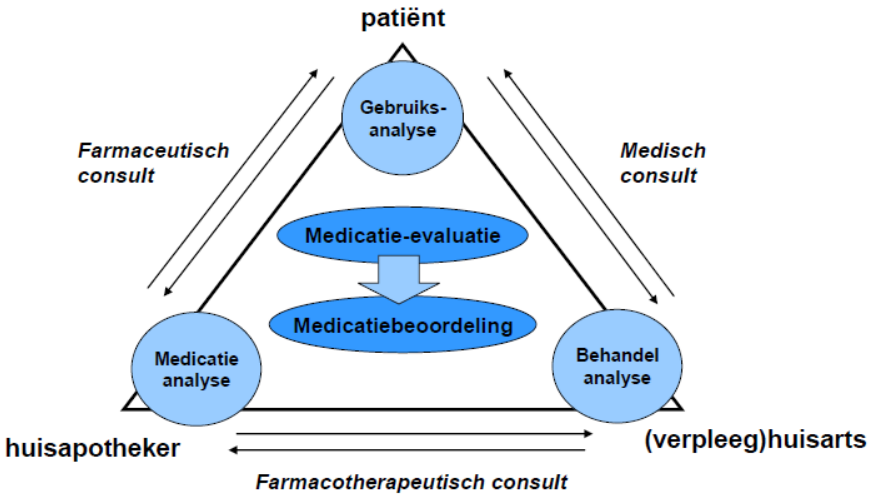
In de regio Nijmegen wordt gewerkt met het Zorg- en Welzijns Inforportaal, oftewel ZWIP. Dit is een geïndividualiseerde internetpagina, die gebruikt kan worden door de oudere patiënt, de betrokken mantelzorgers en de betrokken hulpverleners. De internetpagina bevat actuele informatie over de gezondheidstoestand, het functioneren en de sociale omstandigheden van de patiënt. Het is voor de hulpverleners mogelijk om in deze afgeschermde omgeving met elkaar te communiceren (Schers & Nieuwboer, 2010).

> "Het is een virtuele ronde tafel, waaraan de oudere en zijn mantelzorg de hulpverleners kunnen uitnodigen voor overleg" (Schers & Nieuwboer, 2010).

Polyfarmacie

De huisarts houdt tijdens het medicatie review rekening met de volgende aandachtspunten:

- "Aandacht voor risico op maagschade bij patiënten ouder dan 60 jaar;
- Aandacht voor risico op obstipatie bij gebruik van opioïden;
- Aandacht voor risico op osteoporose bij langdurig gebruik van corticosteroïden;
- Aandacht voor risico op hypoglycemie bij patiënten ouder dan 70 jaar;
- Aandacht voor het stoppen van medicatie;
- Aandacht voor hyperkaliëmie" (KNMP, n.d.).



Figuur 1: Schematisch overzicht medicatie review (KNMP, n.d.)

De verpleeghuisarts heeft sinds 15 juli 2009 een nieuwe naam, namelijk ‘specialist ouderengeneeskunde’ (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2010).

ADL afhankelijkheid

Voorbeelden van de activiteiten die horen bij functioneringsgerichte preventie:

- Valpreventieprogramma’s;
- Zelfmanagementprogramma’s;
- Fysio- en ergotherapeutische training;
- Gebruik van hulpmiddelen en domotica (Konings, 2010).

In de gezondheidszorg wordt Domotica op de volgende manier omschreven:

> “Hoogtechnologische toepassingen in een woning waardoor mensen (langer) zelfstandig kunnen blijven wonen” (Vilans, 2012).

Een voorbeeld hiervan is persoonsalarmering of videocommunicatie (Vilans, 2012). Het is van belang dat de huisarts op de hoogte is van de mogelijkheden en ontwikkelingen, zodat hij de betrokken disciplines kan inschakelen.

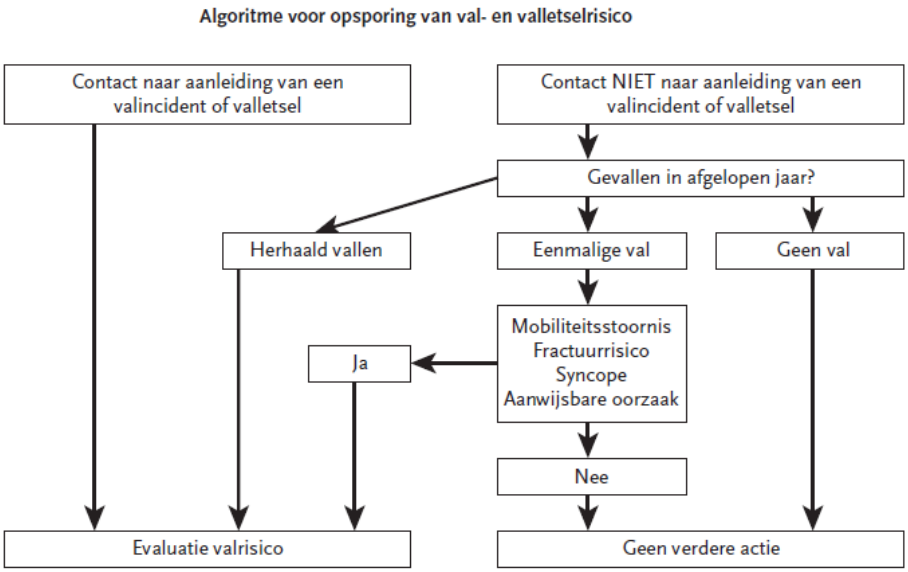
Incontinentie

Aandachtspunten tijdens de voorlichting over absorptiematerialen bij urine-incontinentie:

- Een geschikte maat, een geschikt absorptievermogen en een geschikt materiaal van het product;
- Producten speciaal voor de man of de vrouw;
- Het draagcomfort;
- De mate waarin de patiënt zichzelf kan redden op het gebied van ADL. Denk hierbij ook aan de handcoördinatie;
- De mate waarin de patiënt cognitieve problemen heeft;
- De mate waarin hulp aanwezig is om de patiënt, wanneer nodig, te ondersteunen;
- Het tijdstip van de dag: ’s nachts is soms een zwaarder product nodig, en wellicht ook een onderlegger;
- Bij gebruik van een inlegger is soms een fixatiebroekje of strak aansluitend ondergoed nodig, om het absorptiemateriaal op zijn plek te houden (V&VN, 2010).

Bovengenoemde punten kunnen ook gebruikt worden tijdens evaluatiegesprekken.

Vallen



Figuur 2: Algoritme (CBO, 2004)

Consument en Veiligheid en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) hebben in februari 2011 een campagne over valpreventie gestart. De campagne heet 'Mag ik deze dans van u?' en heeft als doel om lokale dansavonden voor 65-plussers te organiseren, net zoals dit vroeger gebeurde. Voor ouderen is dit een laagdrempelige manier om in beweging te komen. Het doel hiervan is het verminderen van het aantal valincidenten onder ouderen.

Andere interventies die aanbevolen worden en van belang kunnen zijn voor de huisarts, zijn als volgt:

- 'In Balans'
  Dit is een cursus voor 70-plussers met valangst of met een hoog risico op vallen en is gericht op het voorkomen van valincidenten (NISB, 2011).
- 'Halt, u valt, lokaal aan de slag met valpreventie!'
  Dit is een praktische en effectieve aanpak waarmee valpreventie-activiteiten uitgevoerd kunnen worden voor zelfstandig thuiswonende ouderen. Het wordt aanbevolen om dit samen met de GGD uit te voeren (NISB, 2011).
- 'Zicht op evenwicht'
  Dit is een cursus voor zelfstandig wonende ouderen die bang zijn om te vallen en als gevolg van deze angst activiteiten vermijden (Zicht op evenwicht, n.d.).

Cataract

Cataract is meestal het gevolg van ouderdom; dit is dan niet te voorkomen. Daarnaast is er wel een aantal risicofactoren voor het ontstaan van cataract, waar de huisarts rekening mee kan houden en advies over kan geven. Deze risicofactoren zijn als volgt:

- Zonlicht; bijbehorend advies is het dragen van een zonnebril.
- Voeding; bijbehorend advies is het eten van voldoende groente en fruit.
- Tabaksmisbruik; bijbehorend advies is het stoppen met roken of verminderen van roken.
- Alcohol; bijbehorend advies is het drinken van maximaal één alcoholeenheid per dag (zie deel 1, paragraaf 3.1) (SeniorenNet, n.d.).

Cataract is chirurgisch goed te behandelen (Jansen et al., 2007). Hiervoor is een verwijzing van de huisarts nodig.

Diabetische retinopathie

De behandeling is erop gericht om de progressie tegen te gaan. Verbetering van de visus vindt zelden plaats (Jansen et al., 2007). Voor de behandeling is een verwijzing naar de oogarts nodig.

Voor macula-oedeem zijn goede therapieën ontwikkeld. Diffuse rastervormige laserbehandeling geeft 50% kans op stabilisatie of vertraging van verdere achteruitgang (Jansen et al., 2007). Het is de taak van de huisarts om patiënten door te verwijzen naar een oogarts voor deze laserbehandeling.

Blindheid en slechtziendheid kunnen bij 50% van de patiënten voorkomen worden door regelmatige controle en tijdige behandeling (Limburg et al., 2009). Controles kunnen uitgevoerd worden door een optometrist of oogarts.

Glaucoom

Ook voor glaucoom geldt dat bij 50% van de patiënten blindheid en slechtziendheid voorkomen kan worden door regelmatige controle en tijdige behandeling door een oogarts of optometrist (Limburg et al., 2009). De eerste interventie bij glaucoom bestaat uit het toedienen van oogdruppels. Als de oogdruk niet voldoende daalt of de oogdruppels geven een contra-indicatie, bestaat de volgende interventie uit een laserbehandeling. Vaak is uiteindelijk toch een invasieve chirurgische interventie noodzakelijk. (Jansen et al., 2007).

Maculadegeneratie

Er is een aantal factoren die de kans op maculadegeneratie vergroten. De huisarts kan hier extra op letten en zo nodig preventieve maatregelen treffen. Aandachtspunten voor de huisarts zijn dan:

- Tabaksmisbruik: Door het roken nemen de anti-oxidanten in het lichaam af. Verder is uit onderzoek gebleken dat maculadegeneratie vijf keer zo vaak voorkomt bij mensen die meer dan een pakje sigaretten per dag roken, dan mensen die niet of minder roken. Dit risico blijft aanwezig, zelfs tot vijftien jaar nadat iemand gestopt is met roken (AMC, 2011). Voor de huisarts is dit een reden om ook te vragen of iemand in het verleden gerookt heeft.
- Voeding: De kegeltjes van de macula kunnen beschadigd worden door vrije radicalen. Anti-oxidanten gaan de schadelijke effecten hiervan tegen. Een gebrek aan anti-oxidanten kan dus een verhoogde kans geven op het ontstaan van maculadegeneratie. Alcohol onttrekt anti-

oxidanten aan het lichaam, dus dit is ook een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast vormen hoge concentraties verzadigde vetten ook een mogelijke oorzaak voor het ontstaan van maculadegeneratie (AMC, 2011).

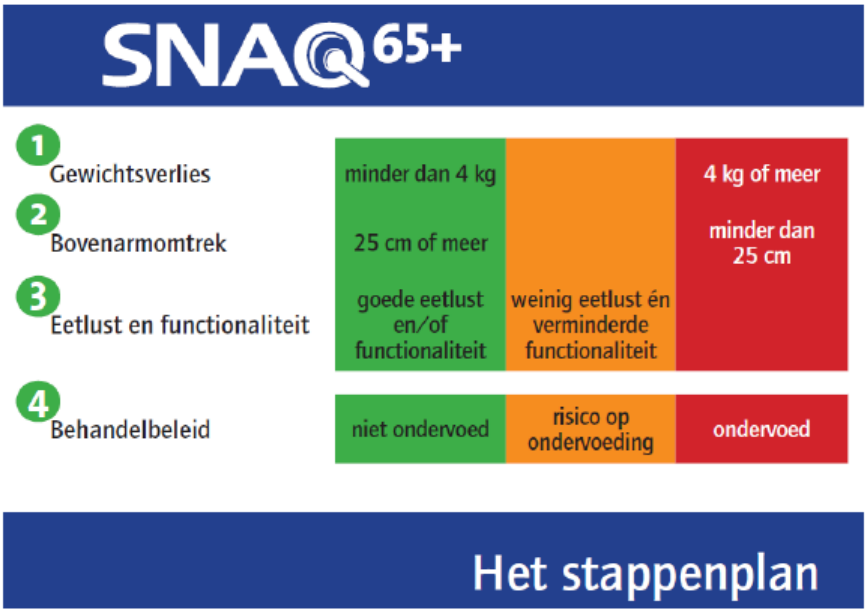
Als er sprake is van maculadegeneratie, is het de taak van de huisarts om de betreffende patiënt door te verwijzen naar de oogarts. De oogarts kan dan starten met een behandeling. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk; de oogarts kan de meest geschikte behandeling starten. (AMC, 2011).

Gehoorproblemen

Als sprake is van een verslechterd gehoor, kan de huisarts het advies geven aan een patiënt om naar een audicien te gaan. Hier vindt een gehoortest plaats en krijgt de patiënt advies over verschillende hoortoestellen. Als de patiënt een hoortoestel krijgt, is het belangrijk dat dit toestel goed onderhouden wordt. Bij 'Beter Horen' krijgt de patiënt één keer per jaar een uitnodiging voor een onderhoudsbeurt (Beter Horen, 2010). Bij 'Schoonenberg Hoorcomfort' wordt ook een periodieke controle aangeboden. De frequentie van deze controles is afhankelijk van het plan waarvoor de patiënt heeft gekozen (Schoonenberg Hoorcomfort, n.d.).

Voor de huisarts is het van belang om patiënten te adviseren over de mogelijkheid van een hoortoestel en de patiënten erop attent te maken waar zij een audicien kunnen vinden. Bij patiënten die een hoortoestel dragen, is het van belang om regelmatig te vragen of het hoortoestel nog steeds voldoende helpt en of er recent nog een controle heeft plaatsgevonden bij de audicien.

Ondervoeding



Figuur 3: Stappenplan SNAQ 65+ ((Jonkers-Schuitema et al., 2011).

Groen: er is geen sprake van ondervoeding; het is niet nodig om interventies te starten (Jonkers-Schuitema et al., 2011).

Oranje: er is sprake van een verhoogd risico op ondervoeding. Interventies hierbij bestaan uit het geven van mondelinge en schriftelijke informatie over energie- en eiwitrijke hoofdmaaltijden en tussendoortjes. Ook wordt het advies gegeven aan de patiënt om zich regelmatig te (laten) wegen (Jonkers-Schuitema et al., 2011).

Rood: er is sprake van ondervoeding. Binnen één werkdag na de screening wordt de diëtiste ingeschakeld. De diëtiste neemt vervolgens telefonische contact op met de patiënt en maakt verdere afspraken voor advies en behandeling (Jonkers-Schuitema et al., 2011).

Tabaksmisbruik

Minimale interventie strategie:
Stap 1: bewustwording
Stap 2: afweging;
Stap 3: besluitvorming;
Stap 4: gedragsverandering;
Stap 5: gedragsbehoud;
Stap 6: terugvalpreventie (UMC Utrecht, 2010).

Alcoholmisbruik

Aandachtspunten voor de huisarts en de praktijkverpleegkundige als het gaat om de benadering van ouderen met alcoholproblemen, zijn als volgt:

- Houd rekening met veranderingen die voorkomen in de levensfase van de oudere, zoals het overlijden van de partner en de vermindering van het aantal sociale contacten.
- Bouw een respectvolle en gelijkwaardige relatie op met de oudere. Dit is een waardevolle investering.
- Erken het probleem en laat geen vooroordelen naar voren komen.
- Stel haalbare doelen en werk stapsgewijs naar de doelen toe. Leg hierbij nadruk op de mogelijkheden die de oudere nog heeft.
- Neem ruim de tijd voor uitleg.
- Betrek eventueel de omgeving in het proces van gedragsverandering (Risselada et al., 2009).

Dementie

Zorgdiagnostiek is vanaf het eerste contact van groot belang. Zorgdiagnostiek houdt in dat rekening wordt gehouden met de draaglast en de draagkracht van de patiënt en eventuele mantelzorgers en dat naar aanleiding hiervan door de huisarts interventies worden uitgevoerd.

Bij verdenking van dementie dient vaak verwezen te worden naar de tweede lijn voor verdere nosologische diagnostiek. Nosologie wordt gedefinieerd als “ziekteleer” (Jochems & Joosten, 2009). Het is van groot belang dat zorgdiagnostiek na het nosologisch onderzoek gecontinueerd wordt (CBO, 2005).

Depressie

In West Friesland is een onderzoek gedaan, onder de naam “Preventie Interventie Kwetsbare Ouderen-Depressie & Angst” (’t Veer-Tazelaar, 2010). De onderzoeksgroep bestond uit thuiswonende ouderen vanaf 75 jaar met depressieve symptomen. Er was een stapsgewijs ondersteuningsprogramma ontwikkeld, dat werd toegepast bij een deel van deze groep ouderen. Het andere deel was de controlegroep. Na twee jaar bleek dat zeventien van de 86 ouderen, bij wie het ondersteuningsprogramma werd uitgevoerd, een depressieve stoornis ontwikkelde. De controlegroep bestond uit 84 ouderen; daarvan ontwikkelden 33 ouderen een depressieve stoornis. Dit onderzoek toont aan dat het ondersteuningsprogramma beter werkt dan de gangbare zorg die op dat moment geleverd werd aan deze patiëntengroep. Dit programma werd uitgevoerd en geleid door de thuiszorg en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Het ondersteuningsprogramma zag er als volgt uit:

- Stap 1: Drie maanden afwachten; milde klachten kunnen vanzelf overgaan. (Watchful waiting).
- Stap 2: Bibliotherapie; ouderen krijgen informatie en begeleiding aangeboden op thuiszorgniveau. Dit bestond uit een folder en een zelfhulpcursus, gericht op het omgaan met depressie- en angstklachten.
- Stap 3: Problem Solving Treatment; sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bieden een korte vorm van cognitieve gedragstherapie aan.
- Stap 4: Antidepressiva of angstmedicatie worden met de huisarts besproken (’t Veer-Tazelaar, 2010).

Stepped-care model:

- Basisinterventies, bestaan uit psycho-educatie, actief volgen en dagstructurering.
- Eerste-stap-interventies: bestaan uit bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement (eventueel als e-health interventie), activerende begeleiding, fysieke inspanning/ lichamelijke activiteit of running therapie, counseling en psychosociale interventies.
- Psychologische en psychotherapeutische interventies, bestaan uit probleemoplossende therapie (PST), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve (gedrags-)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT), interpersoonlijke therapie (IPT) of kortdurende psychodynamische therapie.
- Farmacotherapie: In de NHG-Standaard Depressie (Marwijk et al., 2003) wordt een uitgebreid stappenplan beschreven voor het gebruik van medicatie bij een depressie. Ouderen krijgen meestal een lagere dosering. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor de huisarts.
- Combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie.
- Terugvalpreventie na geslaagde cognitieve gedragstherapie (CGT) of na een geslaagde behandeling met farmacotherapie om aandacht te besteden aan het voorkómen van terugval.

- Electroconvulsietherapie (ECT) (CBO, 2009).

Overbelasting mantelzorger

Meetinstrumenten om overbelasting te signaleren:

- Caregiver Strain Index
  Dit is een wetenschappelijk gevalideerd meetinstrument, waarmee de belasting van de mantelzorg gemeten kan worden. Het instrument bestaat uit dertien vragen, die met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden. Bij een score van zeven of hoger, is sprake van overbelasting (Expertisecentrum Mantelzorg, 2010; Vilans, 2012).
- Ervaren Druk Informele zorg (EDIZ-lijst)
  Dit is ook een wetenschappelijk gevalideerd meetinstrument, waarmee de belasting van de mantelzorg gemeten kan worden. Het instrument bestaat uit negen uitspraken, waarbij de mantelzorger uit vijf mogelijkheden kan kiezen om aan te geven in hoeverre hij het eens is met de uitspraak. Er komt een score naar voren tussen nul en negen. Er is nog geen definitieve norm vastgesteld om te bepalen bij welke score sprake is van overbelasting (Expertisecentrum Mantelzorg, 2010; Vilans, 2012).

