

CHRISTELIJKE
HOGESCHOOL
EDE

DEEL I: 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

***“TOT IN JE OUDERDOM BLIJF IK DEZELFDE, TOT IN JE
GRIJSHEID ZAL IK JE STEUNEN” (JESAJA 46: 4A).***

Colofon

Titel	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

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.

Woord vooraf

Geachte lezer,

Voor u ligt het verslag dat geschreven is naar aanleiding van ons afstudeeronderzoek aan de Christelijke Hogeschool in Ede. In het kader van de opleiding hbo-verpleegkunde, zijn wij van februari 2012 tot juli 2012 met dit onderzoek bezig geweest. De opdracht, voor het uitvoeren van dit onderzoek, kwam vanuit het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn.

Op basis van de resultaten worden aanbevelingen gegeven, waarmee het bestuur een beleid kan ontwikkelen voor de zorg aan ouderen. Daarnaast krijgen de huisartsen en de praktijkverpleegkundige meer inzicht in de individuele problemen van hun patiënten.

Zonder hulp van anderen was het niet mogelijk geweest om tot dit resultaat te komen. Allereerst gaat onze dank uit naar Henk van der Linden, projectleider vanuit het gezondheidscentrum en tevens onze opdrachtgever en begeleider vanuit de instelling. Wij zijn erg blij met de organisatorische hulp die hij ons geboden heeft. Daarnaast willen wij Mieke van Eck, Miriam Rutten, Eric van der Snoek en Adrie de Fluitier bedanken voor hun praktische hulp en medewerking.

Ook bedanken wij de andere medewerkers van het gezondheidscentrum voor hun gastvrijheid en betrokkenheid. Dit hebben wij zeer gewaardeerd. Daarnaast willen wij alle 80-plussers in Maarn en Maarsbergen die mee wilden werken aan ons onderzoek, bedanken voor hun openheid tijdens de gesprekken.

Tot slot willen wij Gert Madern, begeleider vanuit de Christelijke Hogeschool Ede, bedanken voor zijn advies, begeleiding en feedback tijdens de afgelopen maanden. De voortgangsgesprekken die wij met hem gevoerd hebben, gaven ons nieuwe inzichten en hielpen ons verder tijdens het proces.

Wij kijken terug op een leerzame afstudeerperiode, waarin wij prettig samengewerkt hebben. Wij hebben onze kennis op het gebied van ouderenzorg kunnen uitbreiden. Daarnaast hebben wij veel ervaring opgedaan in het doen van praktijkonderzoek. Wij hopen en verwachten dat dit onderzoek een positieve bijdrage zal leveren aan de toekomstige zorg voor ouderen in Maarn en Maarsbergen.

Ede, juni 2012

Juliënne Boot

Emmalie van Rij

José van den Top

Brenda Vliek

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn. Na verschillende gesprekken met de projectleider is de volgende vraagstelling tot stand gekomen:

‘Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen en hoe kan het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn en Maarsbergen in Maarn deze uitkomsten verwerken in het beleid voor thuiswonende 80-plussers?’

Om bovenstaande vraag te kunnen beantwoorden, is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Door literatuuronderzoek zijn de meest voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland, met bijbehorende interventies vanuit de huisartsenzorg in Nederland, in kaart gebracht. Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan naar bestaande vragenlijsten die probleemgebieden van ouderen in kaart brengen. Vervolgens is door het afnemen van interviews met een huisarts en een praktijkverpleegkundige, antwoord gezocht op de vraag welke interventies worden uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers vanuit de huisartsenpraktijk in Maarn. Tot slot is bij 170 thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen een vragenlijst afgenomen om de probleemgebieden van deze ouderen te inventariseren.

Uit de resultaten van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat ‘gebrek aan beweging’, ‘tabaksmisbruik’, ‘pijn’, ‘depressie’, ‘incontinentie’, ‘alcoholmisbruik’, ‘polyfarmacie’, ‘eenzaamheid’ en ‘vallen’ de meest voorkomende probleemgebieden zijn bij de onderzochte thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen. De probleemgebieden ‘gehoorproblemen’, ‘visusproblemen’, ‘geheugenproblemen’, ‘therapieontrouw’, ‘ongewild gewichtsverlies’ en ‘ADL afhankelijkheid’ komen in verhouding minder voor bij deze ouderen.

Op basis van de conclusie zijn aanbevelingen tot stand gekomen voor het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn en de verschillende disciplines en instanties in het gezondheidscentrum. De aanbevelingen hebben betrekking op de veelvoorkomende probleemgebieden. Er wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan het maken van samenwerkingsafspraken en het informeren van ouderen over de verschillende mogelijkheden van het gezondheidscentrum. Tenslotte worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven. Door de aanbevelingen in het beleid te verwerken, kan het bestuur de zorg voor thuiswonende ouderen verbeteren.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	5
Samenvatting.....	6
Inhoudsopgave	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Contextbeschrijving	9
1.3 Visie op ouderenzorg.....	10
1.4 Probleemomschrijving.....	11
1.4.1 Probleemstelling.....	11
1.4.2 Doelstelling	11
1.4.3 Vraagstelling	11
1.4.4 Deelvragen.....	11
1.5 Begripsomschrijving.....	11
1.6 Leeswijzer	12
2. Onderzoeksontwerp	13
2.1 Onderzoeksmethode	13
2.2 Meetinstrumenten.....	13
2.3 Populatie	14
2.4 Aanpak van het onderzoek	15
2.5 Dataverzameling en -analyse.....	15
2.6 Validiteit en betrouwbaarheid	15
2.7 Ethische aspecten	16
3. Literatuuronderzoek	17
3.1 Wat zijn veel voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland?	17
3.2 Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Nederland uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van ouderen?.....	24
3.3 Welke vragenlijsten zijn er om de probleemgebieden van ouderen te signaleren?	30
4. Resultaten.....	33
4.1 Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Maarn en Maarsbergen uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers?	33

4.2 Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen?	40
5. Conclusie.....	46
6. Aanbevelingen	49
7. Discussie	52
8. Literatuurlijst	54

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de contextbeschrijving en de visie van de onderzoekers op ouderenzorg beschreven. Ten slotte volgen de probleemomschrijving en de begripsdefiniëring.

1.1 Aanleiding

De vergrijzing in Nederland neemt in snelle mate toe (Sanderse, Verweij & de Beer, 2011). Ook in Maarn en Maarsbergen is sprake van een toename van het aantal ouderen. Het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen wil zich voorbereiden op de toenemende zorgvraag van het groeiend aantal ouderen in Maarn en Maarsbergen. Het bestuur wil zich de komende tijd vooral richten op de behoeften van de 80-plussers. Op basis van de gezondheidsproblemen en de behoeften van de 80-plussers, wil zij een beleid opstellen. Hierdoor zal zowel de kwaliteit van zorg, als het zorgaanbod voor de 80-plussers vergroot worden. Mogelijk neemt hierdoor de kwaliteit van leven van deze ouderen toe. Mede door het opstellen van een beleid voor de 80-plussers, wil het bestuur haar visie waarmaken.

1.2 Contextbeschrijving

Het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn bestaat uit een voorzitter, een penningmeester, een secretaris en een algemeen lid. Daarnaast is een projectleider aangesteld voor de gerichte ondersteuning van de samenwerking tussen het bestuur en alle betrokken disciplines. De projectleider heeft tot slot een verantwoordelijke taak voor organisatorische zaken en het algemeen beleid (Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen, n.d.).

De doelstelling van het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen luidt als volgt:

“Het bevorderen van eerstelijns hulp en -zorgverlening (rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg) aan cliënten van het gezondheidscentrum.” (Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen, n.d.)

De kern van de visie van het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen is het bieden van een vooruitstrevend zorgaanbod. Dit komt tot uiting in de samenwerking met verschillende partners en in de ontwikkeling van het gezondheidscentrum en de betrokken professionals. Er wordt gewerkt met een open oog voor wat in de samenleving gebeurt, met realiteitszin en vooral met aandacht voor de mens. Ook komt in de visie naar voren dat het gezondheidscentrum gericht is op het leveren van kwaliteit van zorg op het gebied van zorg en welzijn aan alle inwoners van Maarn en Maarsbergen. Deze kwaliteit van zorg bestaat uit vakbekwaamheid, betrouwbaarheid en een goede communicatie (Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen, n.d.).

Het beleid voor ouderen in Nederland is erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis moeten blijven wonen. Daarnaast is het, volgens de overheid, belangrijk dat ouderen zo lang mogelijk deel kunnen uitmaken van de samenleving. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de gezondheidszorg voor ouderen (Harbers, 2009). Daarnaast willen steeds meer ouderen langer thuis blijven wonen, zodat zij sociale contacten kunnen opdoen, zelf keuzes kunnen blijven maken en eventueel praktische hulp kunnen krijgen (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2006).