Decubitus

De Landelijke Eerstelijns Afspraak Decubitus (Vriezen et al., 2004) noemt de volgende aandachtspunten wat betreft het signaleren van decubitus:

- Signalen en condities als pijn;
- Toestand van voorkeurslocaties van decubitus;
- Mobiliteit;
- De toepassing van eventuele eerdere preventieve en therapeutische maatregelen;
- Voorgeschiedenis van de patiënt.

De taken van de huisarts en de wijkverpleegkundige:

- Afnemen van de anamnese;
- Lichamelijk onderzoek verrichten;
- De ernst van de decubitus beoordelen;
- Preventieve en curatieve maatregelen treffen;
- Met de eventuele mantelzorger overleggen;
- Afspraken maken over de zorgcoördinatie en eventuele verwijzing (Vriezen et al., 2004).

Interventies die door de huisarts uitgevoerd worden:

- Het voorschrijven van materialen voor de wondbehandeling;
- Het voorschrijven van medicatie (pijnbestrijding);
- Necrotomie. Deze interventie wordt gedefinieerd als "een operatieve verwijdering van dode gedeelten" (Jochems & Joosten, 2009);
- Behandeling van comorbiditeit (Vriezen et al., 2004).

Bijlage 3: Vragenlijst (G)oud

Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen

Apotheekhoudende huisartsenpraktijk
A.G. de Fluiter, mw. C.M.J. Meijers, E.D. van der Snoek, mw. M.Verhoeven
Raadhuislaan 3
3951 CH Maarn
Tel: 0343 441678
Fax: 0343 443271
doktersassistentes@huisartsenmaarn.nl

Basisvragenlijst Consult 1

Naam oudere:_____

Straat en huisnummer: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Instructie:

- Alleen **deze pagina** (pagina 1) **niet verzenden** in verband met de privacy van de oudere. Deze pagina is voor de praktijk zelf.
  Verstuur de vragenlijst vanaf pagina 2.
- Het pakket van ingevulde lijsten bij elkaar houden per oudere en pas versturen indien alles compleet is inclusief de uitdraai van de medicatie van de oudere.
  Dit wil zeggen dat als er nog een tweede consult volgt dan het pakket pas versturen na afloop van consult 2.

- Als consult 2 niet nodig is dan vragenlijst na consult 1 versturen.
- Het pakket versturen ……De vragenlijst wordt zo snel mogelijk naar de praktijk teruggestuurd.

Hartelijk dank voor jullie medewerking!

Datum: _____-_____-_____

Naam POH:_____

Basisvragenlijst (G)OUD

Meenemen naar consult:

- Probleemlijst
- Medicatielijst

Algemene gegevens oudere
Huisarts:
Geslacht: ☐ man ☐ vrouw
Geboortedatum:
Postcode:

Indicatie huisbezoek:
☐ Ja, reden (*meerdere antwoordopties mogelijk*)
☐ Oudere die langer dan een half jaar geen consult meer heeft gehad van de Huisarts
☐ Oudere die binnen een periode van een jaar een kind of partner heeft verloren
☐ Oudere die psychisch of sociaal niet in beeld is
☐ Alleenstaande oudere
☐ Anders:_____
☐ Nee

1. Wat is uw burgerlijke staat?
☐ Gehuwd / geregistreerd partnerschap
☐ Samenwonend
☐ Ongehuwd, nooit gehuwd geweest
☐ Gescheiden, gescheiden levend
☐ Weduwe / weduwnaar, sinds 19__

2. Met welke personen woont u momenteel samen?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk
☐ Ik woon alleen
☐ Met een partner/echtgenoot/echtgenote
☐ Met mijn kind(eren)
☐ Met een ander familielid/andere familieleden
☐ Met een ander persoon/andere personen
☐ Anders : _____

3. Heeft u kinderen?
☐ Ja, Hoeveel kinderen? _____
Wonen ze bij u in de buurt?_____

Hoe vaak ziet u uw kinderen?_____
☐ Ja, maar deze is/zijn overleden
☐ Nee, nooit gehad

4. In welk land bent u geboren?
☐ Nederland
☐ Anders namelijk _____
☐ In welk land is/was uw moeder geboren? _____
☐ In welk land is/was uw vader geboren? _____

5. Wat was uw beroep?_____

6. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?
☐ Geen opleiding / lagere school / LOM-school / MLK-school
☐ Minder dan 6 klassen van lagere school
☐ LBO / MAVO / VMBO / MULO / Ambachtsschool
☐ MBO / HAVO / VWO / MMS / HBS
☐ HBO / WO

Gezondheid algemeen

7. Hoe is in het algemeen uw gezondheid?
☐ uitstekend
☐ erg goed
☐ goed
☐ redelijk
☐ slecht

8. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
☐ veel beter dan een jaar geleden
☐ iets beter dan een jaar geleden
☐ ongeveer hetzelfde dan een jaar geleden
☐ iets slechter dan een jaar geleden
☐ veel slechter dan een jaar geleden (☞ Nabespreken met de huisarts)

- *Beter dan een jaar geleden*
- *Hetzelfde dan een jaar geleden*
- *Slechter dan een jaar geleden*

9. Heeft u de afgelopen 1 à 2 maanden nog klachten gehad?
☐ Nee , ga verder naar vraag 11
☐ Ja, wat waren dan uw drie belangrijkste klachten?

1. _____
2. _____
3. _____

10. Bent u met deze klachten naar de huisarts of een andere zorgverlener geweest?
☐ Nee, waarom niet?_____
☐ Ja, naar _____

Medicatie

11. Gebruikt u medicatie?

☐ Ja
☐ Nee, ga verder naar vraag 15

12. Welke medicatie gebruikt u momenteel? Komt dit overeen met de uitdraai uit het HIS?
☐ Ja (dus medicatiegebruik klopt, zie HIS)
☐ Nee, hieronder de verschillen aangeven

_____
_____
_____
_____
_____

13. Krijgt u hulp bij het gebruik van uw medicatie?
☐ Nee
☐ Ja, ☐ Blister
☐ Anders……

14. Gebruikt de oudere meer dan 5 medicijnen?
☐ Ja
☐ Nee

> ☞ Medicatie altijd nabespreken met de huisarts
>
> (extra aandacht bij gebruik van 5 of meer medicijnen of discrepantie HIS en daadwerkelijk gebruik)

15. Zelfredzaamheid (ADL/HDL)

De volgende vragen gaan erover of u op dit moment een aantal werkzaamheden, die regelmatig gedaan moeten worden, zelfstandig kunt uitvoeren. Als u bepaalde werkzaamheden wel zelf kunt doen, kunt u daarbij ook aangeven of u deze werkzaamheden met of zonder moeite kunt doen.

Omcirkel het getal bij het antwoord dat de oudere geeft

Betekenis getallen:
1 = JA, zelfstandig zonder enige moeite
2 = JA, zelfstandig maar met enige moeite
3 = JA, zelfstandig maar met veel moeite
4= NEE, niet zelfstandig, alleen met hulp van anderen

a. Kunt u zich, geheel zelfstandig, **aan- en uitkleden**?	1	2	3	4
b. Kunt u, geheel zelfstandig, **in en uit bed** komen?	1	2	3	4

c. Kunt u, geheel zelfstandig, **vanuit een stoel** overeind komen?	1 2 3 4
d. Kunt u, geheel zelfstandig, uw **gezicht en handen** wassen?	1 2 3 4
e. Kunt u, geheel zelfstandig, uw **hele lichaam** wassen en afdrogen?	1 2 3 4
f. Kunt u, geheel zelfstandig, van en naar het **toilet** gaan?	1 2 3 4
g. Heeft u de afgelopen drie maanden **ongewenst urineverlies** gehad (al is het een kleine hoeveelheid)? *(Kruis aan s.v.p.)*	□ Ja → bespreken met huisarts □ Nee
h. Heeft u de afgelopen drie maanden **ongewenst ontlasting verloren**? *(Kruis aan s.v.p.)*	□ Ja → bespreken met huisarts □ Nee
i. Kunt u, geheel zelfstandig, **eten en drinken**?	1 2 3 4
1 = JA, zelfstandig zonder enige moeite 2 = JA, zelfstandig maar met enige moeite 3 = JA, zelfstandig maar met veel moeite 4= NEE, niet zelfstandig, alleen met hulp van anderen	
j. Kunt u, geheel zelfstandig, **rondlopen in huis** (eventueel met stok)?	1 2 3 4
k. Kunt u, geheel zelfstandig, de **trap op en af** lopen?	1 2 3 4
l. Kunt u, geheel zelfstandig, **buitenhuis** rondlopen (eventueel met stok)?	1 2 3 4
m. Kunt u, geheel zelfstandig, uw **voeten en teennagels** verzorgen?	1 2 3 4
n. Kunt u, geheel zelfstandig, **ontbijt of lunch** klaarmaken?	1 2 3 4
o. Kunt u, geheel zelfstandig, **warm eten** klaar maken?	1 2 3 4

p. Kunt u, geheel zelfstandig, "**lichte" huishoudelijke** werkzaamheden verrichten (bijv. stof afnemen of prullen opruimen)?	1 2 3 4
q. Kunt u, geheel zelfstandig, "**zware" huishoudelijke** werkzaamheden verrichten(bijv. ramen lappen, stofzuigen of dweilen)?	1 2 3 4
r. Kunt u, geheel zelfstandig, uw **kleren wassen** en strijken?	1 2 3 4
s. Kunt u, geheel zelfstandig, de **bedden verschonen** en / of opmaken?	1 2 3 4
t. Kunt u, geheel zelfstandig, de **boodschappen** doen?	1 2 3 4

16. Heeft u behoefte aan hulp of extra hulp op de bovenstaande onderdelen?
☐ Nee (ga naar vraag 17)
☐ Ja, op welke onderdelen en van wie? (u kunt dit ook op het zorgformulier in de bijlage invullen)?_____
_____
_____

Lichamelijk functioneren

Visus

17. Heeft u een bril of lenzen?
☐ Ja ➔ voor ☐ dichtbij (leesbril) ☐ veraf
☐ Nee

18. Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht zien (ondanks dat u een bril draagt)?
☐ Ja ➔ ga naar vraag 19
☐ Nee ➔ ga naar vraag 22

19. Is uw gezichtsvermogen het laatste half jaar verslechterd?
☐ Ja
☐ Nee

20. Heeft u problemen met het lezen van de krant?
☐ Ja
☐ Nee

21. Heeft u moeite om een gezicht te herkennen op 4 meter afstand?
☐ Ja
☐ Nee

☞ Bij slecht zien nabespreken met de huisarts

Gehoor

22. Heeft u een gehoorapparaat?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

23. Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht gehoor (ondanks dat u een gehoorapparaat heeft)?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

24. Is uw gehoor het laatste half jaar verslechterd?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

25. Heeft uw omgeving er last van dat u slecht hoort?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

☞ Bij slecht horen nabespreken met de huisarts

Voeding/ gewicht

26. Het meten van gewicht en lengte indien niet bekend
a. Gewicht: _____ kg
b. Lengte: _____ cm

27. Heeft u de afgelopen maand of de afgelopen 6 maanden gewichtsverlies gehad?
- ☐ Ja, O een gewichtsverlies van > 3 kilo in de afgelopen maand
  O een gewichtsverlies > 6 kilo in de afgelopen 6 maanden
- ☐ Nee (ga door naar vraag 29)

28. Heeft u de afgelopen maand een verminderde eetlust gehad?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

☞ Indien **ongewenst** gewichtsverlies en/of verminderde eetlust nabespreken met de huisarts

☞ Indien BMI < 20 of > 27 nabespreken met de huisarts

Bloeddruk

29. Het meten van de bloeddruk
Uitslag: _____mm/Hg

☞ Uitslag bloeddruk nabespreken met huisarts

Leefstijl
Bewegen
Landelijk geldt de beweegnorm van gemiddeld 30 minuten per dag, minimaal 5 dagen per week. Om aan deze beweegnorm te voldoen hoeft iemand niet direct te gaan sporten. Ook huishoudelijke klussen als stofzuigen, boodschappen doen, en de auto wassen zijn beweegvormen waarmee de hartslag verhoogt. Of dagelijks een half uur wandelen, dansen of schoonmaken. Het gaat erom dat men zich redelijk inspant, men er behoorlijk voor moet ademhalen en dat het hart er sneller van gaat kloppen. Overigens maakt het niet uit of je dertig minuten achter elkaar beweegt, of drie keer tien minuten.

30. Beweegt u gemiddeld 30 minuten per dag, minimaal 5 dagen per week?
- ☐ Ja ➔ ga naar vraag 32
- ☐ Nee, hoeveel beweegt u dan gemiddeld per week (minuten per dag en dagen per week)?_____

31. Zou u meer willen bewegen?
- ☐ Ja (☞ nabespreken met de huisarts)
- ☐ Nee

Roken
32. Rookt u?
- ☐ Ja , aantal pakjaar_____
- ☐ Nee, ik rook niet meer sinds ___-___-___ ➔ ga door naar 34
- ☐ Nee, ik heb nooit gerookt ➔ ga door naar 34

33. Heeft u behoefte om te stoppen?
- ☐ Ja (☞ nabespreken met huisarts)
- ☐ Nee

Alcohol
34. Drinkt u wel eens 4 (voor vrouwen) of 5 (voor mannen) of meer alcoholische eenheden per dag in het afgelopen jaar?
- ☐ Ja
- ☐ Nee ➔ ga door naar 38

35. Hoe vaak drinkt u alcohol?
- ☐ minder dan 1 keer per week
- ☐ 2 à 3 keer per week
- ☐ 4 à 5 keer per week
- ☐ > 6 keer per week

36. Hoeveel glazen alcohol drinkt u dan gemiddeld per keer?
- ☐ 1 of 2 ➔ ga naar vraag 38
- ☐ 3 of 4 ➔ ga naar vraag 37
- ☐ > 4 glazen ➔ ga naar vraag 37

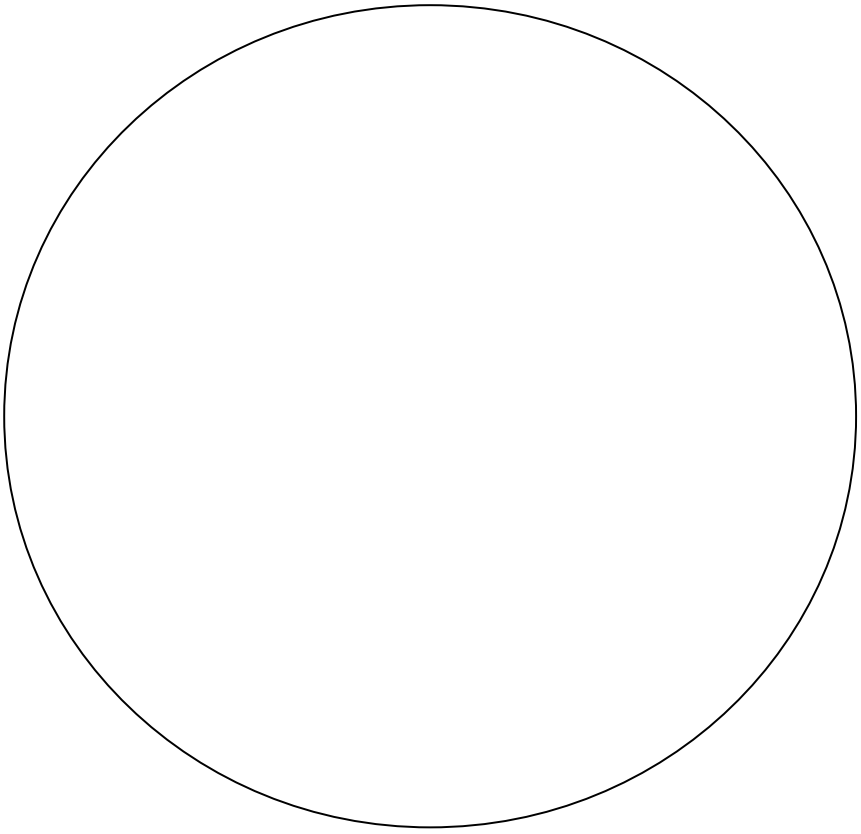
37. Wilt u iets doen aan uw alcoholgebruik?
- ☐ Ja
- ☐ Nee

☞ Indicatie voor nabespreken met de huisarts indien:
- mannen 2 tot 3 glazen/vrouwen 1 tot 2 glazen per dag drinken of meer
- èn minder dan 2 onthoudingsdagen per week hebben

Psychisch functioneren
Geheugen

38. **A**. Begin met drie woorden die de oudere dient na te zeggen namelijk:
BOEK - PLANT - MOLEN
B. **KLOK tekenen**

Deze cirkel stelt de voorkant van een klok voor.
Kunt u de cijfers zo aanbrengen dat het op een klok lijkt en vervolgens de tijd op 10 over 11 zetten.



Score: **/5**

Scores KLOK:

5	perfecte klok
4	kleine fouten m.b.t. ruimtelijk.
3	inzicht foutieve voorstelling van de tijd (10 over 11) als de organisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht goed is
2	matig ruimtelijk inzicht (disorganisatie van cijfers zodat nauwkeurige beschrijving van "10 over 11" onmogelijk is)
1	ernstige mate van disorganisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht
0	onvermogen om een redelijke vertegenwoordiging van een klok te maken

38C. Laat de oudere de drie woorden uit vraag 38A herhalen (boek – plant – molen).

☞ Indien de klok score 4 of lager is èn de oudere 1 of meer foute antwoorden geeft bij het herhalen van de drie woorden

➔ gehele MMSE afnemen in vervolgconsult

Angst

39. Stel de volgende vragen en omcirkel de scores. De uitspraken hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld.

	HADS-A	bijna nooit	soms	Vaak	bijna altijd
A	Ik voel me de laatste tijd gespannen	0	1	2	3
B	Ik krijg de laatste tijd het angstige gevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	0	1	2	3
C	Ik maak me de laatste tijd ongerust	0	1	2	3
D	Ik kan de laatste tijd rustig zitten en me ontspannen	3	2	1	0
E	Ik krijg de laatste tijd een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	0	1	2	3
F	Ik voel me de laatste tijd rusteloos	0	1	2	3
G	Ik krijg de laatste tijd plotseling gevoelens van angst en paniek	0	1	2	3
	Totaalscore:				

☞ Een totaalscore hoger dan 7 duidt op angstklachten: nabespreken met de huisarts

Depressie

40. Stel de volgende vragen en omcirkel de score:

	GDS-minivragenlijst	ja	Nee
A	Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?	0	1
B	Verveelt u zich vaak?	1	0
C	Voelt u zich vaak hopeloos?	1	0
D	Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	1	0
E	Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	1	0

	Totaalscore:	

☞ Indien een score van 2 of meer in het vervolgconsult de GDS-15 uitvoeren.

Persoonlijkheidsstoornissen

41. Stel de volgende vragen en kruis aan:

	GPS-minivragenlijst	ja	Nee
A	Heeft u tijdens belangrijke momenten in uw leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid?	1	0
B	Heeft u in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten?	1	0
C	Heeft u wel eens tegen familie of bekenden gezegd een einde te willen maken aan uw leven?	1	0
	Totaalscore:		

☞ Indien een score van 2 of meer in het vervolgconsult de GPS afnemen.

Sociaal functioneren

Veiligheid/vallen

42. Hoe vaak bent u in het afgelopen half jaar gevallen?

- ☐ Niet, ga verder naar 44
- ☐ Ja, hoe vaak _____ keer

43. Wat was de oorzaak van het vallen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Externe factoren: gestruikeld, etc,
  Indien oudere in woning is gevallen: observeer de woonomgeving. Liggen er veel matten, zijn er drempels?

  ☞ Zo ja, verwijzing naar ouderenadviseur of ergotherapeut

- ☐ Interne/lichamelijke oorzaak: zoals duizeligheid, slecht zien, balansstoornis (kan te maken hebben met medicatiegebruik, alcoholmisbruik)

  ☞ Verwijzing naar huisarts

44. Bent u wel eens bezorgd dat u zult vallen?

- ☐ Nooit
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Heel vaak

45. Vermijdt u bepaalde activiteiten omdat u bezorgd bent daarbij te vallen (bijv. boodschappen doen, reizen met openbaar vervoer, huishoudelijk werk, wandelen, gymmen enzovoort?)

- ☐ Nooit
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Soms

☐ Vaak
☐ Heel vaak

46. Get up and go test
Noot: Als tijdens het consult blijkt dat de oudere goed beweegt, zoals: uit stoel op staat, naar keuken loopt, zelf deur open doet, etc. dan is deze test niet noodzakelijk.

Get-up and go-test (Mathias)

Uitgevoerd met stoel zonder leuningen. Patiënt mag hulpmiddelen gebruiken!

Onderdelen:

- *Opstaan uit stoel*
- *Moment blijven staan*
- *3 meter lopen, Stoppen*
- *Omdraaien*
- *Terug naar stoel lopen, Stoppen*
- *Omdraaien*
- *Weer gaan zitten*

	1.	2.	3.
Opstaan uit stoel	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
Moment blijven staan	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
3 meter lopen	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
Omdraaien	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
Terug naar stoel	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
Omdraaien	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig
Weer gaan zitten	☐ Vlotte beweging	☐ Aarzelend	☐ Hulp / steun nodig

Totaal-score:

☐ Uitsluitend 1	Eindscore 1
☐ 1-2 maal 2 gescoord	Eindscore 2
☐ 3-5 maal 2 gescoord	Eindscore 3
☐ 5-7 maal 2 gescoord	Eindscore 4
☐ Eenmaal of meer 3 gescoord	Eindscore 5

☞ Nabespreken huisarts:
- Eindscore ≥3 wijst op een verhoogde valneiging
- Indien oudere vaak/heel vaak bezorgd is om te vallen en vaak /heel vaak activiteiten vermijdt

Maatschappelijke participatie
47. Bent u tevreden over uw daginvulling?
☐ Ja, helemaal

☐ Ja, meestal wel
☐ Soms wel, soms niet
☐ Nee, meestal niet (☞ nabespreken met de huisarts)
☐ Nee, helemaal niet (☞ nabespreken met de huisarts)

48. Doet u regelmatig activiteiten buitenshuis?
☐ Ja
☐ Nee

Zo ja, welke?
☐ Vrijwilligerswerk
☐ Naar een vereniging gaan, _____
☐ Oppassen op (klein)kinderen
☐ Hand- en spandiensten
☐ Naar theater, bioscoop
☐ Winkelen, naar de stad gaan
☐ Dagopvang, namelijk _____
☐ Andere, nl. _____

Zo nee, wat is de reden van het niet naar buiten komen (belemmerende factoren in kaart brengen)?
☐ Slecht ter been
☐ Slecht zien
☐ Angst
☐ Geen zin in
☐ Geen behoefte aan
☐ Anders, nl. _____

49. Eenzaamheid

	Items	Nee	Min of meer	Ja
a	Ik ervaar een leegte om me heen	0	1	1
b	Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	1	1	0
c	Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	1	1	0
d	Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	1	1	0
e	Ik mis mensen om me heen	0	1	1
f	Vaak voel ik me in de steek gelaten	0	1	1
	Totaalscore			

Totaalscore
☐ Totaalscore 0, 1, 2 ga naar vraag 52
☐ Totaalscore ≥ 3 ga naar vraag 50

50. Wat denkt u dat de reden is van uw eenzaamheid?
(meerdere redenen zijn mogelijk)
☐ slechte lichamelijke gezondheid waardoor ik niet naar buiten kan
☐ psychische gezondheid, angst , depressie …
☐ gebrek aan betekenisvolle sociale contacten
☐ problemen met sociale vaardigheiden
☐ wegvallen van dierbaren/ verlies
☐ ongezellige buurt/ buren

☐ anders, nl. ----------

Mantelzorg geven

51. Geeft u mantelzorg aan anderen? Met andere woorden, geeft ú hulp aan familie en/of vrienden bij het dagelijks functioneren (bijv. de was, boodschappen, vervoer), zonder dat u hiervoor betaald krijgt?

☐ Nee ➔ ga naar vraag 54
☐ Ja ➔ ga naar vraag 52

52. Zo ja, aan wie?

☐ Partner
☐ Inwonend(e) kind(eren)
☐ Uitwonend(e) kind(eren)
☐ Overige familieleden
☐ Buren
☐ Anders, namelijk_____

53. Vindt u het geven van deze mantelzorg zwaar?

☐ Nee, nooit
☐ Ja, af en toe
☐ Ja, vaak
☐ Ja, altijd

☞ Bij antwoord 'ja, vaak' bij het geven van mantelzorg in het vervolgconsult de EDIZ afnemen.
Bij antwoord "ja, altijd": nabespreken met huisarts en eventueel verwijzen naar Steunpunt Mantelzorg.

Mantelzorg ontvangen

54. Ontvangt u mantelzorg? Met andere woorden krijgt uw hulp van familie en/of vrienden bij het dagelijks functioneren zoals de was of boodschappen doen?

☐ Ja, van wie_____
☐ Nee → ga naar vraag 56

55. Maakt u zich zorgen over deze persoon die u helpt?

☐ Nee
☐ Ja → nabespreken met huisarts

Zo ja, welke zorgen zijn dit dan en wilt u hierover met uw huisarts of iemand anders praten?

_____
_____

56. Stel dat u morgen ziek wordt (bijv. een been breekt) hoe gaat u dan alles thuis regelen?

(Instructie: het gaat erom dat de oudere aangeeft wie binnen zijn of haar sociale omgeving hulp kan bieden. Niet bedoeld wordt bijvoorbeeld de huisarts of de thuiszorg).

_____
_____
_____

Financiën

57. Heeft u het afgelopen jaar financieel goed kunnen rondkomen?
☐ Ja
☐ Nee

☞ Bij antwoord "nee" meenemen in nabespreking met huisarts.

Kwaliteit van leven
58. Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment?

☐

(vul een cijfer van 0 -10 in)

Overige vragen
59. In wat voor type woning woont u?
☐ Eengezinswoning met een trap naar de eerste verdieping
☐ Gelijkvloerse woning begane grond
☐Flat/ appartement zonder lift, u moet gebruikmaken van een trap om toegang te verkrijgen tot uw woning
☐ Flat/ appartement met lift, u hoeft geen gebruik te maken van de trap

60. Zijn er nog zaken die u graag aan de orde wilt stellen? _____
_____
_____

NOG INVULLEN DOOR PRAKTIJKONDERSTEUNER:
Eindtijd consult 1: _____

Consult 1 is uitgevoerd:
☐ met alleen de oudere
☐ met de oudere en met _____

- Bijlage 1 Formulier "Zorggebruik", samen met oudere nakijken.
- Bijlage 2 Observatieformulier, in praktijk invullen of tussentijds
- Bijlage 3 Formulier "Nabespreking consult 1 met huisarts en vervolgacties"

Bijlage 1

Formulier Zorggebruik

Datum: _____-___-20___

Ontvangt zorg van andere professionele zorgverleners (zoals bijv. specialisten, fysiotherapeut)?

	JA	NEE	
Thuiszorg			Soort zorg: Naam:
Dagopvang in verzorgingshuis			Naam verzorgingshuis:
Maaltijdvoorziening			Naam:
Sociale Alarmering			Naam:
Audicien			
Optometrist			
Fysiotherapie			Naam:
Ergotherapie			Naam:
Logopedie			Naam:
Diëtist			Naam:
Ouderenadviseur			Naam:
Maatschappelijk werk			Naam:
GGZ			Specialisme Naam:
Steunpunt Mantelzorg			Naam:
Specialisten			Specialisme: Naam:
Verpleegkundigen (bijv. hartfalen of geriatrisch)			Specialisme: Naam:
Overige			

Bijlage 2

Observatieformulier(G)OUD

Datum: ___-____-_____

Om actief te kunnen signaleren, is het van belang bewust te observeren.
Op dit formulier kruist u de signalen aan die u observeert tijdens het huisbezoek.

A. Psychische en gedragssignalen

- ☐ Nee → ga naar B
- ☐ Ja, namelijk:
  - ☐ Ruikt naar alcohol en/of heeft trillende handen
  - ☐ Spreekt met dubbele tong
  - ☐ Is traag, suf
  - ☐ Gedraagt zich onrustig

- ☐ Is verward
- ☐ Valt voortdurend in herhaling
- ☐ Kan niet op bepaalde woorden komen tijdens het gesprek
- ☐ Herhaalt steeds dezelfde handeling (dwangmatig)
- ☐ Is achterdochtig, vermoedt slechte bedoelingen
- ☐ Geeft onbetrouwbare antwoorden op vragen
- ☐ Vertoont dreigend/agressief gedrag

B. Lichamelijke signalen

- ☐ Nee → ga naar C
- ☐ Ja, namelijk:
  - ☐ Maakt een verwaarloosde, onverzorgde indruk
  - ☐ Heeft een mager en ondervoed uiterlijk
  - ☐ Vragen dienen herhaald te worden door slecht gehoor

C. Signalen uit de woonomgeving

- ☐ Nee →ga naar D
- ☐ Ja, namelijk:
  - ☐ Een verwilderde tuin/vuil in de tuin
  - ☐ Een vervuilde woning
  - ☐ Achterstallig onderhoud aan de woning
  - ☐ Geen of bedorven voedsel in de koelkast
  - ☐ Veel drank(flessen) in huis
  - ☐ Onveilige vloer: glad, drempels en of lossen vloerkleden

D. Andere signalen:

- ☐ Nee →ga naar bijlage 3
- ☐ Ja, namelijk:
  - ☐ Overbelaste mantelzorger
  - ☐ Antwoorden komen niet overeen met observatie

Opmerkingen/overige:_____

_____

Bijlage 3

Formulier "Nabespreking consult 1 met huisarts en vervolgactie(s)"

Algemene gegevens oudere:
Geslacht: ☐ man ☐ vrouw
Geboortedatum:
Postcode:

Datum: _____-_____-_____
Tijdsduur nabespreking: _____minuten

<u>Toelichting</u>

Kolom 2: geconstateerde bevindingen/aandachtspunten bij oudere invullen
Kolom 3: vervolgacties die besloten worden in deze nabespreking met huisarts
Dit kan zijn : ☞ tweede consult (verdiepingsvragenlijst)

- ☞ verwijzing naar huisarts
- ☞ andere verwijzing, naar bijvoorbeeld thuiszorg

	BEVINDINGEN / AANDACHTSPUNTEN:	**VERVOLGACTIE:**
ALGEMEEN:		
☐ Woonsituatie		
☐ Klachten		
☐ Medicatie		
DAGELIJKS FUNCTIONEREN:		
☐ zelfredzaamheid (ADL/HDL)		
☐ incontinentie urine/ ontlasting		
LICHAMELIJK FUNCTIONEREN:		
☐ Visus		
☐ Gehoor		
☐ BMI		
☐ Gewichtverlies/ verminderde eetlust		
☐ Bloeddruk		
LEEFSTIJL:		
☐ Bewegen		
☐ Roken		
☐ Alcohol		
PSYCHISCH FUNCTIONEREN:		
☐ Geheugen		☐ MMSE in vervolgconsult ☐ anders:
☐ Angst		
☐ Depressie		☐ GDS-15 in vervolgconsult ☐ anders:
☐ Persoonlijkheids-stoornissen		☐ GPS in vervolgconsult ☐ anders:
SOCIAAL FUNCTIONEREN:		
☐ Veiligheid/vallen		☐ verwijzing ouderenadviseur/ maatschappelijk werk ☐ Verwijzing fysiotherapeut ☐ Verwijzing ergotherapeut ☐ anders
☐ Maatschappelijke participatie		☐ verwijzing ouderenadviseur/ maatschappelijk werk ☐ anders:
☐ Eenzaamheid		☐ verwijzing ouderenadviseur/ maatschappelijk werk ☐ anders

☐ Mantelzorg geven		☐ EDIZ in vervolgconsult ☐ Verwijzen steunpunt mantelzorg ☐ anders:
☐ Mantelzorg ontvangen		
☐ Financiën		☐ verwijzing ouderenadviseur/ maatschappelijk werk ☐ anders
☐ Zorggebruik		
OBSERVATIE:		
☐ Signalen		

Reeds verstrekt advies in consult 1 op het gebied van:
(aankruisen wat van toepassing is)
☐ Geen advies gegeven
☐ Medicatie
☐ Voeding/gewicht
☐ ADL
☐ HDL
☐ Bewegen
☐ Roken
☐ Alcohol
☐ Veiligheid/vallen
☐ Woning(omgeving)
☐ Maatschappelijke participatie
☐ Eenzaamheid
☐ Mantelzorg
☐ Financiën
☐ Zorggebruik
☐ Anders, _____
☐ Anders, _____

Vervolgstappen naar aanleiding van consult 1:
_____
Overige opmerkingen:_____
_____

Instructie:
Indien er nog een tweede consult nodig is, dan het pakket pas versturen na afloop van consult 2. Als consult 2 niet nodig is, dan de vragenlijst consult 1 met bijlagen (vanaf pagina 2) versturen naar Stichting RHZ Heuvelland of HOZL.
Denk aan het meesturen van de medicatie uitdraai.

Hartelijk dank voor je medewerking!

Bijlage 4: Informatie afstudeeropdracht op website van Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen

Project Ouderenzorg

In opdracht van het bestuur van het Gezondheidscentrum zijn vier studenten van de opleiding HBOV (verpleegkunde) van de Christelijke Hogeschool Ede een onderzoek gestart naar de gezondheidssituatie van 80-plussers te Maarn en Maarsbergen. De studenten doen dit in het kader van hun afstudeerproject.

De reden van dit onderzoek is de behoefte van het bestuur om meer inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand en leefsituatie van ouderen, die naar verwachting in de nabije toekomst meer een beroep zullen doen op zorg. Ouderen zullen langer thuis willen blijven en er zelfs toe genoodzaakt zijn. Dit heeft een grotere druk op de eerstelijns gezondheidszorg tot gevolg.

Naast een theoretisch deel is er een praktisch deel, waarin de studenten bij ouderen langs gaan om met hen een vragenlijst door te nemen. Enerzijds worden de uitkomsten door de eigen huisarts gebruikt om het gezondheidsprofiel van de individuele oudere beter in beeld te krijgen. Anderzijds worden de anonieme uitkomsten door de studenten gebruikt om het centrum een advies te geven over de organisatie van de zorg aan ouderen in de nabije toekomst.

De studenten zullen in de periode van 19 maart tot 20 april a.s. bij 150 tot 200 ouderen huisbezoeken afleggen. Wekelijks hebben de studenten overleg met de praktijkverpleegkundige van de huisartsenpraktijk, Miriam Rutten. Doktersassistente Mieke van Eck zorgt voor administratieve ondersteuning van de studenten. Zij maakt de afspraken en is aanspreekpunt voor de mensen die thuis worden bezocht. Huisarts Eric van der Snoek is medisch coördinator van het project.

Bijlage 5: Brief ouderenproject (voor huisbezoek)

Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen

Maarn, maart 2012

Betreft: Project Ouderenzorg, huisbezoek studenten verpleegkunde

Geachte mevrouw, mijnheer,

In het kader van het Project Ouderenzorg van het gezondheidscentrum doen vier verpleegkunde studenten* van de Christelijke Hogeschool Ede een onderzoek naar de gezondheidssituatie van 150-200 ouderen in Maarn-Maarsbergen.

Door de huisarts bent u geselecteerd voor dit onderzoek en ons verzoek is, of u hieraan uw medewerking wilt verlenen. Doktersassistente Mieke van Eck benadert u binnenkort met deze vraag en zal met uw instemming een bezoek van twee studentes bij u thuis plannen. Tijdens het bezoek zullen de studentes met u een lijst met vragen over uw gezondheidssituatie doornemen. Dit zal ongeveer een uur van uw tijd nemen. Mocht u de aanwezigheid van een mantelzorger op prijs stellen, dan is dat uiteraard mogelijk.

Het is voor u van belang om te weten dat de vragenlijst niet anoniem wordt ingevuld. Uw gegevens worden ingevoerd in uw patiëntendossier bij uw eigen huisarts. De totaaluitkomst van de vraaggesprekken zal wel anoniem worden verwerkt in een advies van de studenten aan het gezondheidscentrum ten behoeve van de organisatie van de (ouderen)zorg in de nabije toekomst.

Indien u aan het onderzoek wilt meedoen hoeft u vooralsnog niets te doen. U wordt gebeld door Mieke van Eck. Mocht u niet willen meedoen, dan kunt u dat aan haar mededelen. De huisbezoeken vinden plaats in de periode van 19 maart tot 20 april. De studenten dragen een badge van het gezondheidscentrum en kunnen zich desgewenst legitimeren.

Op de achterzijde van deze brief informeren wij u nader over het Project Ouderenzorg.
Deze info staat ook op de website van het gezondheidscentrum.
www.gezondheidscentrummaarn.nl bij Actualiteiten.

Met vriendelijke groet,
Eric van der Snoek, huisarts en voorzitter Stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen.

* Brenda Vliek, Juliënne Boot, José van den Top, Emmalie van Rij

Bijlage 6: Vragenlijst huisbezoek ouderen

Naam oudere: ……..
Straat en huisnummer: ……..
Woonplaats: ……..
Geboortedatum: ……..
Huisarts: ……..

Datum: ……..
Namen studenten: ……..
Tijdstip aanvang: ……..

Algemene vragen

1. Respondentnummer:……

2. Geslacht
   - ☐ Man.
   - ☐ Vrouw.

3. Wat is uw burgerlijke staat?
   - ☐ Gehuwd/geregistreerd partnerschap.
   - ☐ Samenwonend.
   - ☐ Ongehuwd, nooit gehuwd geweest.
   - ☐ Gescheiden.
   - ☐ Weduwe/weduwnaar.

4. Met welke personen woont u momenteel samen?
   - ☐ Ik woon alleen.
   - ☐ Met een partner.
   - ☐ Met partner en kinderen.
   - ☐ Met kind(eren).
   - ☐ Met een ander familielid/andere familieleden.
   - ☐ Met een ander persoon/andere personen.
   - ☐ Anders, namelijk ……

5. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgemaakt?
   - ☐ Geen opleiding/ LOM (Leer en Opvoedingsmoeilijkheden)-school/ MLK (Moeilijk Lerende Kinderen)-school.
   - ☐ De lagere school.

- ☐ LBO(Lager Beroep Onderwijs)/ MAVO/ VMBO/ MULO/ Ambachtsschool.
- ☐ MBO/ HAVO/ VWO/ MMS (Middelbare Meisjesschool)/ HBS (Hogere Burgerschool).
- ☐ HBO/ WO.

Eigen gezondheidsbeleving

6. Wat vindt u van uw gezondheid?
   - ☐ Goed.
   - ☐ Matig.
   - ☐ Slecht.

Pijn

7. Had u in het afgelopen half jaar langdurig lichamelijke pijn?
   - ☐ Ja.
   - ☐ Nee.

8. Wat was de mate van de pijn?
   - ☐ Licht.
   - ☐ Matig.
   - ☐ Ernstig.
   - ☐ Niet van toepassing.

Polyfarmacie

9. Gebruikt u meer dan 5 verschillende soorten medicijnen?
   - ☐ Ja.
   - ☐ Nee.

10. Lukt het om de medicatie op tijd in de juiste dosering in te nemen?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.
    - ☐ Niet van toepassing.

11. Neemt u zelfstandig* de medicijnen in?
    - ☐ Ja, neemt zelfstandig medicijnen in (evt. met hulpmiddel zoals Blister).
    - ☐ Nee, neemt medicatie zelfstandig in, indien tevoren klaargezet door ander persoon.
    - ☐ Nee, krijgt hulp bij het klaarzetten en aanreiken van de medicatie.
    - ☐ Niet van toepassing.

* zelfstandig: Hiermee wordt bedoeld zelfstandig klaarzetten en zelfstandig innemen op juiste tijdstip en juiste dosering.