1.3 Visie op ouderenzorg

‘Ouderenzorg’ is een term die tegenwoordig steeds vaker voorkomt in het nieuws en in de actualiteiten. Wij, als bijna afgestudeerde hbo-verpleegkundigen, kunnen hier als beroepsbeoefenaars niet om heen. Wij vinden het van groot belang dat ouderen in Nederland de zorg blijven ontvangen die zij nodig hebben. Wanneer ouderen langer thuis blijven wonen, zal de eerstelijnszorg goed georganiseerd moeten zijn. Hierbij denken wij vooral aan de huisartsenzorg. Onze ervaring tot nu is dat de huisarts voor ouderen een vertrouwd persoon is; iemand die hen echt kent en weet van de zorgen die er zijn. Wij vinden het van groot belang dat ouderen zich welkom blijven voelen in de huisartsenpraktijk en dat zij zich gekend voelen door de medewerkers van de praktijk.

In steeds meer praktijken is een praktijkverpleegkundige werkzaam. Deze functie is naar ons idee een waardevolle toevoeging binnen de huisartsenpraktijk. Wat betreft de ouderenzorg is de praktijkverpleegkundige een belangrijk figuur. Zij heeft de ouderen goed in beeld en kan eventuele gezondheidsproblemen vroegtijdig signaleren. De praktijkverpleegkundige staat dichtbij de (oudere) patiënten, ziet deze patiënten regelmatig en heeft vaak extra spreekuurtijd voor hen. De praktijkverpleegkundige neemt de huisarts veel werk uit handen, waardoor de taken in de praktijk goed verdeeld worden. Volgens ons leidt dit tot een betere kwaliteit van zorg.

Wij vinden het belangrijk dat er binnen de huisartsenpraktijk een goede taakverdeling is, wat betreft de ouderenzorg. Dit onderzoek sluit goed aan bij onze visie op de ouderenzorg, omdat wij zowel de huisarts, als de praktijkverpleegkundige, aanbevelingen kunnen geven om de zorg voor ouderen in Maarn en Maarsbergen te verbeteren. Als toekomstige verpleegkundigen streven wij kwaliteit van zorg na. Wij zien dit onderzoek als een unieke kans om dit streven te combineren met onze afstudeeropdracht.

Onze visie wordt voor een deel gevormd door onze christelijke identiteit. In de Bijbel wordt vol respect over ouderen gesproken. Dit is ook de manier waarop wij naar ouderen kijken: mensen met veel levenswijsheid en levenservaring. Wij willen onze christelijke waarden en normen graag uitdragen in de praktijk. Een belangrijke waarde voor ons is dat ieder mens uniek is. Wij willen ons richten op de gehele mens en zijn omgeving, niet alleen op de gezondheidsproblemen van de mens. Wij willen de ouderen tijdens de gesprekken ruimte bieden om hun verhaal kwijt te kunnen en hen het gevoel geven dat zij mogen zijn wie ze zijn. Door met deze houding dit onderzoek in te gaan, hopen wij onze christelijke identiteit vorm te geven en verder te ontwikkelen.

1.4 Probleemomschrijving

1.4.1 Probleemstelling

Het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen heeft op dit moment geen volledig beeld van de probleemgebieden die aanwezig zijn bij thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen.

1.4.2 Doelstelling

In juni 2012 zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen in kaart gebracht. Op basis van deze resultaten zijn aanbevelingen gegeven, waarmee het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn een beleid kan ontwikkelen, dat vanaf 2015 toegepast kan worden.

1.4.3 Vraagstelling

Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen en hoe kan het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn deze uitkomsten verwerken in het beleid voor thuiswonende 80-plussers?

1.4.4 Deelvragen

1. Wat zijn veel voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland?
2. Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Nederland uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van ouderen?
3. Welke vragenlijsten zijn er om de probleemgebieden van ouderen te signaleren?
4. Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Maarn en Maarsbergen uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers?
5. Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen?

1.5 Begripsomschrijving

80-plussers: Ouderen van 80 jaar en ouder.

Eerstelijnszorg: 'Eerstelijnsgezondheidszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg, alsmede de aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting. De zorg, gericht op de thuisverblijvende patiënt, wordt zo dicht mogelijk bij huis en zo nodig thuis verleend en is voor iedereen en voor ieder gezondheidsprobleem laagdrempelig bereikbaar' (Gezondheidsraad, 2004).

Huisartsenpraktijk: Hieronder verstaan wij een organisatievorm waarin één of meer huisartsen (samen)werken (Thesaurus Zorg en Welzijn, n.d.).

Ouderen: In de literatuur zijn verschillende leeftijdsgrenzen te vinden wanneer wordt gesproken over het begrip 'ouderen'. Dit verschil is afhankelijk van de context waarin het begrip 'ouderen' gebruikt wordt (bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt en bij het gebruik van zorgvoorzieningen) (Harbers, 2009). Wanneer in dit verslag wordt gesproken over het begrip 'ouderen' worden hiermee personen van 65 jaar en ouder bedoeld.

Probleemgebieden: Hieronder verstaan wij zorgproblemen die voorkomen bij ouderen op lichamelijk en psychisch gebied.

1.6 Leeswijzer

Daar waar in het verslag in een mannelijke vorm geschreven wordt, kan ook een vrouwelijke vorm gelezen worden.

Het onderzoeksverslag bestaat uit twee delen. Deel I bestaat uit het hoofdverslag. Deel II bestaat uit de bijlagen.

2. Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk is de verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit wordt triangulatie genoemd (Verhoeven, 2010). Er is gekozen voor triangulatie, omdat dit aansluit bij de opdracht van het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen.

2.1 Onderzoeksmethode

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek wordt gedaan om een goede opzet te kunnen maken, een betrouwbaar onderzoek uit te kunnen voeren en complete vergelijkingen te kunnen doen (Verhoeven, 2010). Door literatuuronderzoek wordt uitgezocht wat de veel voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland zijn, welke interventies vanuit de huisartsenzorg in Nederland uitgevoerd worden met betrekking tot de probleemgebieden van ouderen en welke vragenlijsten er zijn om de probleemgebieden van ouderen te signaleren.

Semi-gestructureerde interviews

Het afnemen van semi-gestructureerde interviews is een kwalitatieve onderzoeksmethode. In dit onderzoek wordt door semi-gestructureerde interviews in kaart gebracht welke huidige interventies voor 80-plussers uitgevoerd worden door de huisartsen en de praktijkverpleegkundige van het Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn (Verhoeven, 2010).

Surveyonderzoek

Surveyonderzoek is een kwantitatieve onderzoeksmethode, waardoor meningen, opinies, houdingen en kennis van verschillende groepen gemeten kan worden. Door surveyonderzoek, ook wel vragenlijstonderzoek genoemd, worden de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen in kaart gebracht. Een deel van het surveyonderzoek moet kwalitatief geanalyseerd worden, omdat er vijf open vragen zijn opgenomen in de vragenlijst (Verhoeven, 2010).

2.2 Meetinstrumenten

Interviews

Om inzicht te krijgen in de huidige interventies die vanuit de huisartsenzorg in Maarn en Maarsbergen uitgevoerd worden met betrekking tot genoemde probleemgebieden, worden een huisarts en praktijkverpleegkundige geïnterviewd. De vragen zullen gaan over de organisatie van de zorg voor 80-plussers vanuit de huisartsenpraktijk. De vragen voor dit interview bevinden zich in bijlage 8.

Vragenlijst

Om de probleemgebieden van 80-plussers in Maarn en Maarsbergen in kaart te brengen is een vragenlijst ontwikkeld. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, behorend bij de deelvragen 1 en 3. Daarnaast is gebruik gemaakt van de vragenlijst van (G)oud, die vanuit het gezondheidscentrum aangereikt is (zie bijlage 3).

De vragenlijst bestaat uit algemene vragen, vragen over de gezondheid van de ouderen en vragen over de toekomstverwachtingen en de behoeften van de ouderen (zie bijlage 6). Om een algemene indruk te krijgen van de 80-plussers wordt gevraagd naar de burgerlijke staat, de samenstelling van het huishouden en de hoogst afgemaakte opleiding. De vragen over de gezondheid van de 80-plussers zijn gebaseerd op de probleemgebieden vanuit het literatuuronderzoek. Daarnaast wil het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen weten tegen welke problemen 80-plussers denken aan te lopen in de toekomst, wat hun behoeften zijn en wat zij nodig denken te hebben van het gezondheidscentrum om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Hiervoor zijn drie open vragen opgenomen in de vragenlijst.