ADL afhankelijkheid

Barthel-index voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven (ADL)

Aandachtsgebied	Omschrijving	Functie-score	Patiënt-score
Ontlasting	Incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Urine (deze vraag niet stellen, zie vr. 13)	Katheter of incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Persoonlijke verzorging	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig voor wat betreft verzorging van gezicht, tanden, haar en bij scheren	1	
Toiletbezoek	Hulpbehoevend	0	
	Weinig hulp nodig	1	
	Zelfstandig	2	
Eten	Hulpbehoevend	0	
	Hulp nodig bij snijden en smeren	1	
	Zelfstandig	2	
Transfer (van bed naar stoel en terug)	Niet toe in staat	0	
	Veel hulp nodig	1	
	Weinig hulp nodig; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig	3	
Mobiliteit	Kan zich niet verplaatsen	0	
	Zelfstandig in rolstoel	1	
	Lopen met hulp van een ander; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig, eventueel met gebruik van hulpmiddelen	3	
Aan-/uitkleden	Hulpbehoevend	0	
	Kan ongeveer de helft zelf	1	
	Zelfstandig	2	
Trappen lopen	Niet toe in staat	0	
	Met hulp; verbaal of lichamelijk	1	
	Zelfstandig; op en af	2	
Baden	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig	1	
		Totaal	……..

12. Welke barthelindexscore heeft deze patiënt?
    - ☐ 0-4 =Volledig hulpbehoevend.
    - ☐ 5-9 =Ernstig hulpbehoevend.
    - ☐ 10-14 =Wel hulp nodig maar kan veel zelf.
    - ☐ 15-19 =Redelijk tot goed zelfstandig.
    - ☐ 20 = Volledig ADL-zelfstandig.

Incontinentie

13. Verliest u wel eens ongewild urine?
    - ☐ Nee.
    - ☐ Ja, af en toe (niet dagelijks).
    - ☐ Ja, regelmatig (vaker dan eenmaal per dag).
    - ☐ Ja, persoon heeft katheter.

Bewegen

14. Beweegt u regelmatig?
    - ☐ Ja, volgens norm gezond bewegen (30 minuten/5 dgn. per week).
    - ☐ Ja, meer dan ADL maar niet volgens norm gezond bewegen.
    - ☐ Ja, ADL.
    - ☐ Nee (minder dan ADL).

Vallen

15. Bent u in het afgelopen half jaar gevallen?
    - ☐ 0 keer.
    - ☐ 1 keer.
    - ☐ 2 keer.
    - ☐ Meer dan 3 keer.

16. Wat was de oorzaak van het vallen?
    - ☐ Extrinsieke factoren: Omgevingsgerelateerde factoren zoals ongelijke vloeren, onbekende omgeving, onstabiele meubels, gestruikeld, etc.
    - ☐ Intrinsieke factoren: Persoonsgebonden factoren zoals duizeligheid, slecht zien, balansstoornis (kan te maken hebben met medicatiegebruik, alcoholmisbruik).
    - ☐ Niet van toepassing.

17. Vermijdt u bepaalde activiteiten omdat u bezorgd bent daarbij te vallen? (bijvoorbeeld boodschappen doen, reizen met openbaar vervoer, huishoudelijk werk, wandelen, gymmen enzovoort)
    - ☐ Nooit.
    - ☐ Bijna nooit.
    - ☐ Soms.
    - ☐ Vaak.
    - ☐ Heel vaak.

Visusproblemen

18. Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht zien (ondanks dat u een bril draagt?)

- ☐ Ja.
- ☐ Nee.

Gehoorproblemen

19. Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door een slecht gehoor (ondanks dat u een gehoorapparaat heeft)?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.

Ondervoeding

20. Heeft u de afgelopen maand of de afgelopen 6 maanden onbedoeld gewichtsverlies gehad?
    - ☐ Ja, een gewichtsverlies van >3 kilo in de afgelopen maand.
    - ☐ Ja, een gewichtsverlies >6 kilo in de afgelopen 6 maanden.
    - ☐ Nee.
    - ☐ Onduidelijk.

21. Weet u wat de oorzaak is van dit gewichtsverlies?
    - ☐ Verminderde eetlust.
    - ☐ Verminderde geur- en smaakbeleving.
    - ☐ Gebitsproblemen.
    - ☐ Problemen met slikken.
    - ☐ Vrees voor pijn na voedselinname (zoals zuurbranden).
    - ☐ Onduidelijk.
    - ☐ Anders, namelijk……
    - ☐ Niet van toepassing.

Roken

22. Rookt u?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Voorheen.
    - ☐ Nooit.

Alcohol

23. Hoeveel eenheden (glazen) drinkt u gemiddeld per dag?
    - ☐ 0.
    - ☐ 1.
    - ☐ 2.
    - ☐ 3 – 6.
    - ☐ 7 of meer.

Dementie

24. Maakt u zich zorgen over uw geheugen?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.

25. Ervaart u problemen in het dagelijks leven door vergeetachtigheid?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.

Depressie

26. Bent u de laatste tijd somber?
    - ☐ Ja, altijd.
    - ☐ Ja, soms.
    - ☐ Nee, nooit.

27. Beleeft u de laatste weken minder plezier aan de dingen waar u normaal gesproken wel plezier aan beleeft in uw leven?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.

Overbelasting mantelzorg

28. Geeft u mantelzorg aan anderen? Met andere woorden, geeft ú hulp aan familie en/of vrienden bij het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld persoonlijke hulp, de was, boodschappen, vervoer).
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee.

29. Hoe ervaart u het geven van mantelzorg?
    - ☐ Ik vind de zorg te zwaar.
    - ☐ Ik vind de zorg zwaar, maar draaglijk.
    - ☐ Ik vind de zorg niet zwaar.
    - ☐ Niet van toepassing.

Eenzaamheid

30. Ervaart u wel eens een leegte om u heen?
    - ☐ Ja.
    - ☐ Nee. (Ga door naar vraag 32)

Open vragen

31. Wat denkt u dat de reden is van de leegte die u ervaart? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
    - ☐ Slechte lichamelijke gezondheid, waardoor ik niet naar buiten kan.

- ☐ Psychische gezondheid, angst, depressie etc.
- ☐ Gebrek aan betekenisvolle sociale contacten.
- ☐ Problemen met sociale vaardigheden.
- ☐ Wegvallen van dierbaren.
- ☐ Ongezellige buurt/buren.
- ☐ Anders, namelijk……

Zingeving

32. Wat biedt u steun in het ouder worden, en de eventuele gezondheidsproblemen die daarbij ontstaan? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
    - ☐ Geloof.
    - ☐ Contact met familie of anderen.
    - ☐ Hobby's.
    - ☐ (Vrijwilligers)werk.
    - ☐ Onduidelijk.
    - ☐ Anders, namelijk……

Toekomst

33. Tegen welke problemen denkt u op te lopen wat betreft de toekomst?

……
……

34. Wat denkt u nodig te hebben om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen?

……
……

35. Wat heeft u van het gezondheidscentrum nodig om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen?

……
……

Nog in te vullen door de studenten

Eindtijd huisbezoek:

……

Huisbezoek is uitgevoerd:

- ☐ Met alleen de oudere.
- ☐ Met de oudere en met……...

Observatie

A. Psychische en gedragssignalen

☐ Nee.

☐ Ja, namelijk:

- Ruikt naar alcohol en/of heeft trillende handen.
- Spreekt met dubbele tong.
- Is traag, suf.
- Gedraagt zich onrustig.
- Is verward.
- Valt (voortdurend) in herhaling.
- Kan niet op bepaalde woorden komen tijdens het gesprek.
- Herhaalt steeds dezelfde handeling (dwangmatig).
- Is achterdochtig, vermoedt slechte bedoelingen.
- Geeft onbetrouwbare antwoorden op vragen.
- Vertoont dreigend/agressief gedrag.

B. Lichamelijke signalen

☐ Nee.

☐ Ja, namelijk:

- Maakt een verwaarloosde, onverzorgde indruk.
- Heeft een mager en ondervoed uiterlijk.
- Vragen dienen herhaald te worden door slecht gehoor.

C. Signalen uit de woonomgeving

☐ Nee.

☐ Ja, namelijk:

- Een verwilderde tuin/vuil in de tuin.
- Een vervuilde woning.
- Achterstallig onderhoud aan de woning.
- Geen of bedorven voedsel in de koelkast.
- Veel drank(flessen) in huis.
- Onveilige vloer: glad, drempels en/of losse vloerkleden.

D. Andere signalen:

☐ Nee.

☐ Ja, namelijk:

- Overbelaste mantelzorger.
- Antwoorden op de vragen komen niet overeen met de observatie.
- Anders, namelijk…….

Bijlage 7: Brief ouderenproject (na huisbezoek)

Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen

Geachte mevrouw / mijnheer,

Wij danken u voor uw medewerking aan het ouderenproject.

Uw antwoorden worden voor twee doelen gebruikt:

• Ten eerste worden deze in uw persoonlijke dossier van uw huisarts opgeslagen. Hiermee krijgt uw huisarts een beter beeld van uw gezondheid- en leefsituatie.

(Mocht hiervoor aanleiding zijn dan zal vanuit de huisartsenpraktijk contact met u opgenomen worden.)

• Ten tweede worden uw antwoorden (anoniem!) gebruikt voor een afstudeeropdracht van de studenten. Zij werken aan een advies voor het gezondheidscentrum over de organisatie van de zorg voor ouderen in de nabije toekomst.

De resultaten van de afstudeeropdracht zullen gepubliceerd worden in Rondom Gezond.

Voor vragen over het project kunt u bij Mieke van Eck(doktersassistente) terecht. Belt u s.v.p. dan tussen 9 en 12 uur. Tel 441678

Eric van der Snoek, huisarts en voorzitter van de stichting Gezondheidscentrum Maarn – Maarsbergen.

U heeft gesproken met:

José van den Top Emmalie van Rij Juliënne Boot Brenda Vliek

Bijlage 8: Vragen interviews huisarts en praktijkverpleegkundige

Organisatie:

1. Kun je globaal uitleggen hoe de zorg voor ouderen in de huisartsenpraktijk is georganiseerd en wat is jouw rol hierin als POH of huisarts?

Probleemgebieden:

2. Wat zijn, volgens jou, veel voorkomende probleemgebieden bij 80-plussers in Maarn en Maarsbergen?

Interventies bij probleemgebieden:

3. Welke interventies worden vanuit de huisartsenpraktijk uitgevoerd wat betreft de eerder genoemde probleemgebieden?
4. Wat is jouw rol (als huisarts of praktijkverpleegkundige) bij bovengenoemde interventies?
5. Zijn er problemen waar tegenaan wordt gelopen tijdens het uitvoeren van interventies bij 80-plussers?
6. Op welke manier zouden deze problemen opgelost kunnen worden?

Toekomst:

7. Welke problemen bij 80-plussers verwacht je in de toekomst?

Bijlage 9: Codeboek SPSS

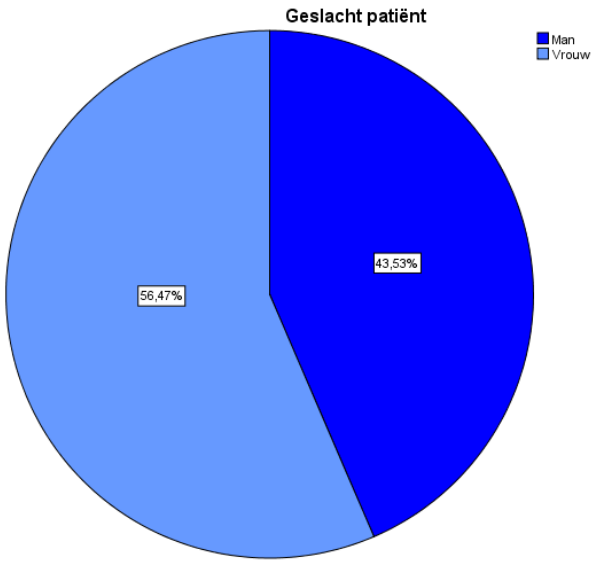
Vraag	Variabelenaam	Omschrijving	Categorieën
1	Respnr.	Nummer van patiënt	1 = Patiënt 1 2 = Patiënt 2 etc.
2	Geslacht	Geslacht van patiënt	M = Man V = Vrouw
3	BurgStaat	Burgerlijke staat van patiënt	1 = Gehuwd/geregistreerd partnerschap 2 = Samenwonend 3 = Ongehuwd, nooit gehuwd geweest 4 = Gescheiden 5 = Weduwe/weduwnaar
4	Samenwonen	Met welke personen woont patiënt samen	1 = Ik woon alleen 2 = Met een partner 3 = Met partner en kinderen 4 = Met kind(eren) 5 = Met een ander familielid/ andere familieleden 6 = Met een ander persoon/andere personen 7 = Anders
5	Opleiding	Hoogst afgemaakte opleiding van patiënt	1 = Geen opleiding/ LOM (Leer en Opvoedingsmoeilijkheden)-school/ MLK (Moeilijk Lerende Kinderen)-school. 2 = De lagere school 3 = LBO(Lager Beroep Onderwijs)/ MAVO/ VMBO/ MULO/ Ambachtsschool. 4 = MBO/ HAVO/ VWO/ MMS (Middelbare Meisjesschool)/ HBS (Hogere Burgerschool). 5 = HBO/WO
6	GzBeleving	Eigen gezondheidsbeleving	1 = Goed 2 = Matig 3 = Slecht
7	Pijn	Afgelopen half jaar langdurig lichamelijke pijn	J = Ja N= Nee
8	MatePijn	Mate van de pijn	1 = Licht 2 = Matig 3 = Ernstig 4 = Niet van toepassing

9	Polyfarmacie	Meer dan 5 soorten medicatie	J = Ja N= Nee
10	Medgebruik	Patiënt neemt medicatie op tijd in juiste dosering in	1 = Ja 2 = Nee 3 = Niet van toepassing
11	MedInname	Patiënt neemt zelfstandig medicatie in	1 = Ja, neemt zelfstandig medicijnen in (evt. met hulpmiddel zoals Blister) 2 = Nee, neemt medicatie zelfstandig in, indien tevoren klaargezet door ander persoon. 3 = Nee, krijgt hulp bij het klaarzetten en aanreiken van de medicatie. 4 = Niet van toepassing.
12	ScoreBarthel	Uitslag Barthel-Index	1 = Volledig hulpbehoevend 2 = Ernstig hulpbehoevend 3 = Wel hulp nodig, maar kan veel zelf 4 = Redelijk tot goed zelfstandig 5 = Volledig ADL-zelfstandig
13	Incontinent	Ongewenst urineverlies	1 = Nee 2 = Ja, af en toe (niet dagelijks) 3 = Ja, regelmatig (vaker dan eenmaal per dag) 4 = Ja, persoon heeft katheter
14	Bewegen	Hoeveelheid beweging van patiënt	1 = Ja, volgens norm gezond bewegen (30 min/ 5 dagen per week) 2 = Ja, meer dan ADL, maar niet volgens norm gezond bewegen 3 = Ja, ADL 4 = Nee, minder dan ADL
15	Vallen	Vallen tijdens het afgelopen half jaar	0 = 0 keer 1 = 1 keer 2 = 2 keer 3 = Meer dan 3 keer
16	Oorzaakvallen	Oorzaak van het vallen	1 = Extrinsieke factoren: (Omgevingsgerelateerde factoren) 2 = Intrinsieke factoren: (Persoonsgebonden factoren) 3 = Niet van toepassing
17	VermijdVal	Vermijden van	1 = Nooit

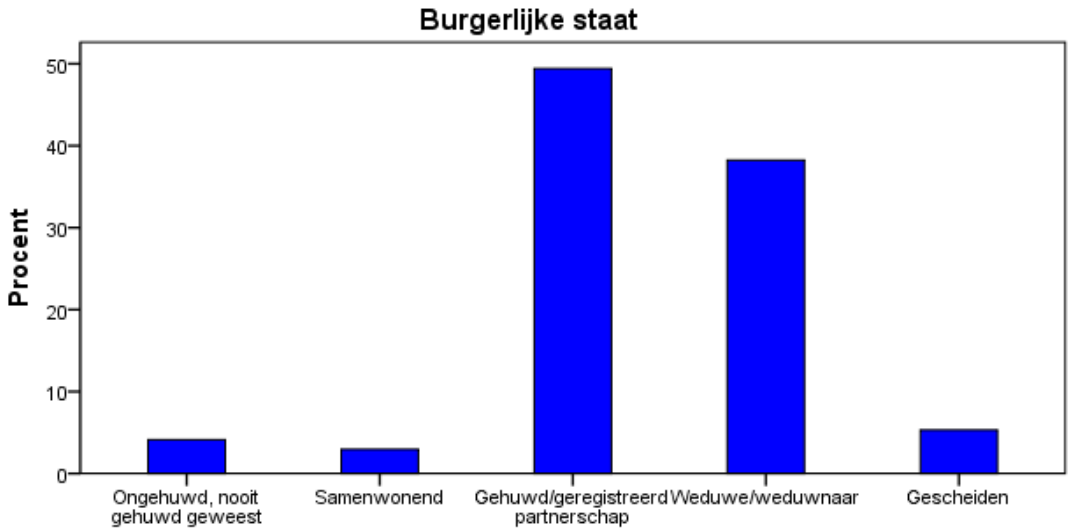
		activiteiten door bezorgdheid over vallen	2 = Bijna nooit 3 = Soms 4 = Vaak 5 = Heel vaak
18	VisusProb	Problemen in dagelijks leven door slecht zien	J = Ja N = Nee
19	GehoorProb	Problemen in dagelijks leven door slecht gehoor	J = Ja N = Nee
20	GewVerlies	Patiënt heeft last van gewichtsverlies	1 = Ja, een gewichtsverlies van >3 kilo in de afgelopen maand. 2 = Ja, een gewichtsverlies van >6 kilo in de afgelopen 6 maanden. 3 = Nee 4 = Onduidelijk
21	OorzaakGew	Oorzaak van gewichtsverlies	1 = Verminderde eetlust 2 = Verminderde geur- en smaakbeleving 3 = Gebitsproblemen 4 = Problemen met slikken 5 = Vrees voor pijn na voedselinname (zoals zuurbranden) 6 = Onduidelijk 7 = Anders 8 = Niet van toepassing
22	Roken	Roken	1 = Ja 2 = Voorheen 3 = Nooit
23	Alcohol	Hoeveelheid eenheden alcohol per dag	0 = 0 eenheden 1 = 1 eenheid 2 = 2 eenheden 3 = 3-6 eenheden 4 = 7 of meer eenheden
24	ZorgGeheug	Bezorgdheid over geheugen	J = Ja N = Nee
25	ProbVergeet	Problemen in dagelijks leven door vergeetachtigheid	J = Ja N = Nee
26	Somber	Patiënt is laatste tijd somber	1 = Ja, altijd 2 = Ja, soms 3 = Nee, nooit
27	VermPlezier	Beleving van verminderd	J = Ja

		plezier in dingen	N = Nee
28	GevenMZ	Patiënt geeft mantelzorg aan ander(en)	J = Ja N = Nee
29	ErvarenMZ	Ervaren van het geven van mantelzorg	1 = Ik vind de zorg te zwaar 2 = Ik vind de zorg zwaar, maar draaglijk 3 = Ik vind de zorg niet te zwaar 4 = Niet van toepassing
30	ErvarenLeegte	Patiënt ervaart leegte om zich heen	J = Ja N = Nee