2.3 Populatie

Onderzoekspopulatie

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag (zie paragraaf 1.4.3) worden de 80-plussers uit Maarn en Maarsbergen benaderd. In eerste instantie was gekozen om dit onderzoek uit te voeren onder personen van 75 jaar en ouder. Deze onderzoekspopulatie bleek echter te groot om het onderzoek binnen de beschikbare tijd uit te voeren. Om deze reden is gekozen voor de populatie van 80-plussers. In Maarn en Maarsbergen wonen 295 ouderen vanaf 80 jaar. De ouderen bestaan uit 115 mannen en 180 vrouwen (Centraal Bureau voor Statistiek, 2008). Uit het Huisartsen Informatie Systeem [HIS] is gebleken dat 344 80-plussers ingeschreven staan bij de huisartsenpraktijk. Van de hoeveelheid 80-plussers die staan ingeschreven in de huisartsenpraktijk wonen 49 ouderen buiten Maarn en Maarsbergen.

Steekproef

In dit onderzoek wordt een quotasteekproef gedaan. Bij een quotasteekproef wordt de populatie verdeeld in een aantal strata. Het gaat om een gerichte selectie (Plooi, 2009). De huisartsen van het gezondheidscentrum hebben patiënten geselecteerd die benaderd worden. Van de 344 80-plussers worden 250 patiënten schriftelijk uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek.

Inclusiecriteria:

- Patiënten van 80 jaar en ouder.
- Patiënten die in het jaar 2012 80 jaar worden.

Exclusiecriteria:

- Patiënten die voldoende in beeld bij de thuiszorg zijn, wat betekent dat de zorgbehoeften van de patiënten bekend zijn.
- Patiënten die binnenkort gaan verhuizen.
- Patiënten die binnenkort worden opgenomen in een intramurale instelling.
- Patiënten die zich bevinden in de pre-terminale fase.

2.4 Aanpak van het onderzoek

Bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines en databanken zoals Google, Google Books, Google Scholar, Pubmed, Hbo-Voorsprong en Springerlink. Hierbij wordt onder andere gezocht met de volgende zoekwoorden: 'probleemgebieden', 'interventies huisarts en praktijkverpleegkunde', 'prevalentie', 'Trazag', 'TFI', 'GFI' en 'EASYCARE'. Daarnaast worden de probleemgebieden (zie paragraaf 3.1) als zoekwoorden gebruikt.

Voor het afnemen van semi-gestructureerde interviews zijn van tevoren vragen opgesteld. Daarnaast is tijdens het interview ruimte voor de eigen inbreng van de respondent (Verhoeven, 2010).

Om uit te zoeken wat de probleemgebieden zijn van de 80-plussers, wordt in samenwerking met de projectleider van het Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen, een brief verstuurd naar de thuiswonende 80-plussers met de vraag of zij hun medewerking willen verlenen aan het onderzoek. De praktijkassistente van het gezondheidscentrum zoekt telefonisch contact met 250 80-plussers. Dit zorgt mogelijk voor meer vertrouwen, waardoor de kans dat de 80-plussers meewerken aan het onderzoek, vergroot wordt. Het aantal patiënten bij wie de vragenlijst afgenomen wordt, is afhankelijk van de bereidheid van de patiënten om mee te werken aan het onderzoek. Het streven is om bij minimaal 150 80-plussers de vragenlijst af te nemen. Dit aantal is gekozen om een zo hoog mogelijk betrouwbaarheidsniveau te bereiken. Daarnaast is rekening gehouden met de beschikbare tijd voor het praktijkonderzoek.

2.5 Dataverzameling en -analyse

De interviews met de huisarts en de praktijkverpleegkundige zullen opgenomen worden. Vervolgens zal van deze gesprekken een verbatim geschreven worden, waarna de informatie gelabeld, gefragmenteerd en gecategoriseerd zal worden.

De gegevens die verkregen worden door het afnemen van de vragenlijsten, worden verwerkt in het statistisch computerprogramma SPSS 18.0. Hiervoor is gebruik gemaakt van een codeboek. Dit codeboek is te vinden in bijlage 9. Daarnaast worden de gegevens ook ingevoerd in een spreadsheet, om op deze manier de individuele patiëntengegevens inzichtelijk te maken voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk. Alle patiënten worden aan een respondentnummer gekoppeld. De gegevens worden per patiënt, per vraag ingevoerd. De antwoorden op vijf open vragen die aan de vragenlijst zijn toegevoegd, worden ook in de spreadsheet ingevoerd. Vervolgens worden deze gegevens gelabeld.

2.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin, bij herhaling van het onderzoek onder dezelfde omstandigheden, dezelfde resultaten worden gemeten. Bij validiteit gaat het om: "Meet ik wat ik wil meten?" en om het voorkomen van systematische fouten (Verhoeven, 2010).

Er wordt op de volgende manieren rekening gehouden met validiteit en betrouwbaarheid:

- De interviews met de huisarts en de praktijkverpleegkundige worden individueel afgenomen. Zo kunnen de geïnterviewden elkaars visie niet beïnvloeden.
- De interviews met de huisarts en praktijkverpleegkundige worden door twee onderzoekers afgenomen. Deze interviews worden opgenomen en deze opnamen worden gebruikt bij het uitwerken van de interviews.
- Het streven is om bij minimaal 150 patiënten de vragenlijst af te nemen. Hierdoor wordt het betrouwbaarheidsniveau van het onderzoek groter, omdat het totale beeld van de 80-plussers op deze manier vollediger wordt.
- Bij het afnemen van de vragenlijsten bij de 80-plussers, wordt gekozen om de tweetallen af te wisselen. De kans op bias neemt af, omdat de tweetallen op deze manier niet hun eigen manier van vragen stellen creëren.
- Er is een vragenlijst opgesteld die aansluit bij de gevonden probleemgebieden. Hierdoor is geprobeerd de validiteit van het onderzoek te vergroten.
- Voorafgaand aan de huisbezoeken wordt niet gekeken in de patiëntendossiers. Op deze manier gaan de onderzoekers onbevooroordeeld het gesprek in.
- Om rekening te houden met intersubjectiviteit, worden tijdens het gehele onderzoek de onderdelen gezamenlijk besproken en geëvalueerd.

2.7 Ethische aspecten

Een onderzoek is ethisch verantwoord als er geen valse voorstelling van zaken wordt gegeven, de patiënten vrijwillig meewerken en de uitkomsten van het onderzoek geen nadelige effecten hebben op de patiënten (Baarda & Goede, 2006).

In dit onderzoek wordt rekening gehouden met ethische aspecten, zoals privacy en rechten van de patiënt. Aan de 80-plussers wordt toestemming gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Allereerst ontvangen de patiënten een brief met informatie over het onderzoek, waarin zij uitgenodigd worden om mee te werken (zie bijlage 5). Vervolgens neemt de praktijkassistente telefonisch contact op met de patiënten, om uitleg te geven over het onderzoek en om toestemming te vragen voor medewerking aan het onderzoek. Vervolgens maakt zij eventueel een afspraak met de patiënt. In de genoemde brief wordt uitgelegd dat de informatie die patiënten geven, enerzijds niet anoniem (voor in het patiëntendossier bij de huisarts) en anderzijds anoniem (voor het in kaart brengen van de probleemgebieden van 80-plussers in Maarn en Maarsbergen) wordt gebruikt. Dit benoemen de onderzoekers ook bij het afnemen van de vragenlijsten. Ook wordt aangegeven dat de patiënten recht hebben om op vragen geen antwoord te geven. Aan het einde van elk huisbezoek laten de onderzoekers een brief achter, waarin kort nog een keer de inhoud van het onderzoek uitgelegd wordt en de namen van de onderzoekers vermeld staan (zie bijlage 7). Ook worden de ouderen over het onderzoek geïnformeerd via de website van het gezondheidscentrum (zie bijlage 4). Met de gegevens van de patiënten wordt vertrouwelijk omgegaan. Deze gegevens zijn alleen inzichtelijk voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk.

3. Literatuuronderzoek

Voor het beantwoorden van de eerste drie deelvragen wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Tijdens dit onderzoek komen verschillende aspecten aan de orde. Bij de eerste deelvraag wordt gekeken naar de verschillende probleemgebieden die voorkomen bij ouderen. Bij de tweede deelvraag wordt gekeken naar de interventies die vanuit de huisartsenzorg in Nederland worden uitgevoerd, met betrekking tot deze probleemgebieden. Bij de derde deelvraag komen de verschillende vragenlijsten aan de orde, die gebruikt zijn bij de totstandkoming van de vragenlijst die afgenomen wordt bij de thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen.

In de bijlagen 1 en 2 is aanvullende informatie opgenomen over de veelvoorkomende probleemgebieden en de bijbehorende interventies.

3.1 Wat zijn veel voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland?

Bij geriatrische patiënten worden onder probleemgebieden de meest voorkomende aandoeningen verstaan die bij ouderen voorkomen. Deze aandoeningen zijn vaak acuut, subacuut of chronisch. De aandoeningen kunnen tot functioneringsstoornissen leiden, maar ook tot afhankelijkheid (Jansen, Van der Laan & Schols, 2007). In dit onderzoek is gekozen om bovenstaande definitie aan te houden wanneer gesproken wordt over probleemgebieden onder ouderen.

Na literatuuronderzoek zijn de volgende probleemgebieden bij ouderen vanaf 65 jaar gevonden: 'Communicatie met niet Nederlands sprekende mensen', 'polyfarmacie', 'ondervoeding', 'incontinentie', 'ADL afhankelijkheid', 'vallen', 'decubitus', 'visus- of gehoorproblemen', 'delier', 'dementie', 'pijn' en 'depressie' (Hoogerduijn, 2008).

Er is gekozen om de probleemgebieden 'communicatie met niet Nederlands sprekende mensen', 'delier' en 'decubitus' niet op te nemen in de vragenlijst die wordt afgenomen bij de 80-plussers in Maarn en Maarsbergen. Dit vanwege het feit dat in Maarn en Maarsbergen geen allochtone ouderen vanaf 80 jaar wonen, waardoor het probleemgebied 'communicatie met niet Nederlandse sprekende mensen', niet van toepassing is (Statline Centraal Bureau Statistiek, 2011). Daarnaast is gekozen om 'delier' niet op te nemen in de vragenlijst. Dit vanwege het feit dat een delier in Nederland zelden in een ontslagbrief of ontslagdiagnoselijst vanuit het ziekenhuis wordt vermeldt (Stroomer-van Wijk, 2011). Decubitus wordt niet opgenomen in de vragenlijst, maar is wel uitgewerkt in deze deelvraag. Dit is gedaan omdat decubitus bij 9,7% van de 4.557 ouderen in Nederland vanaf 65 jaar die thuiszorg ontvangen voorkomt (Halfens, Schoonhoven, Weststrate & Groen, 2007). Uit de resultaten van dit onderzoek kan naar voren komen dat meerdere ouderen een groot risico lopen om decubitus te krijgen, doordat ze te maken hebben met de risicofactoren van decubitus die later in dit hoofdstuk beschreven worden.

Na overleg met de praktijkverpleegkundige en de huisartsen van gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn, is besloten om het alcoholgebruik van de 80-plussers te verwerken in de vragenlijst. Volgens de medewerkers van het gezondheidscentrum zijn er veel discrete drinkers. De onderzoekers vinden het, vanuit verpleegkundig oogpunt, belangrijk om de problemen die kunnen samenhangen met de leefstijl van de oudere, in kaart te brengen. Het vragen naar de rookstatus en het beweegpatroon zijn hierdoor ook waardevolle toevoegingen. Hierdoor krijgen de onderzoekers een volledig beeld van de gezondheidssituatie van de oudere. Daarnaast kwam uit de vragenlijst van (G)oud (zie bijlage 3), die vanuit het gezondheidscentrum werd aangereikt voor het onderzoek, naar voren dat 'overbelasting mantelzorger' ook een aandachtsgebied kan zijn bij ouderen. Dit onderwerp wordt daarom ook beschreven in het literatuuronderzoek.

Pijn

Pijn is een algemeen begrip en heeft meestal een duidelijke oorzaak. Ergens in het lichaam is iets beschadigd, bijvoorbeeld in de zenuw, of functioneert iets niet zoals het hoort. Soms is er geen duidelijke oorzaak voor pijn. Angst, spanning, eenzaamheid en onzekerheid kunnen de pijn verergeren (Gelmers, 2010; Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG], 2008).

Chronische pijn is de meest voorkomende vorm van pijn bij thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar. Dit is de pijn die maanden tot jaren duurt (Van Achterberg, Bours, Eliens & Strijbol, 2010). Chronische pijn kan veel verschillende oorzaken hebben, maar gaat vaak gepaard met comorbiditeit. Deze vorm van pijn kan ernstige gevolgen hebben voor het lichamelijke, psychologische en sociale functioneren. Uit onderzoek is gebleken dat het ervaren van pijn bij ouderen afhangt van de lichamelijke en psychosociale factoren. Ouderen kunnen niet altijd aangeven dat er pijn aanwezig is. Dit hangt af van de aandoeningen waarmee zij te maken hebben. Bij ouderen met vasculaire dementie wordt pijn intenser beleefd dan bij ouderen zonder enige vorm van dementie (Verenso, 2011).

Chronische pijn komt voor bij 25% - 50% van de zelfstandig thuiswonende ouderen. Hiervan is 32% vrouw en 23% man (Effectieve ouderenzorg, n.d.). Comorbiditeit veroorzaakt de hoge prevalentie van pijn bij ouderen vanaf 65 jaar (Verenso, 2011).

Polyfarmacie

Het begrip polyfarmacie wordt omschreven als: "Het gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen in een jaar" (Van Dijk, Verheij & Schellevis, 2009, p.315).

Er zijn verschillende oorzaken van polyfarmacie. Een van de oorzaken is de toename van het aantal ouderen met een chronische aandoening, waarbij vrouwen vaker een aandoening hebben dan mannen. Daarnaast wordt polyfarmacie veroorzaakt door de gestage groei van de diverse soorten geneesmiddelen, waardoor artsen steeds vaker verschillende geneesmiddelen voor kunnen schrijven (Jobse, Mulder, ter Borgh & Grundmeijer, 2009). Polyfarmacie is een probleem onder ouderen, omdat

zij vaak meerdere en verschillende medicamenten gebruiken. Hierdoor wordt de kans op een ziekenhuisopname, op bijwerkingen en op therapieontrouw verhoogd (Jobse et al., 2009).

Bij 44,3% van de ouderen vanaf 65 jaar komt polyfarmacie voor. Uit literatuuronderzoek blijkt dat aan 51% van de ouderen van 75 jaar - 84 jaar, vijf of meer verschillende medicijnen wordt voorgeschreven. Bij de leeftijd vanaf 85 jaar komt dit voor bij 49% van de ouderen. Er is onderzoek gedaan naar het percentage van de ouderen dat in de thuissituatie vijf of meer geneesmiddelen gebruikt. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat polyfarmacie voor komt bij 8% - 22% van de thuiswonende ouderen (Van Dijk et al., 2009; Keeman, de Leeuw, Mazel & Zitman, 2006).

ADL afhankelijkheid

De afkorting ADL staat voor Activiteiten van het Dagelijks Leven. Onder het begrip ADL vallen verschillende activiteiten: persoonlijke verzorging, toiletgebruik, aan- en uitkleden, nemen van bad of douche, eten, continentie van urine en continentie van ontlasting. Onder ADL vallen niet de huishoudelijke verrichtingen in het dagelijks leven (HDL) en de instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL) (Van Achterberg et al., 2010).

Er is voor gekozen om dit probleemgebied niet verder uit te werken, omdat afhankelijkheid van ADL samengaat met andere probleemgebieden, die in het literatuuronderzoek afzonderlijk van elkaar worden uitgewerkt (Van Achterberg et al., 2010).

Incontinentie

Bij incontinentie verliest men ongewild urine (Abrams et al., 2002). Er zijn veel verschillende vormen van incontinentie. De meest voorkomende vormen bij ouderen zijn urge-incontinentie en stress-incontinentie (Beers, Fletcher, Chir, Jones, Porter et al., 2005).

In onderstaande tabel (figuur 1) is het aantal mannen en vrouwen beschreven dat te maken heeft met urine-incontinentie (Teunissen, 2006). Hieruit kan geconcludeerd worden dat urine-incontinentie vaker bij vrouwen voor komt dan bij mannen.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
75 jaar - 79 jaar	14%	36%
80 jaar en ouder	21%	38%

Figuur 1: Prevalentie urine-incontinentie bij mannen en vrouwen

Vallen

Vallen is één van de grootste gezondheidsproblemen bij ouderen. Een valpartij wordt gedefinieerd als "een onbedoelde verandering van de lichaamspositie waarbij men neerkomt op de grond of een ander lager niveau" (Gibson, Andres, Isaacs, Radebaugh & Worm-Petersen, 1987). Er bestaat geen duidelijke oorzaak voor vallen, maar er kan uitgegaan worden van het feit dat verschillende

risicofactoren tegelijkertijd een rol spelen (VMS Veiligheidsprogramma, 2009). Vallen komt vaker voor bij ouderen, dan bij jongeren. Dit komt doordat ouderen een veranderd gezichtsvermogen en een verminderd reactievermogen krijgen en een afname van de balans en de spierkracht optreedt. Daarnaast komt bij ouderen vaker comorbiditeit voor, wat het valrisico kan vergroten. Uit onderzoek is gebleken dat 328.000 ouderen vanaf 75 jaar comorbiditeit hebben (Van Achterberg et al., 2010; Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, 2003-2007).