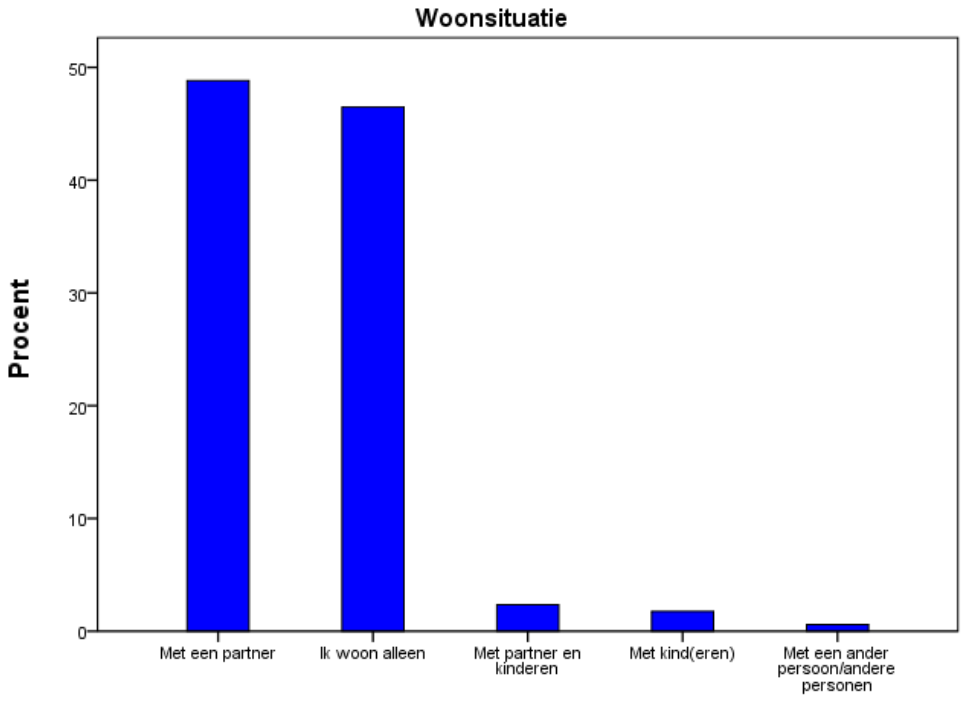
Bijlage 10: Grafieken en tabellen



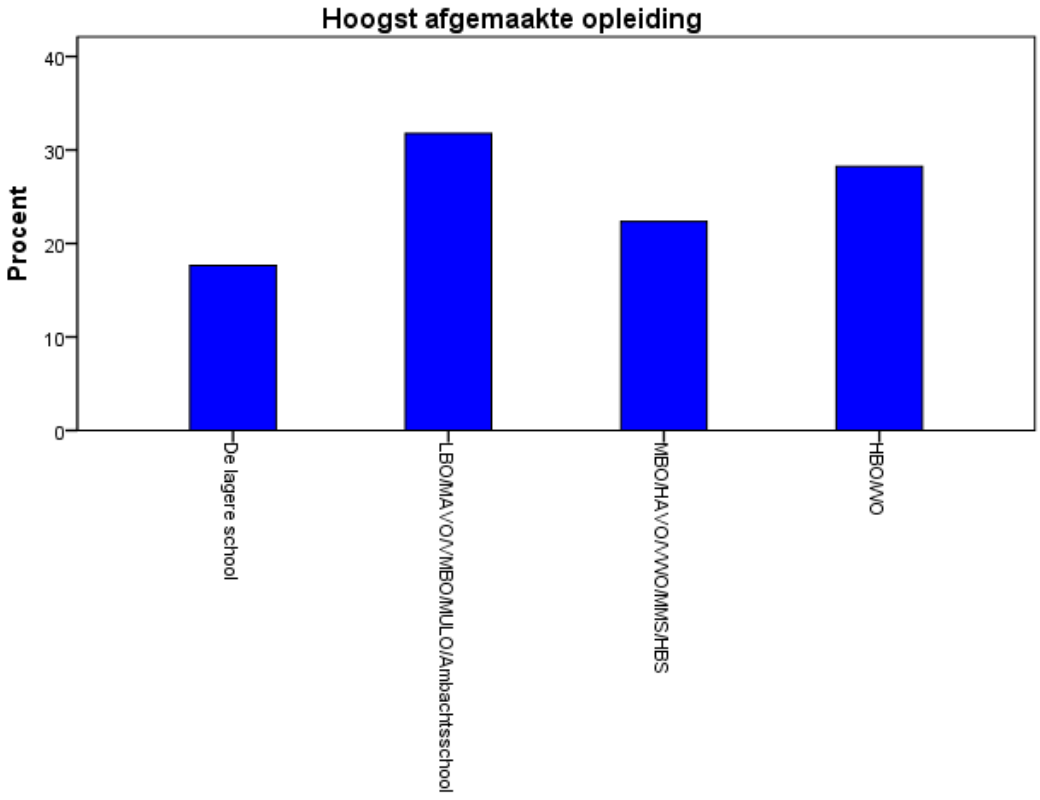
Figuur 4.



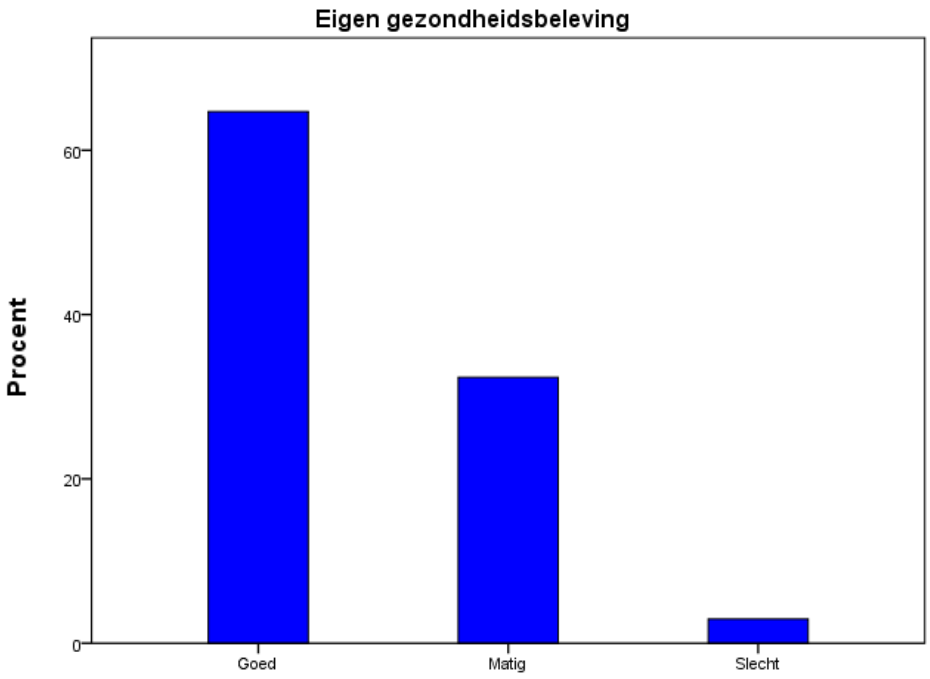
Figuur 5.



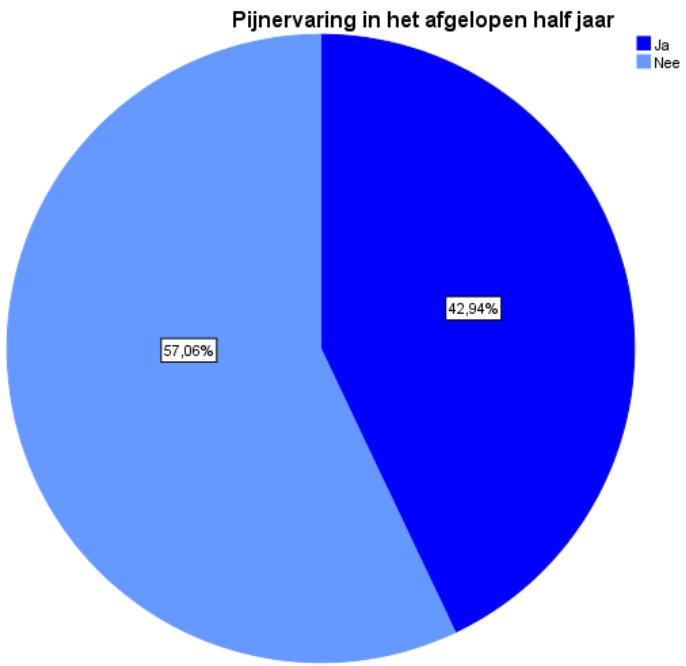
Figuur 6.



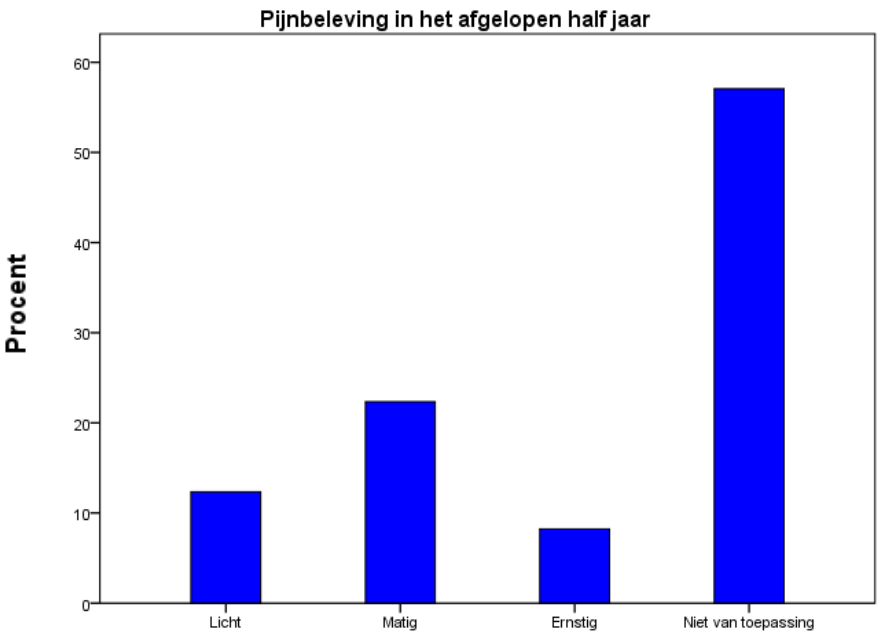
Figuur 7.



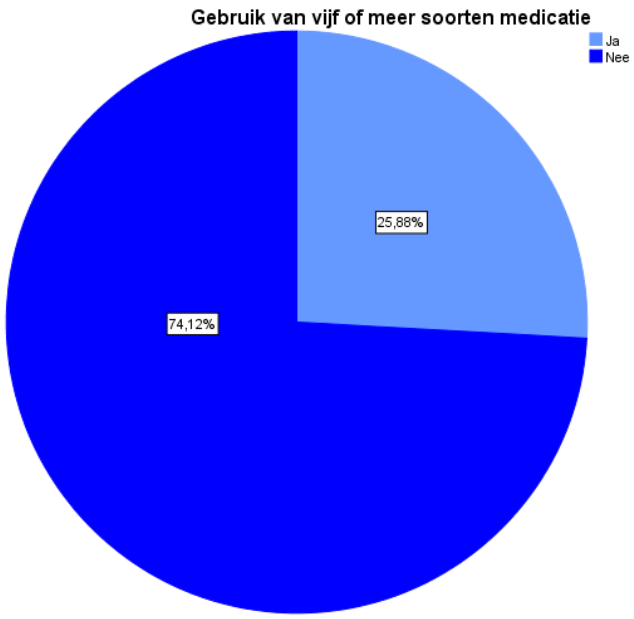
Figuur 8.



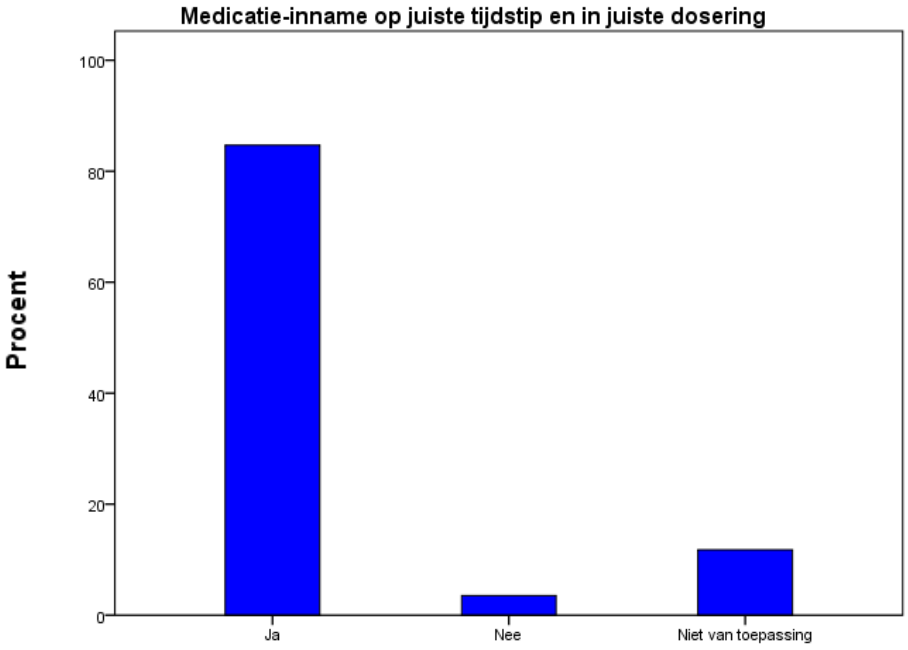
Figuur 9.



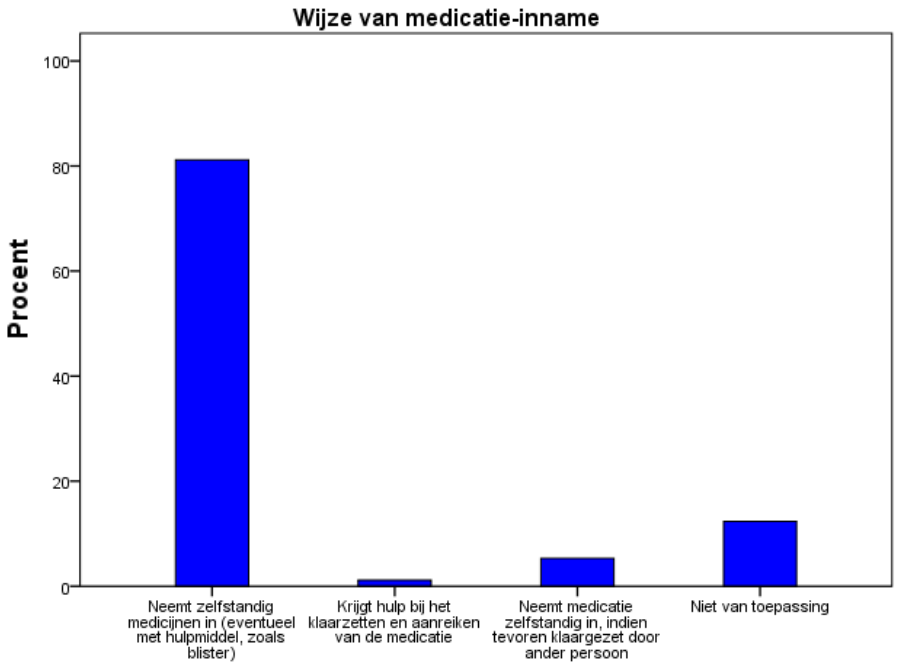
Figuur 10.



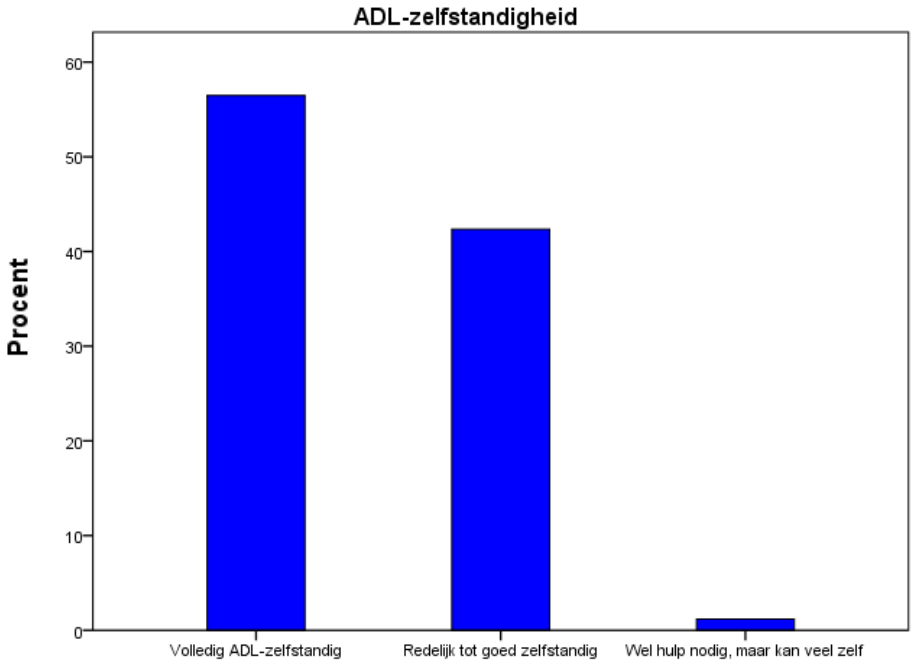
Figuur 11.



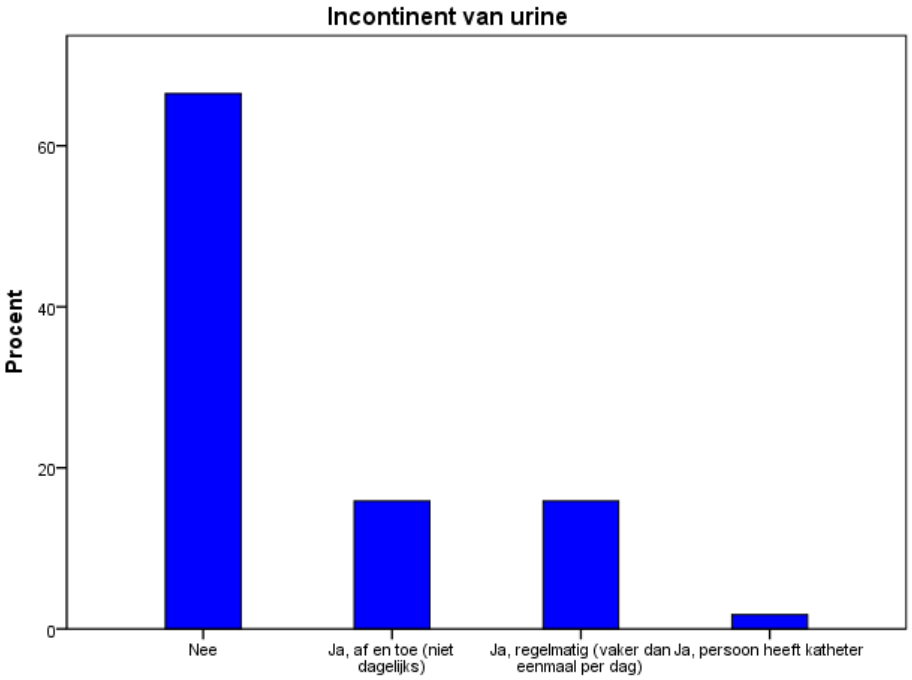
Figuur 12.



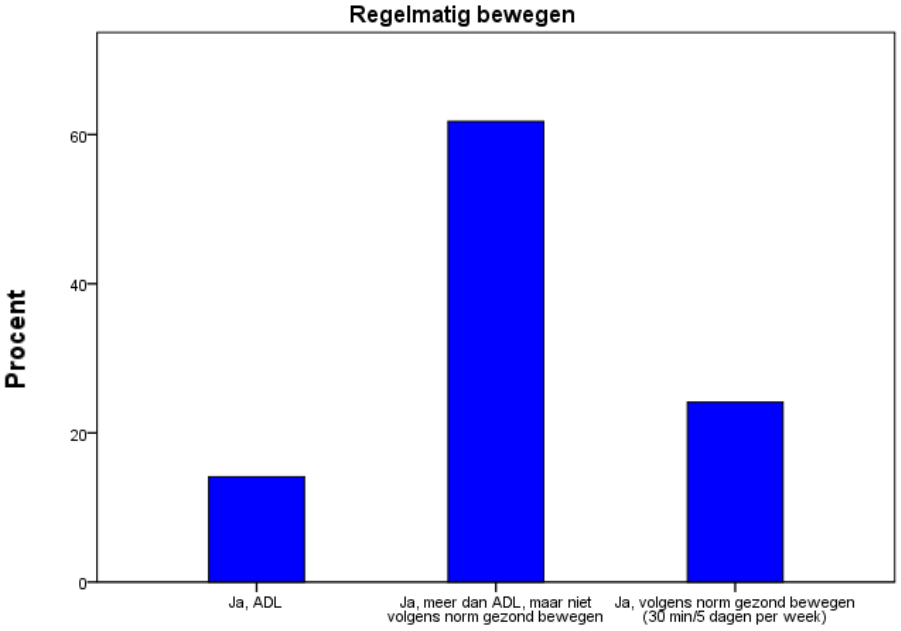
Figuur 13.