Er bestaan intrinsieke en extrinsieke risicofactoren voor vallen. Met intrinsieke risicofactoren worden persoonsgebonden risicofactoren bedoeld en met extrinsieke risicofactoren worden omgevingsgerelateerde risicofactoren bedoeld. Onder intrinsieke risicofactoren vallen mobiliteitsstoornissen, duizeligheid, evenwichtsstoornissen, stoornissen aan de zintuigen, cognitieve stoornissen, zoals dementie en depressie, en beperkingen bij de uitscheiding (Van Achterberg et al., 2010). Ook polyfarmacie en psychotrope medicatie kunnen risicofactoren zijn voor het vallen, omdat extrapiramidale bijwerkingen kunnen optreden (Bruijnzeel, 2005). Bij extrinsieke risicofactoren kan gedacht worden aan ongelijke vloeren, een onbekende omgeving en onstabiele meubels (Van Achterberg et al., 2010). Valincidenten bij ouderen vanaf 75 jaar hebben vaak negatieve gevolgen. 30% - 50% van de ouderen loopt verstuikingen, snijwonden en kneuzingen op. Bij 10% - 15% van de ouderen komen ernstige verwondingen voor, waarvan 5% - 10% van de ouderen een fractuur oploopt. Een valincident is de vijfde belangrijkste doodsoorzaak bij ouderen vanaf 75 jaar. Ook kunnen na een val psychologische gevolgen optreden, zoals valangst, verlies van zelfvertrouwen en angst. Hierdoor kan de mobiliteit afnemen, wat het valrisico verhoogt. Ook raakt een oudere sneller in een sociaal isolement, doordat hij zich niet durft te verplaatsen. De kans om opgenomen te worden in een verzorgingshuis of verpleeghuis neemt toe, doordat letsels optreden die niet snel genezen (Dejaegera, Boonenb, Coussementc & Milisend, 2009).

Er zijn geen exacte cijfers te vinden over valincidenten bij ouderen, maar na uitgebreid onderzoek is een aantal feiten gevonden. In de periode van 2007 - 2009 kwamen 72.000 65-plussers op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van verschillende ziekenhuizen terecht. 11.000 ouderen van de 72.000 ouderen liepen een heupfractuur op. Hierdoor neemt de (ADL)zelfstandigheid af, waardoor ouderen steeds meer hulpbehoevend zijn. Van deze 72.000 65-plussers overleden 1.800 ouderen door de val. In de periode van 2005 - 2009 is het percentage 65-plussers dat na de val naar het ziekenhuis is gebracht met 22% gestegen (Stichting Consument en Veiligheid, 2011).

Visusproblemen

Met visusproblemen worden veel verschillende aandoeningen aan het gezichtsvermogen bedoeld. De meest voorkomende en belangrijkste aandoeningen bij ouderen vanaf 65 jaar zijn: cataract, diabetische retinopathie, glaucoom en maculadegeneratie. Doordat het gezichtsvermogen afneemt, kunnen ouderen sociaal afhankelijk worden en wordt het risico op vallen en andere ongevallen verhoogd. Ook de kwaliteit van het leven kan door visusproblemen verminderd worden (Jansen et al., 2007).

Gehoorproblemen

Bij slechthorendheid is sprake van een verminderd waarnemen van geluid en het slechter verstaan van stemmen. Er zijn twee typen slechthorendheid, namelijk geleidings- en perceptieslechthorendheid. Bij geleidingsslechthorendheid is het middenoor of de uitwendige gehoorgang aangetast en bij perceptieslechthorendheid is het slakkenhuis of auditieve zenuwstelsel beschadigd.

Slechthorendheid kan worden veroorzaakt door presbycusis (ouderdomsslechthorendheid) of een afsluiting van de uitwendige gehoorgang doordat teveel oorsmeer aanwezig is. Bij presbycusis worden eerst de hoge en geleidelijk aan de lage frequenties aangedaan (Eulderink, Heeren, Knook & Ligthart, 2008; Van der Kruk, Salentijn & Schuurmans, 2007). De gevolgen van gehoorproblemen bij ouderen kunnen problemen veroorzaken in het persoonlijke en sociale leven. Ouderen maken moeizamer contact of trekken zich terug uit een groep (Wiersma, Boukes, Geijer & Goudswaard, 2008).

In Nederland ondervinden 418.100 personen vanaf 12 jaar een probleem met het gehoor tijdens een gesprek met één persoon. Hiervan is 25,45% 75 jaar en ouder. Daarnaast ondervinden 1.983.000 Nederlanders boven de 12 jaar hinder in een gesprek met 3 of meer personen. Hiervan is 22,21% 75 jaar en ouder (Gommer & Poos, 2010).

Ondervoeding

Ouderen kunnen minder gaan eten door verschillende risicofactoren, zoals een verminderde eetlust, verminderde geur- en smaakbeleving en problemen met het gebit. Daarnaast kunnen depressie, eenzaamheid en medicatiegebruik ook een rol spelen bij een verminderde eetlust. Doordat er niet voldoende voeding binnenkomt, krijgt de oudere te weinig energie en voedingsstoffen binnen. Het lichaam gebruikt de reservevoorraden die in het vet- en spierweefsel zijn opgeslagen, om zo nog goed te functioneren. Daardoor atrofiëren vet en spieren; dit leidt uiteindelijk tot het dunner en zwakker worden van de oudere. Er wordt uiteindelijk gesproken van ondervoeding bij een gewichtsverlies van meer dan 5% van het totale gewicht in de laatste maand of 10% van het totale gewicht in het laatste half jaar (Mensink, et al., 2010; NHG, 2010; Nutricia, n.d.).

Een oudere met ondervoeding heeft eerder kans op infecties of decubitus, omdat de weerstand en de belastbaarheid afnemen (Schim van der Loeff-van Veen, 2010).

Uit een onderzoek in 2009-2010 onder 814 patiënten die thuiszorg ontvingen, is gebleken dat 36,2% van de ouderen van 80 jaar - 84 jaar en 32,8% van de ouderen vanaf 85 jaar ondervoeding heeft. Ook is in deze periode onderzoek gedaan onder 1.878 patiënten in de huisartsenpraktijk. Hieruit bleek dat 14,1% van de ouderen van 80 jaar - 84 jaar en 22,8% van de ouderen vanaf 85 jaar ondervoed is (Schilp, et al., 2009/2010).

Tabaksmisbruik

Van alle rokers, komt roken bij ouderen vanaf 75 jaar het minst voor. In tabaksrook bevinden zich ongeveer 4.000 stoffen. Nicotine is één van deze stoffen. Deze stof zorgt voor een verslavend effect (Stivoro, n.d.).

Het percentage ouderen vanaf 75 jaar dat rookt is gedurende de jaren minder geworden. Ook roken ouderen vanaf 75 jaar minder dan andere volwassenen. Van de 75-plussers in 2010 rookte 10% van de mannen en 9% van de vrouwen (Zeegers & Zantinge, 2011).

Alcoholmisbruik

Uit de literatuur blijkt dat het aantal ouderen vanaf 55 jaar een groter risico loopt op alcoholmisbruik. Dit komt naar alle waarschijnlijkheid doordat ouderen meer geld te besteden hebben (Trimbos-Instituut, 2008).

Het lichaam van de oudere kan alcohol minder goed verdragen dan het lichaam van de jongere. Dit heeft als oorzaak dat het lichaam verandert naarmate men ouder wordt. De nieren en de lever werken bij ouderen minder goed dan bij jongeren en de lichamelijke weerstand neemt af. Overmatig alcoholgebruik leidt bij een oudere tot te hoge bloedspiegels, snellere intoxicatie en orgaanschade. Ouderen die medicatie gebruiken of gezondheidsproblemen hebben, moeten extra voorzichtig zijn met alcoholgebruik. Alcohol kan de werking van medicatie versterken of juist verslappen. Ook kunnen lichamelijke en psychische klachten ontstaan, evenals een groter valrisico (Bos & Van Etten, n.d.).

De richtlijn voor alcoholgebruik bij ouderen gaat uit van één glas per dag (Meerkerk et al., 2005). Uit onderzoek blijkt dat ouderen bij twee glazen per dag geen problemen hoeven te verwachten. Bij drie tot zes glazen per dag kunnen zich lichamelijke problemen ontwikkelen en bij zeven glazen en meer zijn er altijd lichamelijke problemen of andere problemen (Bos & Van Etten, n.d.).

Dementie

Dementie is een ouderdomsziekte, waarbij leeftijd een grote risicofactor is. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer (Scheltens, van der Flier, Rozemuller & Pijnenburg, 2009). Bij dementie is sprake van een stoornis in de cognitieve functies die het zelfstandig functioneren verstoren. In de DSM IV wordt beschreven aan welke eigenschappen dementie herkend kan worden. Naast de ziekte van Alzheimer zijn er nog drie andere vormen die het grootste deel van de dementiesyndromen veroorzaken (Van der Kruk et al., 2007).

In 2007 waren er 11.033 ouderen vanaf 80 jaar met dementie in Nederland, waarvan 3108 mannen en 7925 vrouwen (Gommer & Poos, 2011). In de literatuur zijn geen exacte cijfers te vinden over de hoeveelheid personen met de verschillende vormen van dementie in Nederland.

Depressie

Depressie is het meest voorkomende psychiatrische probleem bij ouderen. Aan de hand van DSM IV kan worden vastgesteld of sprake is van een depressie. Bij een depressie is het neurotransmittersysteem verstoord, dat een rol speelt bij stemmingen. Door een somatische ziekte, die de kans op een depressie groter maakt, treden veranderingen op in het neurotransmittersysteem. Door deze veranderingen kan een depressie ontstaan. Er is dan geen balans tussen de draaglast en draagkracht (Van der Kruk et al., 2007).

Een depressie kan, zoals al beschreven is, ontstaan door een somatische of chronische ziekte. Depressieve gevoelens kunnen samenhangen met een lichamelijke aandoening, zoals een CVA. Daarnaast kan een depressie veroorzaakt worden door bepaalde medicatie. Tot slot kan erfelijkheid een rol spelen bij het ontwikkelen van een depressie, evenals het gebruik van alcohol en drugs (Van der Kruk et al., 2007; NHG, 2003).

Vrouwen hebben een grotere kans op depressiviteit dan mannen, omdat zij gemiddeld langer leven dan mannen en zich vaker moeten aanpassen aan veranderingen in hun leven. Vrouwen komen gemakkelijker terecht in een sociaal isolement, omdat hun naasten wegvallen (Van der Kruk et al., 2007).

Uit huisartsenregistraties van 2007 bleek dat 37.944 ouderen vanaf 80 jaar leiden aan een depressie of dat zij depressieve gevoelens ervaren (Van Gool, Gommer & Poos, 2010). Uit een ander onderzoek in de huisartsenpraktijk uit 2010, kwam naar voren dat van de 1000 ouderen 37,7 vrouwen en 20,1 mannen aan een depressie leiden (Stirbu-Wagner et al., 2010). Depressie komt minder vaak voor bij thuiswonende ouderen dan bij verpleeghuisbewoners (VU medisch centrum Amsterdam, 2006).

Overbelasting mantelzorger

Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door familie, huisgenoten, vrienden, kennissen, collega's of burens. Door overbelasting kunnen fysieke klachten optreden, zoals rugklachten. Ook kunnen stressreacties ontstaan, doordat er zware perioden zijn, waarin de mantelzorger veel hulp verleent aan de hulpbehoevende. Als een mantelzorger voor een langere periode zorg verleent aan de hulpbehoevende, kunnen burn-outverschijnselen optreden (Kuyper, Hesselmann & Prins, 2009).

In 2008 was 6% van de ouderen vanaf 75 jaar mantelzorger voor een hulpbehoevende (Oudijk, de Boer, Woittiez, Timmermans & de Klerk, 2010).

Overbelasting door mantelzorg komt vaak voor en is de afgelopen jaren gestegen. De overbelasting wordt veroorzaakt door de intensieve zorg die geleverd moet worden aan de hulpbehoevende. In 2008 waren 2.600 personen intensief belast en 450 personen ernstig belast. Hierbij wordt geen onderscheid in leeftijden in gemaakt (Oudijk et al., 2010).

Decubitus

Decubitus is een verandering van het lichaamsweefsel, doordat zuurstoftekort optreedt als gevolg van druk en schuifkracht op een bepaald lichaamsdeel. De bloedvoorziening naar het weefsel wordt belemmerd doordat bloedvaten dichtgedrukt worden. Decubitus kan geclassificeerd worden in vier graden, namelijk de niet-wegdrukbaar graad, de blaas of ontvelling, de oppervlakkige decubitus en de diepe decubitus. Decubitus kan op alle plaatsen van het lichaam ontstaan, maar enkele factoren kunnen het risico op decubitus op een bepaalde plaats verhogen. Tengeren ouderen met weinig vet- en spierweefsel hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van decubitus. Bepaalde geneesmiddelen, roken, uitdroging, lichaamshouding, het materiaal waar mensen op zitten of liggen en de hoeveelheid weefselmassa, beïnvloeden de druk en de schuifkracht die wordt uitgeoefend (Van Achterberg et al., 2010). Ook zijn een droge huid, incontinentie van feces en een slechte voedingstoestand risicofactoren om decubitus op te lopen (Chel, Germs, Van der Wal, Romeijnders & Kolnaar, 1999).

In 2006 is onderzoek gedaan naar het aantal ouderen vanaf 65 jaar met decubitus in de thuissituatie. In dit onderzoek zijn 4.557 ouderen onderzocht, waarvan 9,7% van de thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar de diagnose decubitus had (Halfens et al., 2007).

3.2 Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Nederland uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van ouderen?

Pijn

- De huisarts verwerkt in zijn voorlichting het volgende advies: een gezonde leefwijze met voldoende afleiding, beweging en ontspanning kan helpen om de pijn en de behoefte aan pijnstillers te verminderen (NHG, 2008).
- Pijn hangt vaak samen met comorbiditeit (zie paragraaf 3.1). Als sprake is van comorbiditeit, heeft dit vaak invloed op de kwaliteit van leven. Om comorbiditeit tegen te gaan of te verminderen, worden de volgende interventies door de huisarts uitgevoerd:
 - o De huisarts consulteert specialisten uit de tweede en derde lijn (Gezondheidsraad, 2007).
 - o Voor elke thuiswonende oudere met complexe comorbiditeit is een zorg- en behandelplan opgesteld. In dit plan wordt vastgelegd hoe de zorg en de behandeling samenhangend kunnen worden uitgevoerd, vanuit de eerste, tweede en derde lijn. Hierbij kunnen de wijkverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige ook een belangrijke rol spelen (Gezondheidsraad, 2007).
 - o De huisarts zorgt (eventueel samen met andere huisartsen) voor een samenhangend zorgaanbod voor ouderen. Wanneer geen samenhangend zorgaanbod aanwezig is, ontwikkelt de huisarts dit (eventueel met andere huisartsen) (NHG, 2007).
 - o De huisarts schakelt een casemanager in bij ouderen bij wie sprake is van comorbiditeit (NHG, 2007). De functie van casemanager kan uitgevoerd worden door een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk (Boorsma, 2011).

- Het creëren van een geïndividualiseerde internetpagina voor de oudere patiënt, de betrokken mantelzorgers en de betrokken hulpverleners, zorgt voor een goede communicatie rondom de patiënt met comorbiditeit (Schers & Nieuwboer, 2010).
- De huisarts gebruikt bij ouderen met pijnklachten vaak een combinatie van non-farmacologische en farmacologische interventies. Een verwijzing naar een andere discipline kan hierbij nodig zijn. Als de huisarts medicatie voorschrijft, houdt hij rekening met de dosering, omdat ouderen vaak anders reageren op medicatie. Als de behandeling van de huisarts niet voldoende is om de pijn te verminderen, verwijst de huisarts de patiënt door naar de tweede lijn. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], n.d.; Verenso, 2011).

Polyfarmacie

In de literatuur komt meerdere keren naar voren dat het medicatiegebruik regelmatig geëvalueerd moet worden. Bijvoorbeeld door jaarlijks een controleconsult uit te voeren bij patiënten met een chronische aandoening. Dit consult wordt uitgevoerd door de huisarts of praktijkverpleegkundige (NHG, 2006). Als een specialist bij de patiënt betrokken is, is het verstandig om deze ook te betrekken in een jaarlijkse evaluatie, dit wordt ook wel 'medicatie review' genoemd. Ook kan de apotheker betrokken worden tijdens een evaluatie van de medicatie (Van Dijk et al., 2009; Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie [KNMP], n.d.).

ADL afhankelijkheid

- De huisarts voert vooral functioneringsgerichte preventie uit. Het gaat hierbij om activiteiten die functiebeperking voorkomen en om het stimuleren van de restcapaciteit van de oudere. Hierbij wordt vaak de fysiotherapeut of de ergotherapeut betrokken (Konings, 2010).
- Als ouderen hun ADL zelfstandigheid verliezen, is er vaak sprake van een onderliggende oorzaak. Door deze oorzaak te onderzoeken en te behandelen, kan de ADL zelfstandigheid weer vergroot worden (Konings, 2010). Deze onderliggende oorzaken worden in de volgende paragrafen behandeld. Het gaat om valproblemen, visusproblemen, gehoorproblemen, pijn en psychische stoornissen.