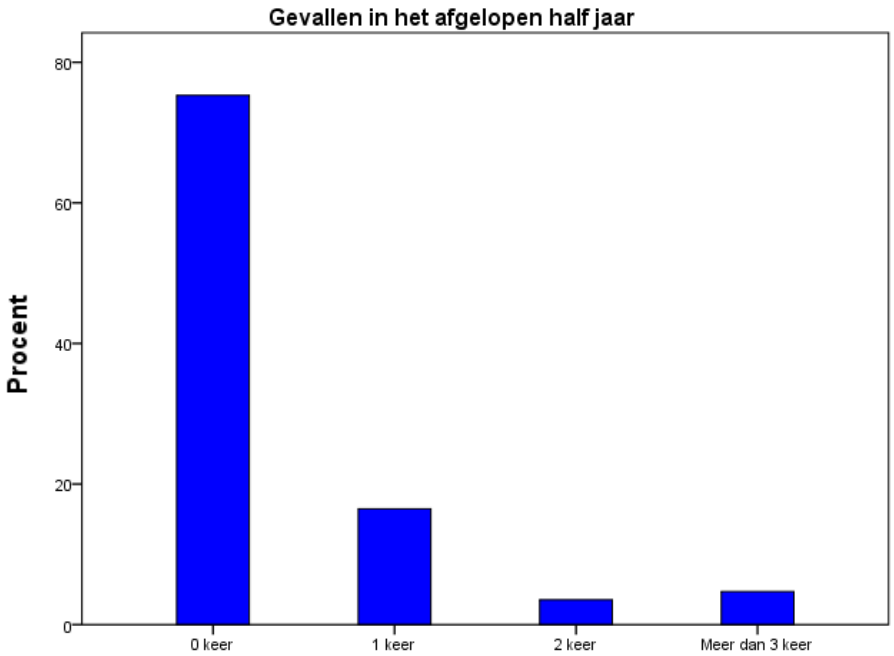
Figuur 14.



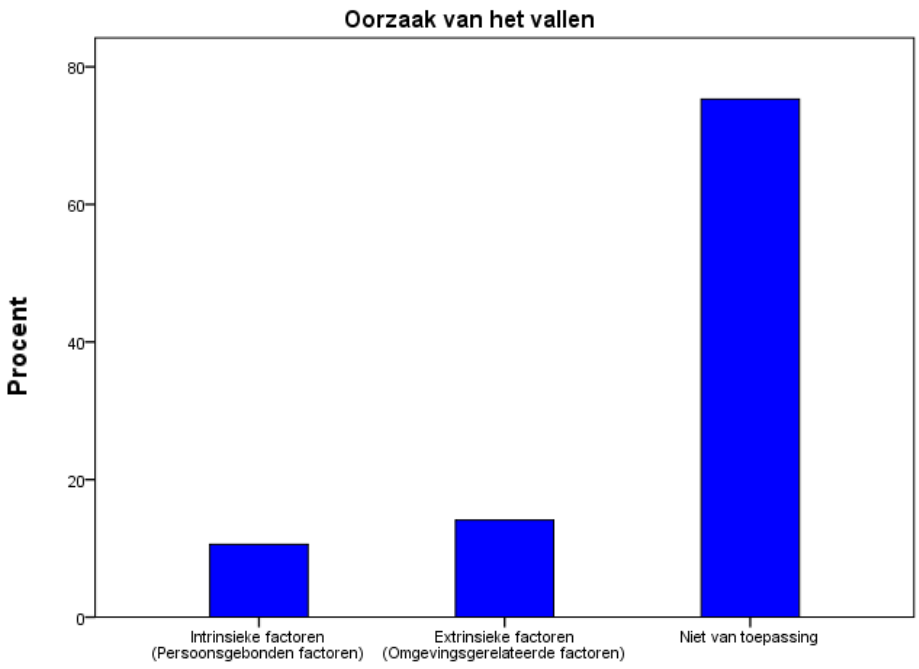
Figuur 15.



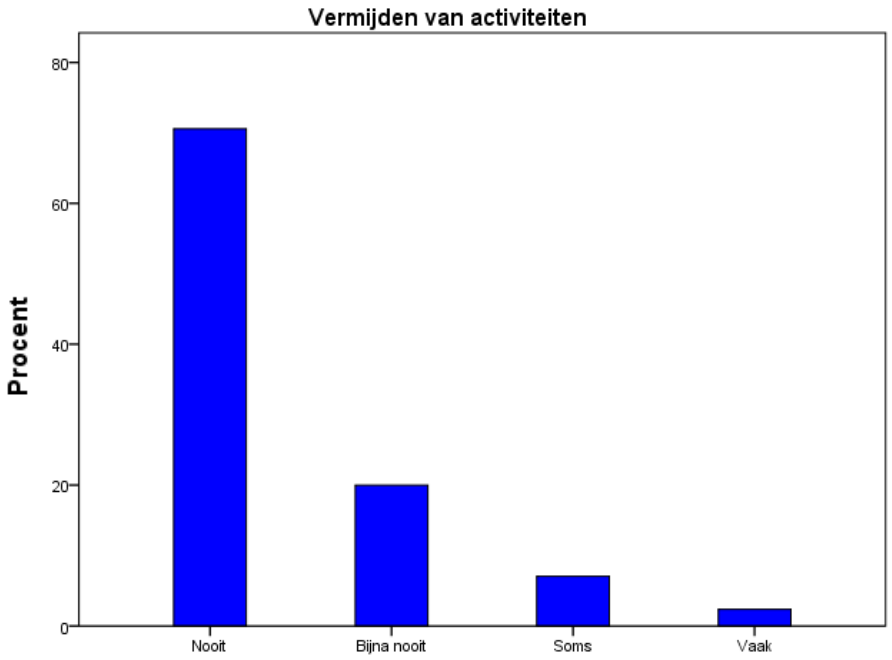
Figuur 16.



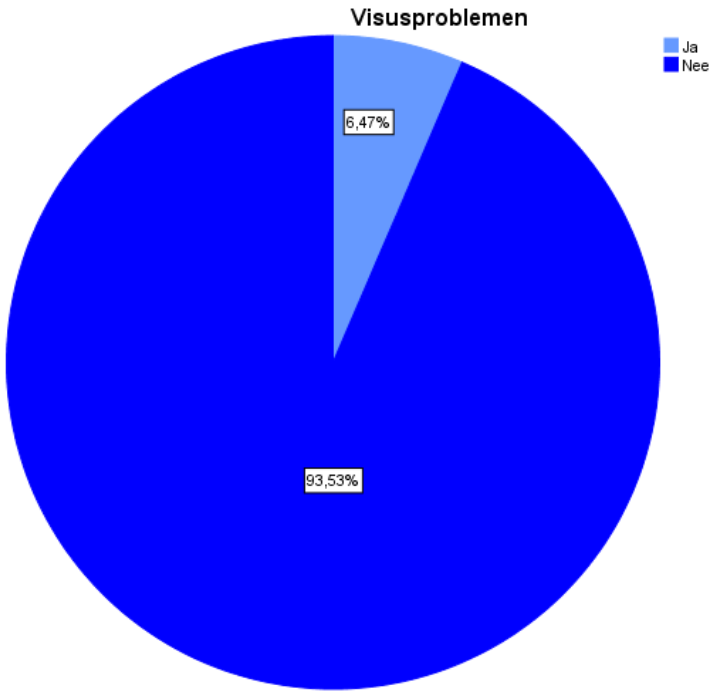
Figuur 17.



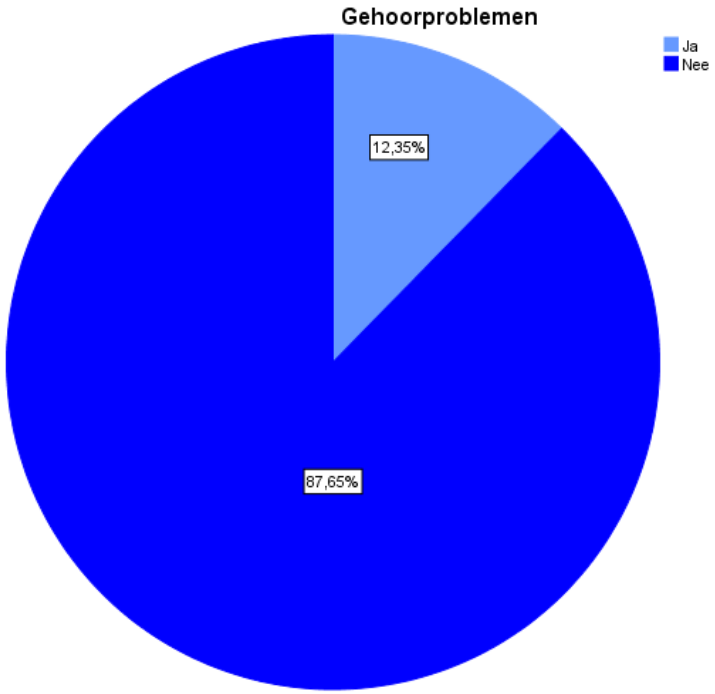
Figuur 18.



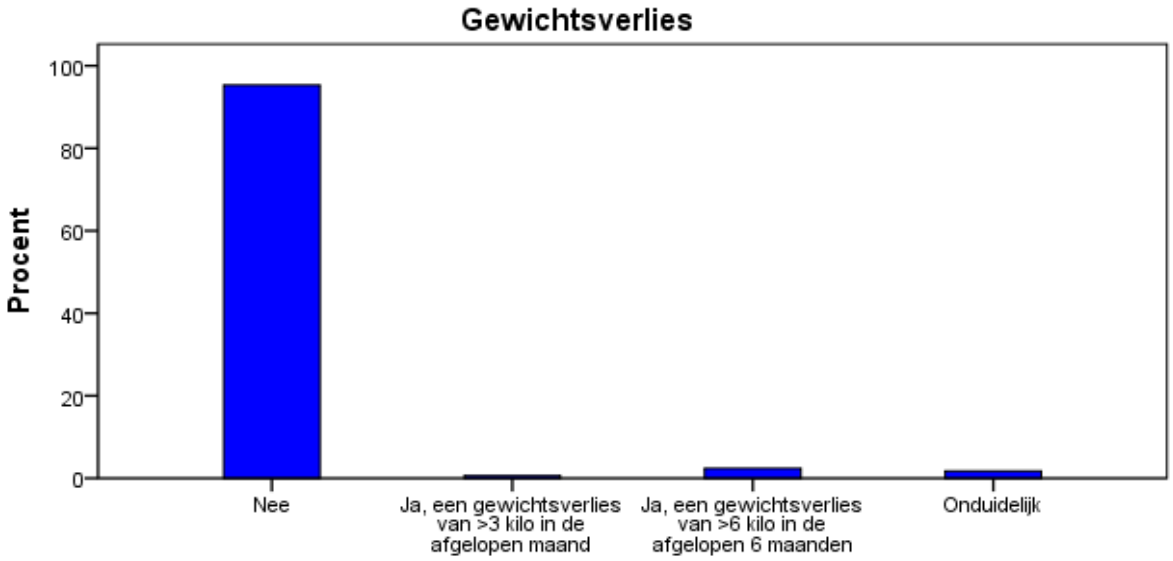
Figuur 19.



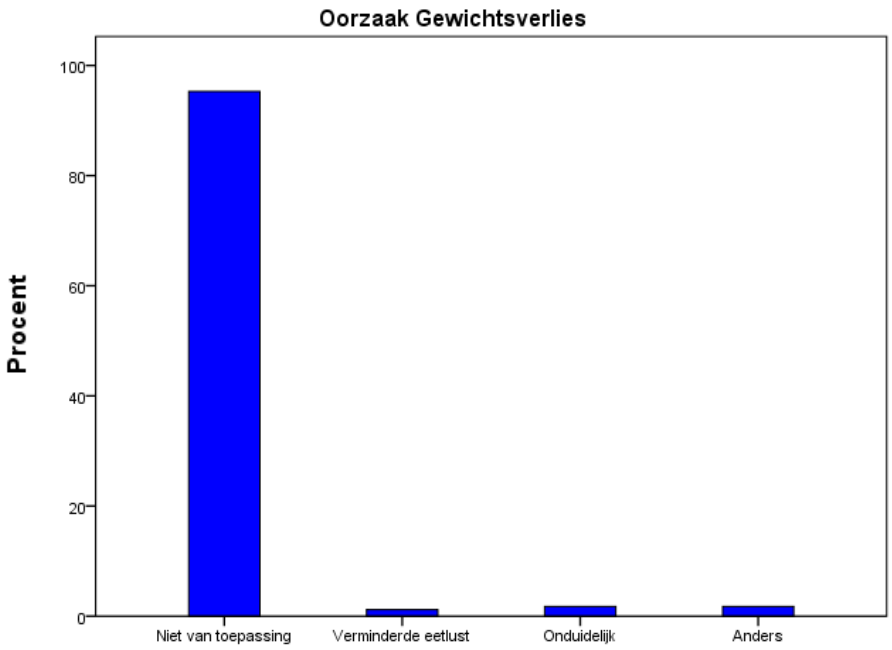
Figuur 20.



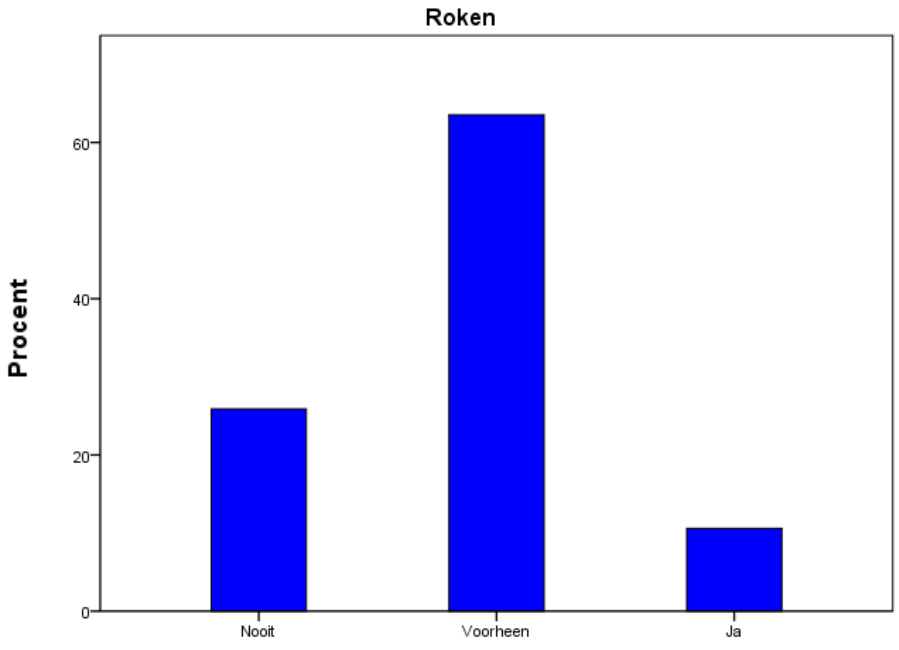
Figuur 21.


Gewichtsverlies
Procent
100
80
60
40
20
0
Nee
Ja, een gewichtsverlies van >3 kilo in de afgelopen maand
Ja, een gewichtsverlies van >6 kilo in de afgelopen 6 maanden
Onduidelijk

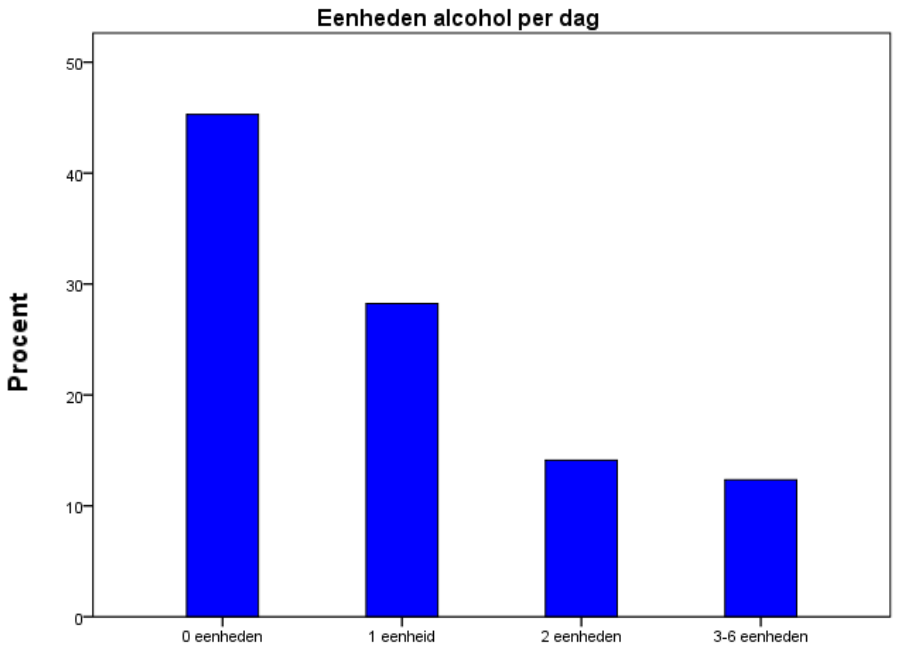
Figuur 22.



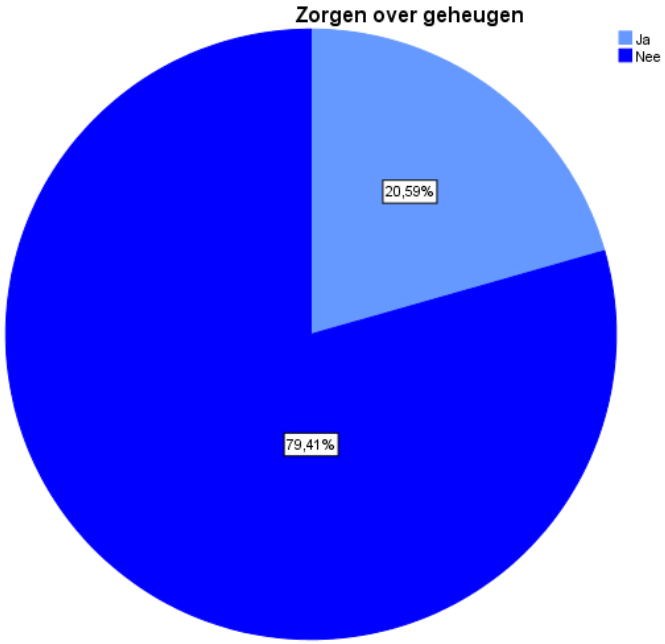
Figuur 23.



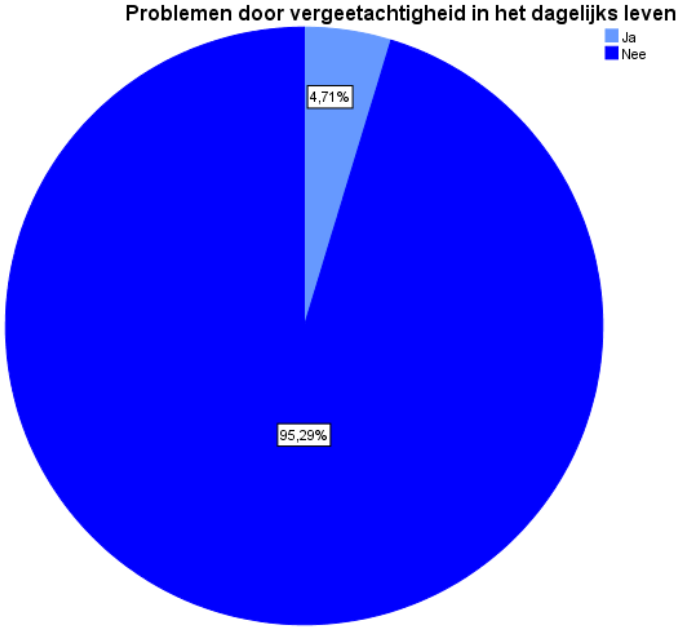
Figuur 24.



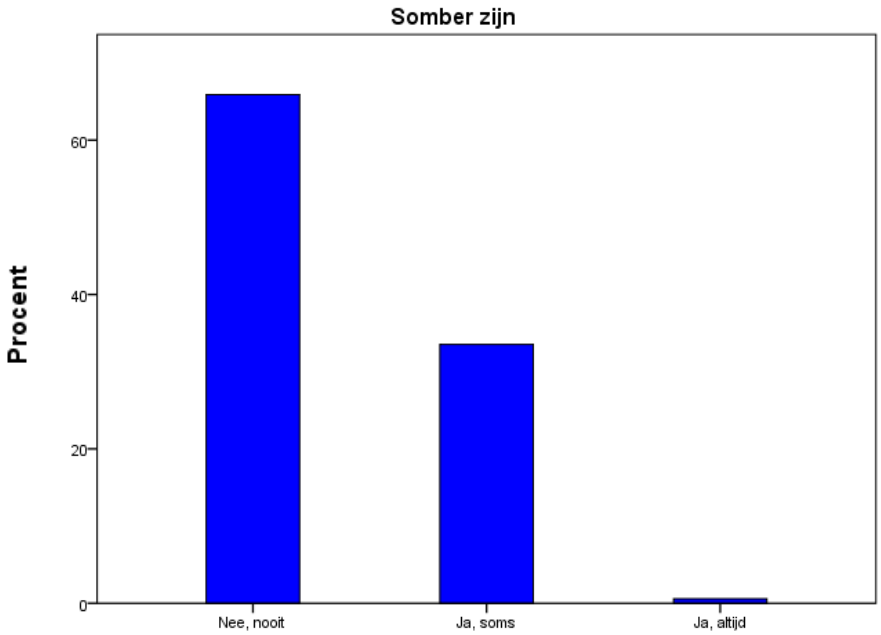
Figuur 25.



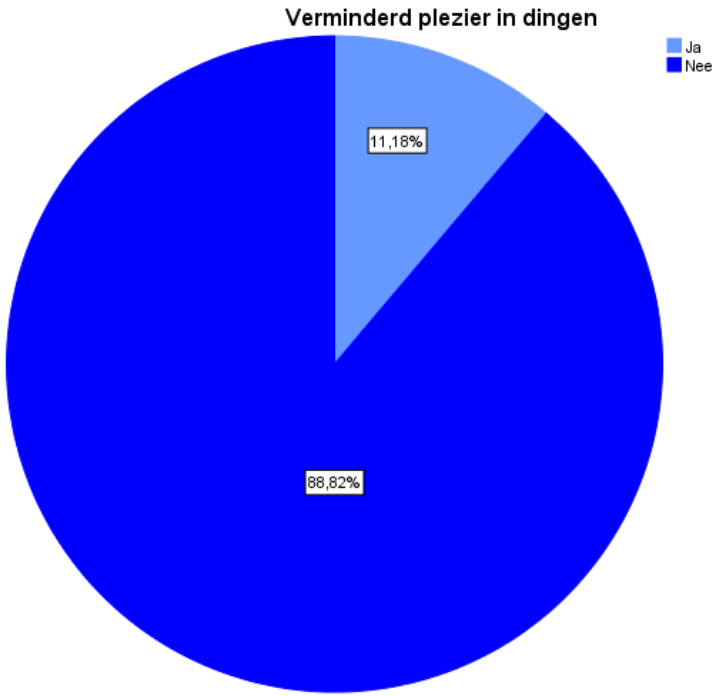
Figuur 26.



Figuur 27.

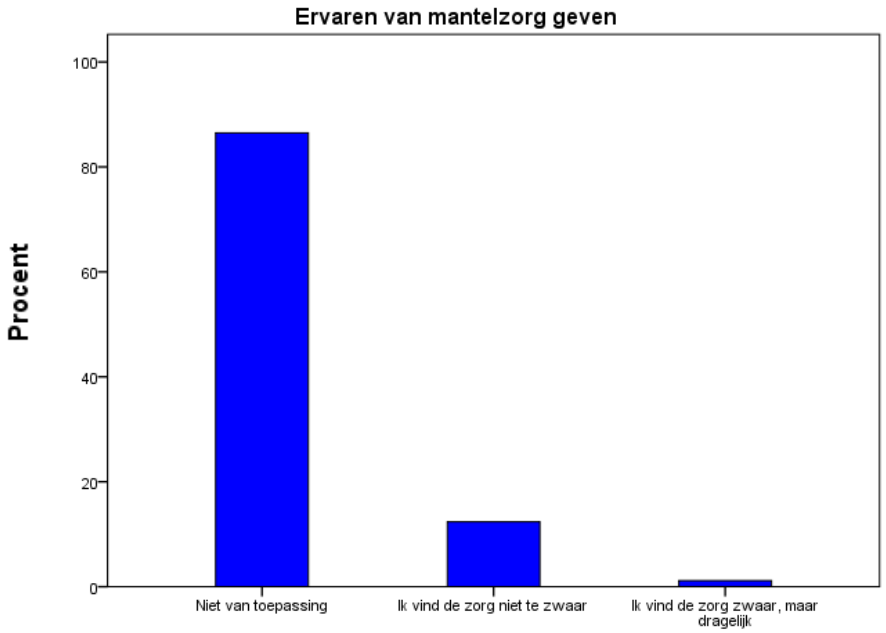


Figuur 28.

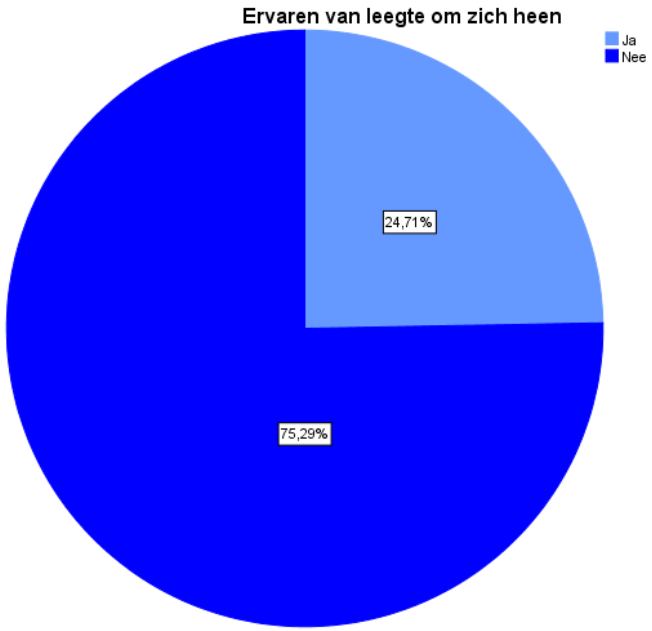


Figuur 29.

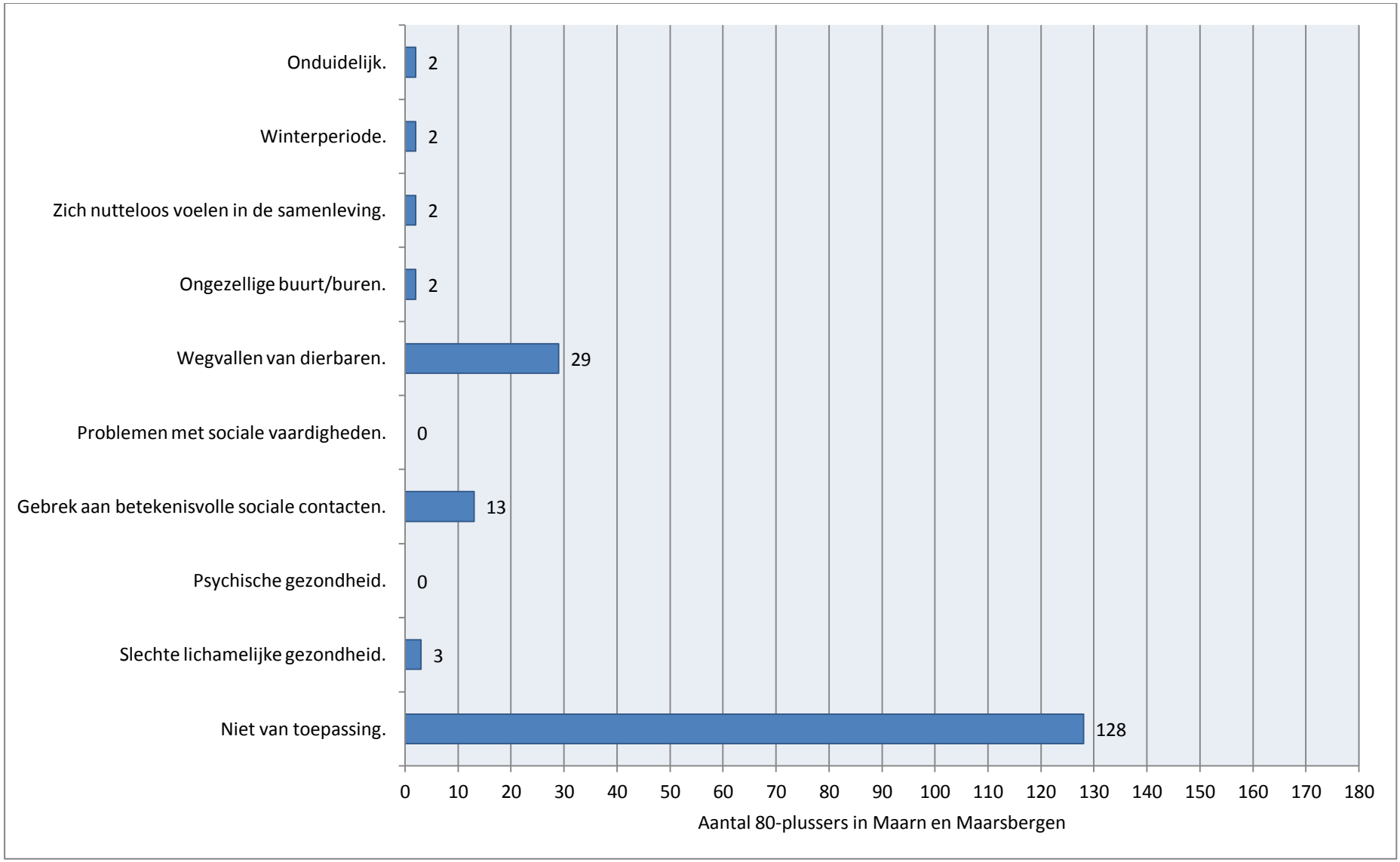
Figuur 30.



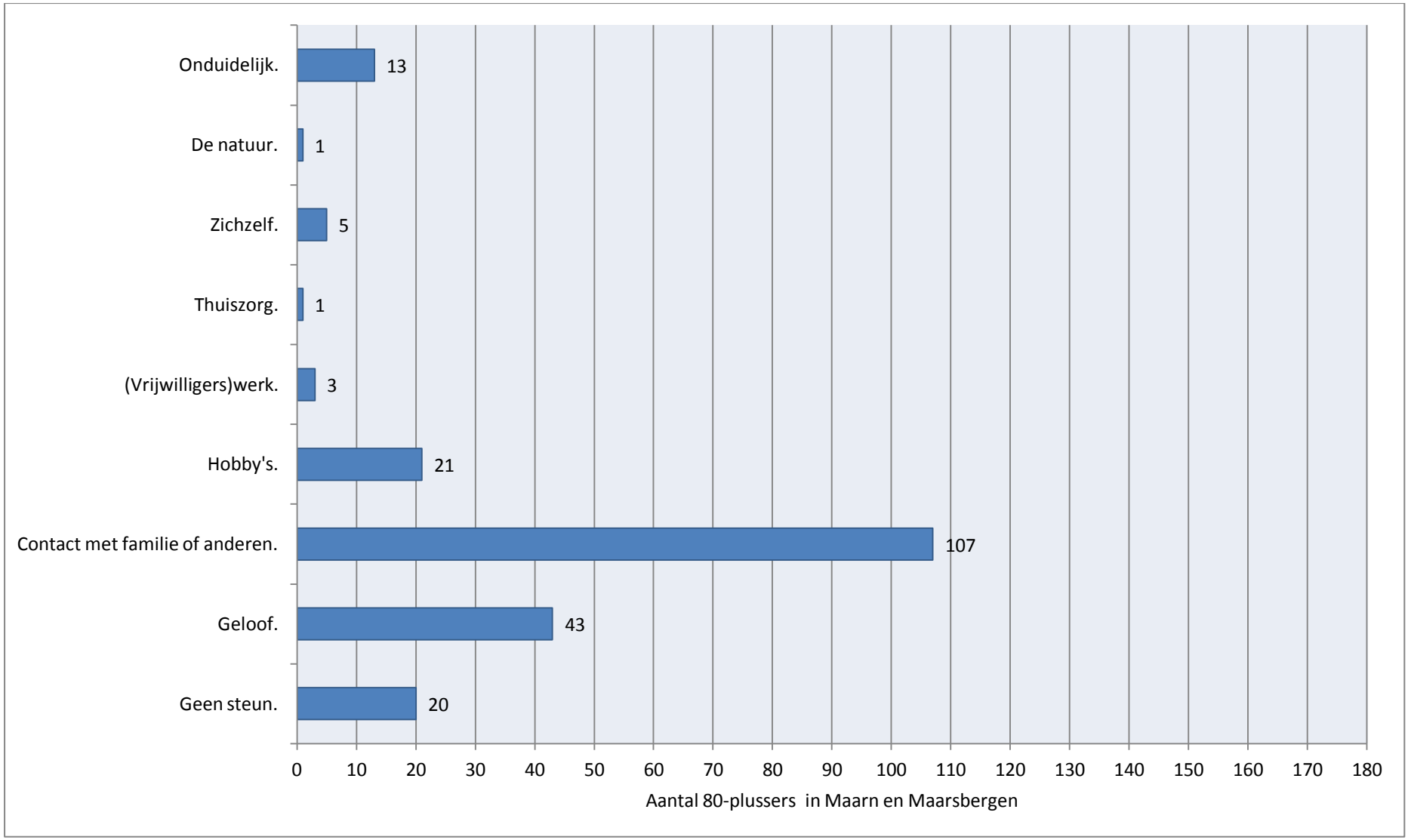
Figuur 31.



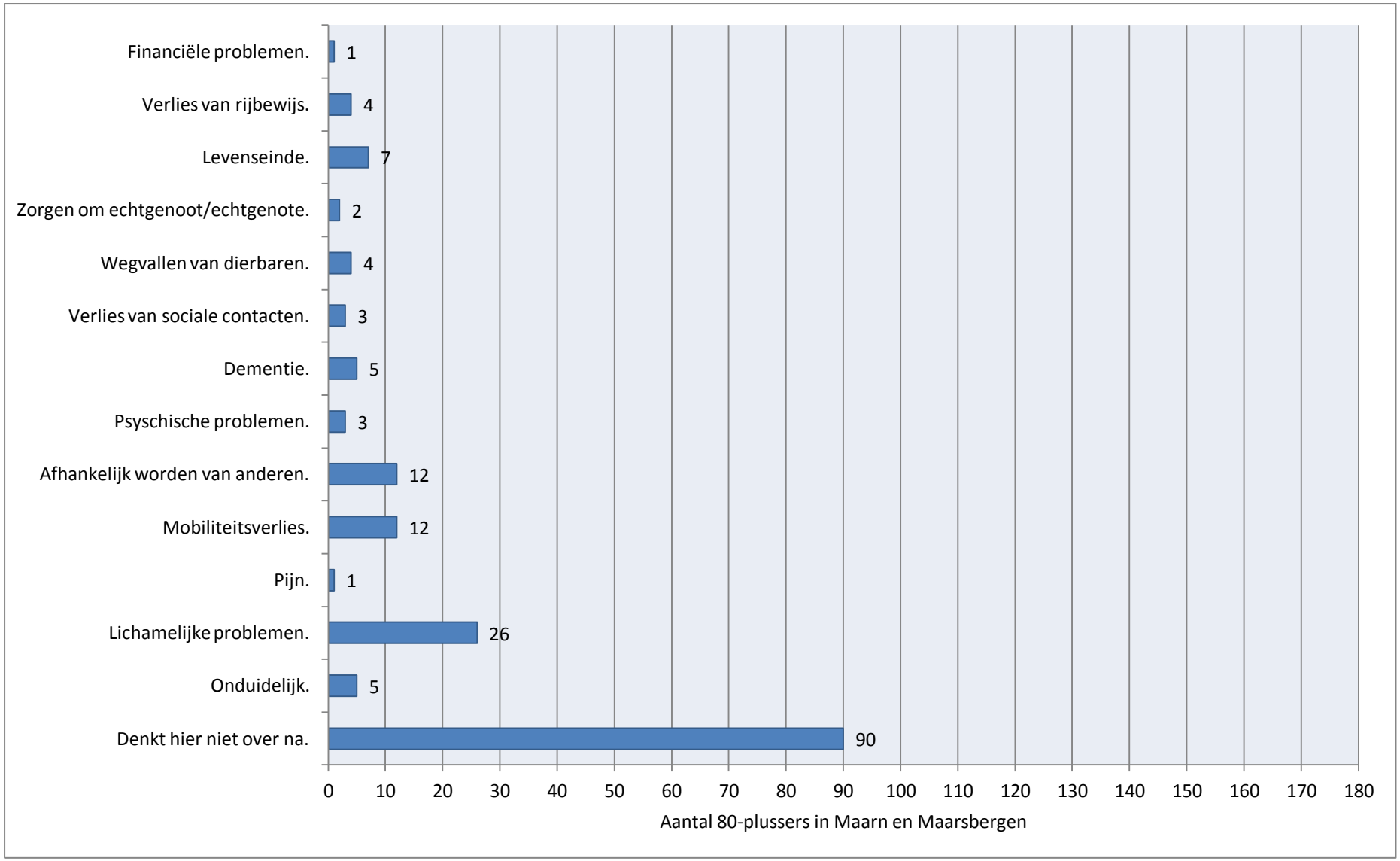
Figuur 32.



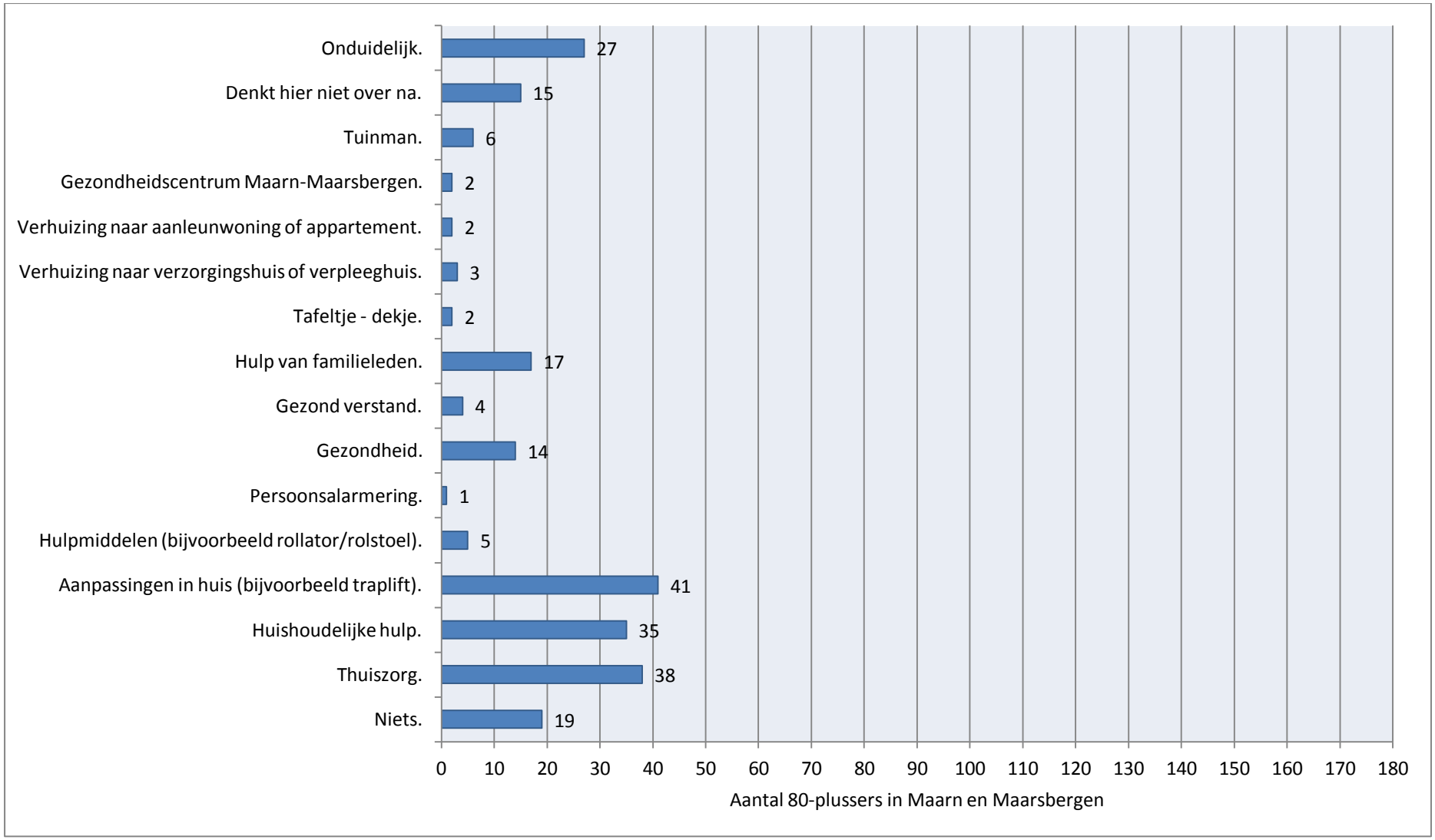
Figuur 33. Reden van leegte.