Incontinentie

- De huisarts is doortastend en vraagt doelgericht naar incontinentie. Ouderen hebben vaak last van schaamtegevoelens en komen daardoor niet zelf met het probleem naar de huisarts. De huisarts vraagt extra door als een persoon een beroerte heeft doorgemaakt of als sprake is van het gebruik van medicijnen die incontinentie kunnen veroorzaken. De huisarts houdt ook rekening met de mentale gevolgen van incontinentie (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland [V&VN], 2010; Vierhout & Heesakkers, 2008).
- De huisarts betreft vooral bij vrouwen met incontinentie, een multidisciplinair team. Hierbij kan gedacht worden aan een uroloog, een gynaecoloog, een fysiotherapeut en een incontinentieverpleegkundige. Hij verwijst zo nodig naar een bekkenbodemcentrum (Vierhout & Heesakkers, 2008).

- Als sprake is van een verzakking, kan dit operatief verholpen worden. De huisarts verwijst de patiënt hiervoor door naar de tweede lijn (Academisch Medisch Centrum [AMC], 2011).
- De huisarts overweegt parasymphicolitica om incontinentie te verminderen (V&VN, 2010).
- De huisarts of praktijkverpleegkundige adviseert patiënten om een mictiedagboek bij te houden. Op deze manier kunnen zij meer inzicht krijgen in de ernst van de incontinentie (V&VN, 2010).
- De huisarts of praktijkverpleegkundige geeft patiënten voorlichting over de verschillende absorptiematerialen en het gebruik hiervan (V&VN, 2010).

Vallen

- De huisarts of praktijkverpleegkundige evalueert bij thuiswonende ouderen systematisch de valrisico's. Een criterium voor deze evaluatie is onder andere de aanwezigheid van een hoog fractuurrisico. Een hulpmiddel voor deze evaluatie is een algoritme (Centraal Begeleidings Orgaan [CBO], 2004). De huisarts benadert een ergotherapeut wanneer aanpassingen in huis mogelijk kunnen bijdragen aan valpreventie. Uit onderzoek blijkt dat dit een zinvolle interventie is (CBO, 2004; Steultjens, Dekker, Bouter & Van de Ende, 2006).
- De huisarts stopt, zo mogelijk, de psychotrope medicatie (CBO, 2004).
- De huisarts geeft advies en voorlichting over (individuele) training gericht op valpreventie. Hij verwijst voor de training door naar een fysiotherapeut (CBO, 2004; Daniels, Rossum, Witte, Kempen & Van den Heuvel, 2008).

Visusproblemen

- De huisarts laat wijkverpleegkundigen een eenvoudige visustest afnemen bij patiënten die thuiszorg ontvangen. Op deze manier kunnen visusproblemen opgespoord worden. De verpleegkundige kan de patiënt dan doorverwijzen naar de huisarts (Limburg, Keunen & Van Rens, 2009).
- De huisarts houdt rekening met de meest voorkomende oogaandoeningen bij ouderen. Hij verwijst patiënten met deze problemen door naar de oogarts. De oogarts kan vervolgens een geschikte behandeling starten (Jansen et al, 2007).
- De huisarts zorgt ervoor dat patiënten regelmatig hun ogen laten controleren. Uit onderzoek blijkt dat door regelmatige controle van de ogen bij 50% van de ouderen blindheid en slechthooftheid voorkomen kan worden (Limburg et al., 2009).

Gehoörproblemen

- De huisarts verwijst de patiënt door naar een audicien als sprake is van presbycusis. Een hoorhulpmiddel kan een effectieve oplossing zijn (Van der Kruk et al, 2007).
- Als sprake is van een afsluiting van de gehoorgang door oorsmeer, verwijdert de praktijkassistente dit (Noordman, Verheij & Verhaak, 2008; Van der Kruk et al., 2007).
- De huisarts en de praktijkverpleegkundige houden rekening met het feit dat gehoorproblemen samenhangen met het psychosociale welbevinden, zoals de stemming, eenzaamheidsgevoelens, verlies van zelfvertrouwen en het cognitief functioneren. Bij ouderen

die last hebben van gehoorproblemen kan een hoortoestel positieve invloed hebben op het psychosociaal welbevinden (Eekhof et al., 2005).

Ondervoeding

- De huisarts en de praktijkverpleegkundige gebruiken de SNAQ 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire for 65+) om ondervoeding bij thuiswonende ouderen te signaleren en op basis van deze score een behandeling te kunnen starten (Jonkers-Schuitema, Klos, Kouwenoord-Van Rixel, Kruizenga & Remijnse-Meester, 2011).
- Als sprake is van risico op ondervoeding geeft de huisarts advies voor eiwit- en energierijk voedsel. Hij gebruikt hierbij eventueel de NHG-patiëntenbrief. Als het behandeldoel niet bereikt wordt, consulteert hij een diëtiste (Mensink et al., 2010).
- Als er daadwerkelijk sprake is van ondervoeding verwijst de huisarts de patiënt door naar een diëtiste (Mensink et al., 2010).
- De huisarts houdt rekening met gevoelens van eenzaamheid die samen kunnen hangen met ondervoeding. Hierbij valt te denken aan ouderen die alleen wonen en bij wie de motivatie ontbreekt om voor zichzelf te koken. 'Tafeltje-dekje' kan een goed alternatief zijn (Schim van der Loeff-Van Veen, 2010).

Tabaksmisbruik

- De huisarts vertelt aan rokende ouderen dat het stoppen met roken gezondheidswinst oplevert. Deze winst zal wel steeds kleiner worden, naarmate de leeftijd toeneemt (Isken & Harbers, 2009; Reenders, 2008).
- De huisarts kiest afhankelijk van de patiënt, passende interventies:
 - o Kort eenmalig advies om te stoppen met roken. Huisartsen, praktijkverpleegkundigen of - assistentes kunnen dit advies aan iedere roker geven tijdens een consult.
 - o Korte motivatieverhogende interventie. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kunnen een korte interventie uitvoeren bij patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen. Eventueel kan hierbij ook farmacologische ondersteuning nodig zijn.
 - o Intensieve ondersteunende interventie. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kunnen intensieve ondersteunende interventies uitvoeren bij patiënten met klachten als gevolg van roken, bij patiënten uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD) en patiënten bij wie recentelijk een diagnose is gesteld die gerelateerd is aan roken (CBO, 2009).
- Een bekende manier om patiënten te begeleiden tijdens het stoppen met roken is de Minimale Interventie Strategie [MIS] (Chavannes et al., 2007).
- Als de patiënt medicatie gebruikt tijdens het stoppen met roken, is de huisarts voorzichtig met de dosering hiervan. Ouderen hebben vaak een lagere dosering nodig (Chavannes et al., 2007).

Alcoholmisbruik

- De huisarts gebruikt het screeningsinstrument CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) om overmatig alcoholgebruik bij ouderen vast te stellen. Uit onderzoek blijkt dat dit instrument het meest effectief is (Risselada, Kleinjan & Jansen, 2009).
- De huisarts of de praktijkverpleegkundige voert kortdurende interventies uit bij ouderen met overmatig alcoholgebruik. Het krijgen van persoonlijke informatie en voorlichting over alcoholgebruik zijn onderdelen van deze interventies. De interventies bestaan uit maximaal vijf consulten, waarbij een concreet einddoel afgesproken is. Follow-up is hierbij van groot belang (Keurhorst, Van der Ven, Keizer & Laurant, 2011; Risselada et al., 2009).
- De huisarts houdt er rekening mee dat bij ouderen onthoudingsverschijnselen langer aan kunnen houden (Risselada et al., 2009).
- De huisarts verwijst zo nodig de patiënt door naar de verslavingszorg als de behandeling vanuit de huisartsenpraktijk niet effectief blijkt te zijn. Ook kan er voor gekozen worden om de patiënt meteen door te verwijzen naar de verslavingszorg (Risselada et al., 2009).
- In veel gevallen is het verstandig om telefonisch contact te houden met de oudere. Ouderen hebben een ondersteunende persoonlijke benadering nodig (Risselada et al., 2009).