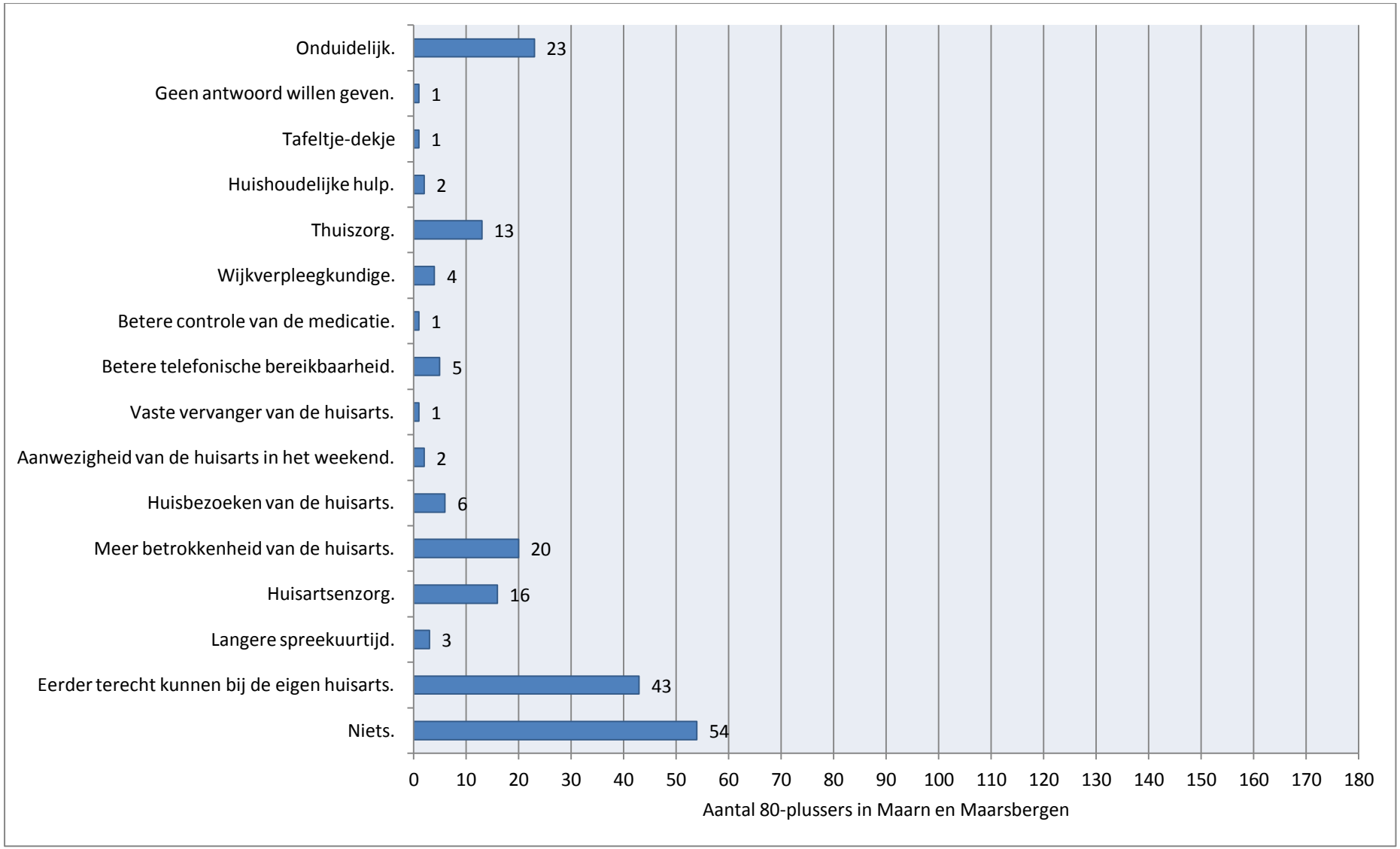
Figuur 34. Ervaren van steun.



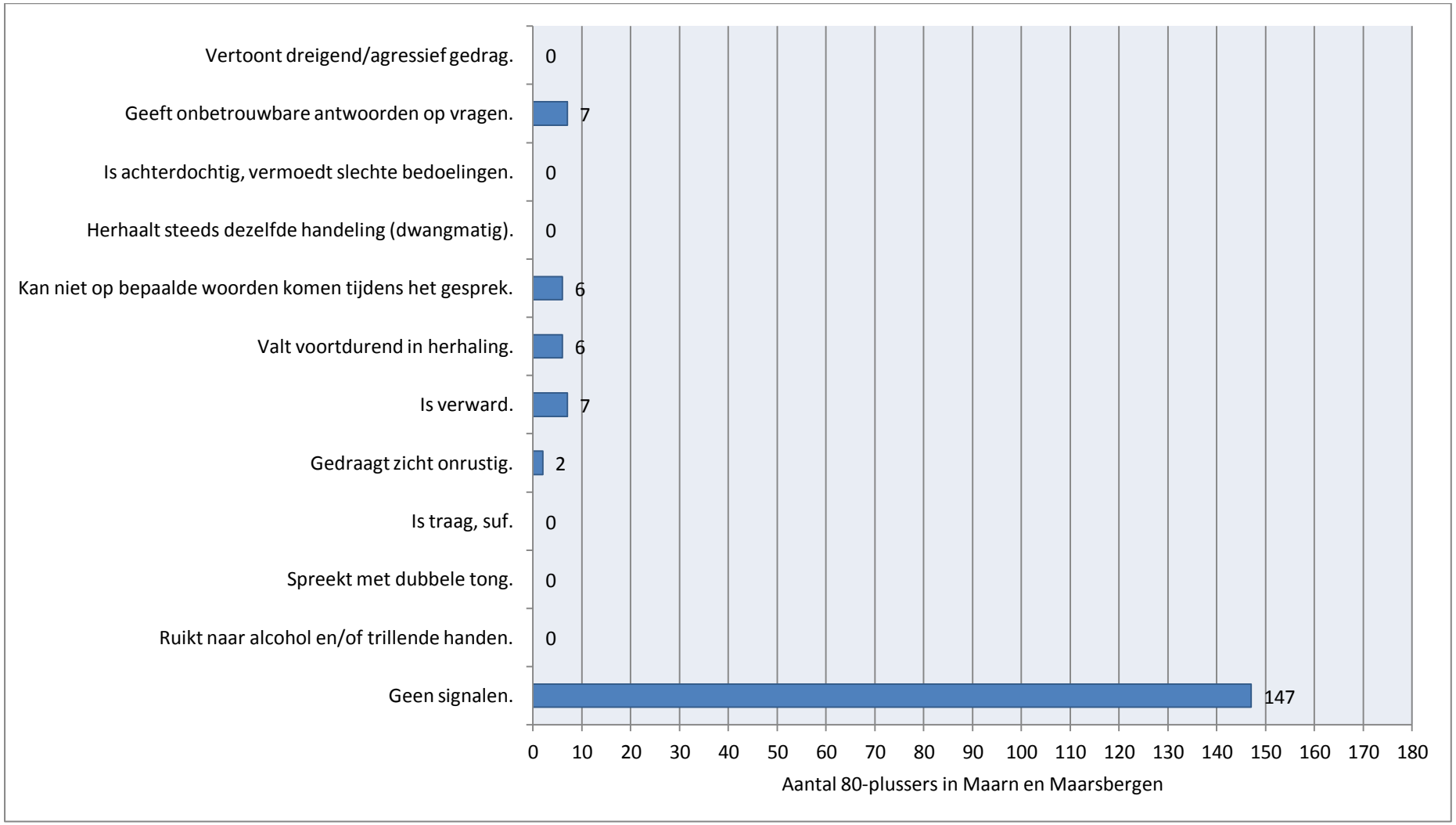
Figuur 35. Problemen wat betreft de toekomst.



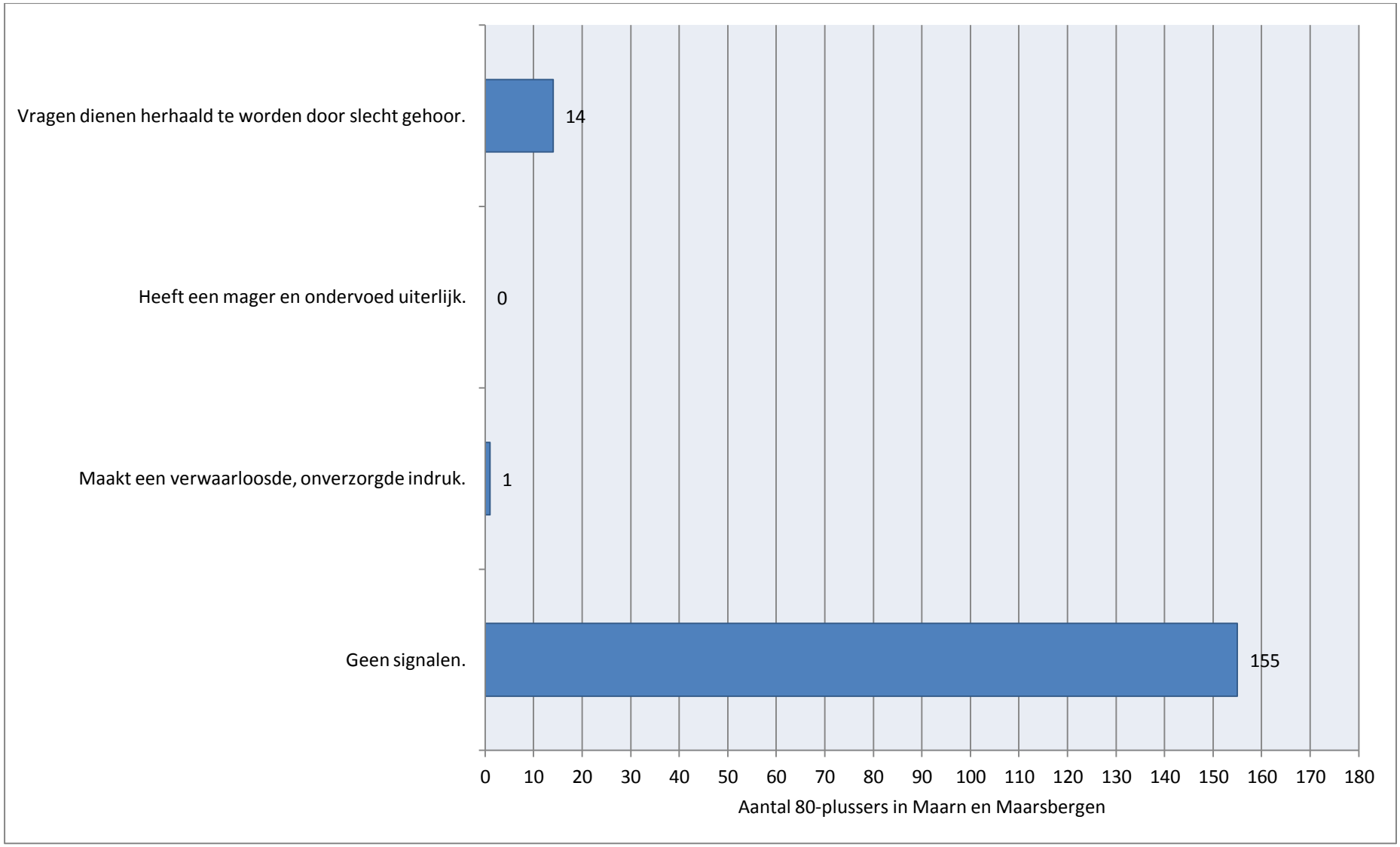
Figuur 36. Benodigdheden om thuis te blijven wonen.



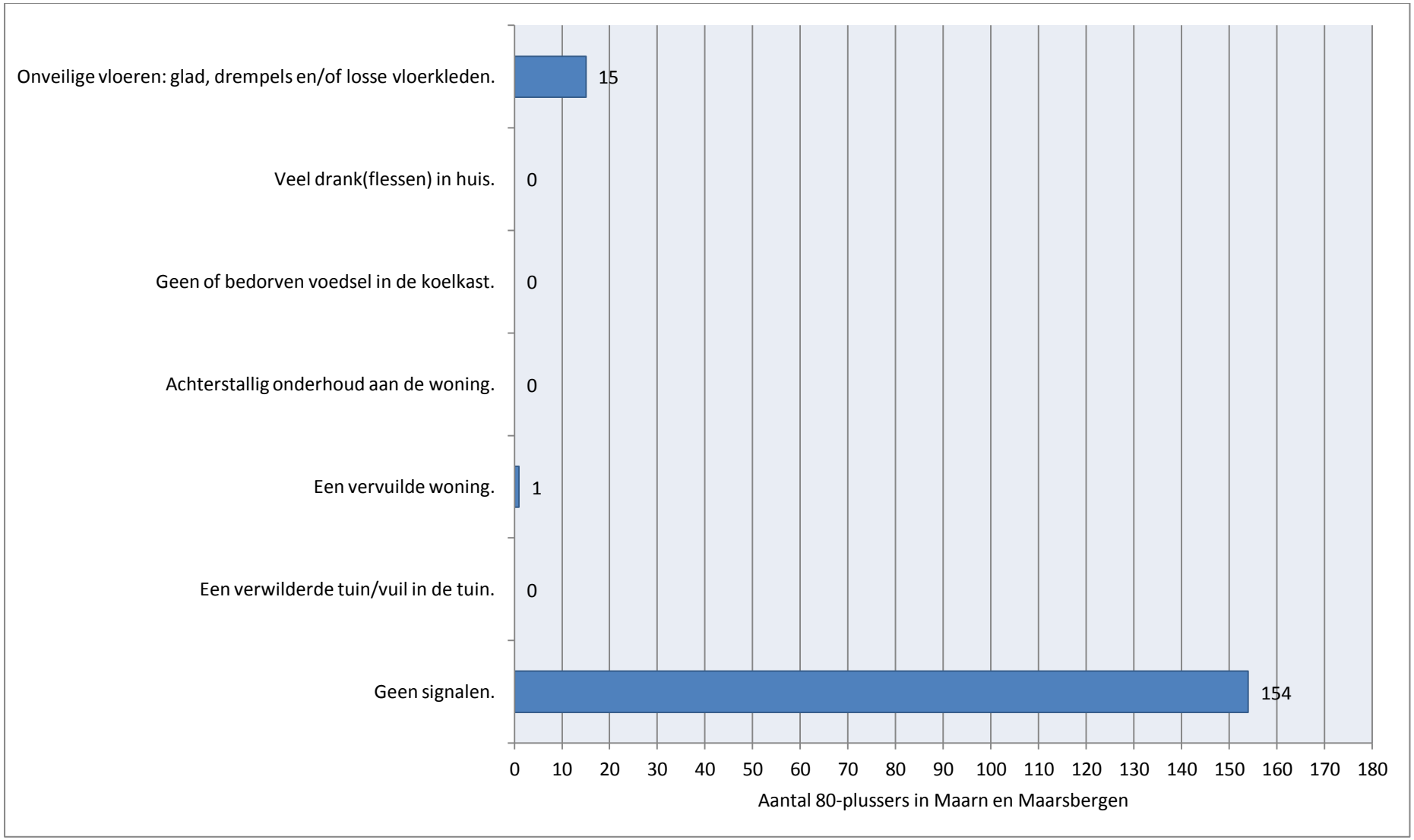
Figuur 37. Benodigdheden van het gezondheidscentrum.



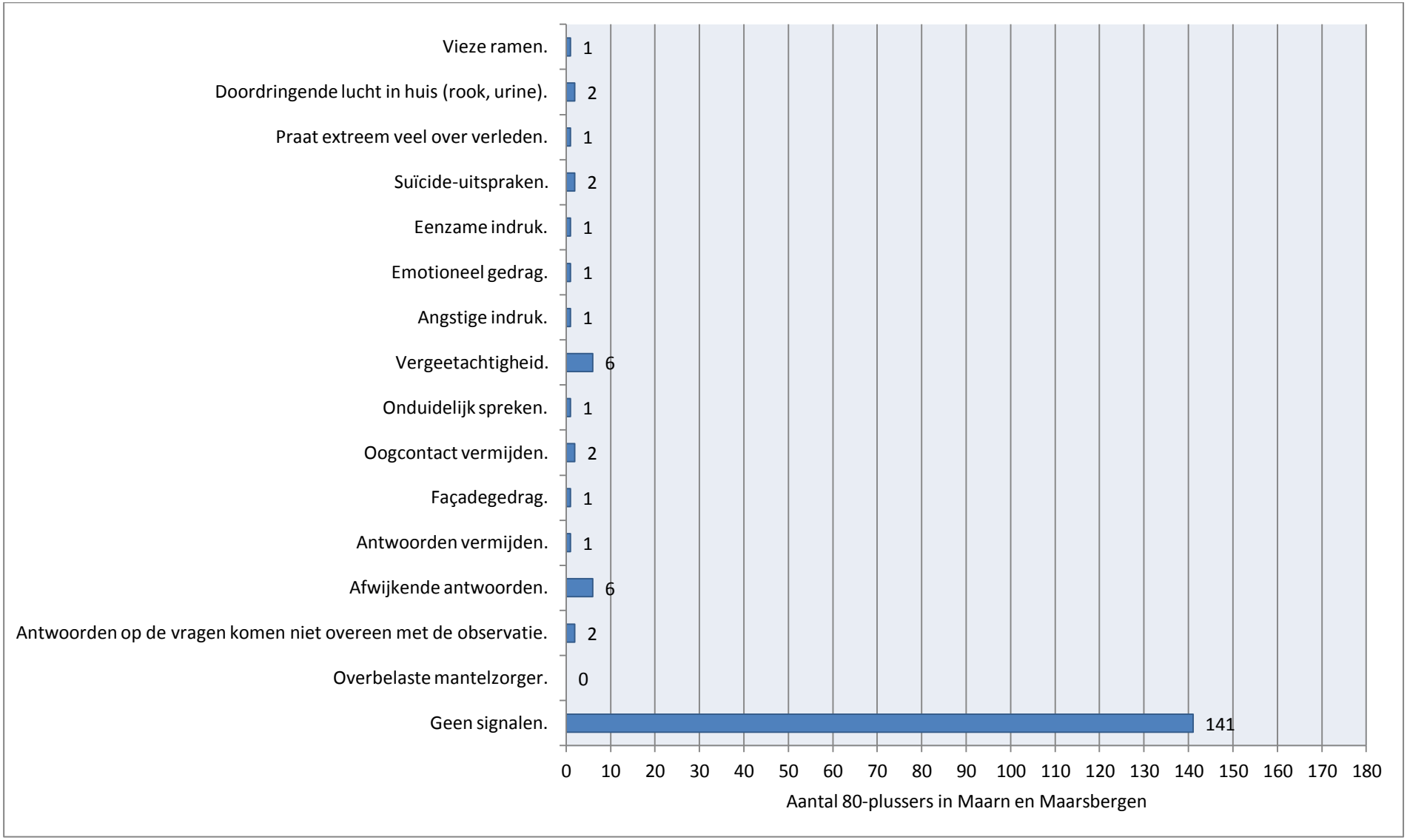
Figuur 38. Prevalentie van geobserveerde signalen op psychisch gebied.



Figuur 39. Prevalentie van geobserveerde lichamelijke signalen.



Figuur 40. Prevalentie van geobserveerde signalen uit de woonomgeving.



Figuur 41. Prevalentie van andere geobserveerde signalen.