Dementie

- De beste manier om dementie te signaleren is via case-finding. De huisarts en de praktijkverpleegkundige houden dus rekening met mogelijke signalen van dementie wanneer een patiënt naar de huisartsenpraktijk komt (Jonker, Slaets & Verhey, 2009).
- De huisarts houdt rekening met een verminderd oordeelsvermogen, een verminderd ziekte-inzicht en façadegedrag van de patiënt, waarbij een verminderde beslisvaardigheid kan meespelen (Boomsma et al., 2009).
- Als sprake is van frontotemporale dementie en visuele hallucinaties bij Lewy body dementie, verwijst hij de patiënt door naar de tweede lijn (Wind et al., 2003).
- Zorgdiagnostiek is vanaf het eerste contact van groot belang en dient na het nosologisch onderzoek gecontinueerd te worden (CBO, 2005).
- Niet-medicamenteuze interventies kunnen bestaan uit het adviseren van structuur, psycho-educatie en ondersteuning van de patiënt en de mantelzorger (CBO, 2005).
- De huisarts betreft zo nodig een casemanager bij de zorg voor de oudere met dementie. Op deze manier kunnen de disciplines die zorg leveren vanuit de eerste lijn hun interventies op elkaar afstemmen (Boomsma et al., 2009). De rol van casemanager bij patiënten met dementie wordt in Nederland steeds vaker uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige (AxionContinu, 2012).
- Afhankelijk van het ziektebeloop zal de begeleiding en de behandeling per patiënt verschillen. In een stabiele situatie blijft de huisarts de hoofdbehandelaar. Bij een gedeeld behandelarschap spreken de huisarts en de sociaal geriater met elkaar af wie de monitoring op zich neemt en hoe zij elkaar op de hoogte houden (Boomsma et al., 2009).

Depressie

- Uit onderzoek blijkt dat het niet effectief is om in de huisartsenpraktijk oudere patiënten te screenen op een depressie. Vooral niet als het doel van de screening is om een behandeling te starten (Partnership Depressiepreventie, 2010). Daarentegen is de huisarts wel alert op depressieve klachten bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Vroegsignalering blijkt effectief en ook kosteneffectief te zijn (Smit et al., 2006).
- De huisarts en de praktijkverpleegkundige houden er rekening mee dat ouderen die last hebben van depressieve gevoelens, deze klachten sneller op een lichamelijke manier zullen uiten (Spijker & Schoemaker, 2010).
- De huisarts en de praktijkverpleegkundige houden bij ouderen met depressieve klachten rekening met gevoelens van eenzaamheid (Marwijk et al., 2003).
- De huisarts schakelt een POH-GGZ of een maatschappelijk werker in om de zorg voor depressieve ouderen te verbeteren. Zij kunnen gebruik maken van ondersteuningsprogramma's ('t Veer-Tazelaar, 2010).
- De huisarts maakt gebruik van de praktijkverpleegkundige of –ondersteuner als het gaat om het signaleren en behandelen van depressieve klachten van ouderen. De praktijkverpleegkundige of –ondersteuner heeft vaak al een band met deze ouderen (Lamers & Jonkers, 2010).
- De huisarts gebruikt het stepped-care model om stapsgewijs passende interventies uit te voeren bij ouderen met depressieve klachten (CBO, 2005).
- De huisarts houdt rekening met psychotische kenmerken, omdat deze in verband kunnen staan met een verhoogd risico op suïcide. Ook heeft dit gevolgen voor het farmacologische beleid (CBO, 2005).

Overbelasting mantelzorger

- De huisarts en de praktijkverpleegkundige zorgen dat mantelzorgers vroegtijdig opgespoord worden, zodat zij voldoende ondersteund kunnen worden vanuit de huisartsenpraktijk, om overbelasting te voorkomen (NHG, 2007).
- Er zijn meetinstrumenten om overbelasting te signaleren. Hierbij is doorvragen, luisteren en goed observeren belangrijk (Vilans, 2012).
- De huisarts verstrekt voldoende informatie en advies, emotionele steun en praktische hulp aan de mantelzorger. Dit helpt de mantelzorger om het uitvoeren van de zorg langer vol te houden (Vilans, 2012).
- De huisarts verwijst de patiënt door naar één van de volgende organisaties, wanneer meer ondersteuning nodig is: Steunpunten Mantelzorg, Mantelzorgmakelaars, WMO-loket, Mezzo of MEE (Vilans, 2012).

Decubitus

- De huisarts let bij het signaleren van decubitus bij thuiswonende ouderen op de volgende risicofactoren: droge huid, incontinentie voor feces en een slechte voedingstoestand (Chel et al., 1999).

- De Landelijke Eerstelijns Afspraak Decubitus (Vriezen et al., 2004) voegt hier nog een aantal punten aan toe, welke in bijlage 2 te vinden zijn.
- Als sprake is van decubitus, zorgt de huisarts voor een goede taakverdeling tussen hem en de wijkverpleegkundige (Vriezen et al., 2004).
- De huisarts verwijst zo nodig door naar één van de volgende disciplines of organisaties: huidarts, diëtiste, verpleeghuis of ziekenhuis (Vriezen et al., 2004).

3.3 Welke vragenlijsten zijn er om de probleemgebieden van ouderen te signaleren?

Om de probleemgebieden van 80-plussers in kaart te kunnen brengen, is het van belang dat er een vragenlijst is die afgenomen kan worden bij deze ouderen. Er is geen gevalideerde vragenlijst gevonden die de probleemgebieden, zoals beschreven in paragraaf 3.1, in kaart brengt.

Momenteel zijn de volgende onderzoeken gaande naar vragenlijsten die in de eerstelijnszorg gebruikt kunnen worden om kwetsbaarheid van ouderen te signaleren:

In Nijmegen is in 2009 een project van het Nationaal Programma Ouderenzorg gestart, met als doel een gevalideerde screeningsmethode te ontwikkelen die in de eerste lijn te gebruiken is. Deze screeningsmethode kan gebruikt worden voor het signaleren van kwetsbaarheid bij ouderen (Nationaal Programma Ouderenzorg, 2009). Daarnaast doet het Nationaal Programma Ouderenzorg onderzoek in Maastricht naar het effect van een preventief consult, in de vorm van een huisbezoek, aan ogenschijnlijke gezonde ouderen. De ouderen worden gescreend op kwetsbaarheid. Dit onderzoek wordt 'De waarde van [G]OUD, een evaluatiestudie naar de effecten van de consultatiefunctie voor ouderen' genoemd. Hierbij wordt ook onderzocht welk screeningsinstrument het beste gebruikt kan worden. (Nationaal Programma Ouderenzorg, 2009). De resultaten van beide onderzoeken zijn nog niet bekend.

Er bestaan veel vragenlijsten die thuiswonende, kwetsbare ouderen in kaart kunnen brengen. In het literatuuronderzoek worden de volgende vier vragenlijsten uitgewerkt: EASYCARE-instrument, GFI, TRAZAG en TFI.

EASYCARE-instrument

EASYCARE is afgeleid van Elderly Assessment System en is ontwikkeld in Groot-Brittannië. In 2002 is de EASYCARE-methode in Nederland ingevoerd door de afdeling Geriatrie van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen (Platform Ouderenzorg, 2007). Het EASYCARE-instrument is een gevalideerd hulpmiddel bij de EASYCARE-methode. Deze methode heeft als doel de kwaliteit van leven (welbevinden) en het dagelijks functioneren (zelfredzaamheid) van kwetsbare ouderen te verbeteren. Het EASYCARE-instrument is een geriatrische anamnese met een vastgelegde structuur (Lenkens, Theunisse & Persoon, n.d.).

Het EASYCARE-instrument wordt gebruikt wanneer sprake is van een signaal van disfunctioneren uit de omgeving of bij een hulpvraag van de oudere zelf. Er worden gegevens verzameld die betrekking hebben op de domeinen gezondheid, wonen en welzijn. Hierbij is extra aandacht voor de eigen wensen van de oudere en de mantelzorger (Platform Ouderenzorg, 2007).

Door het afnemen van de geriatrische anamnese worden de gezondheidsproblemen in kaart gebracht. In deze anamnese worden nog niet gediagnosticeerde ziekten, aandoeningen en risicofactoren geïnventariseerd. Ook wordt de zorgvraag van de oudere en de mantelzorger in kaart gebracht (Lenkens et al., n.d.). Wanneer het nodig is om uitgebreider onderzoek te doen, kunnen aanvullende meetinstrumenten zoals de MMSE (Mini-Mental State Examination) en de GDS (Geriatric Depression Scale) gebruikt worden (Platform Ouderenzorg, 2007).

Het Dutch EASYCARE onderzoek heeft de effecten van dit instrument onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat door het EASYCARE-instrument complexe hulpvragen van ouderen goed in kaart gebracht kunnen worden door de huisarts en verpleegkundige. Ook blijkt uit dit onderzoek dat het instrument vooral gebruikt wordt bij ouderen met cognitieve problemen, zoals dementie. Het instrument kan ook worden afgenomen door thuiszorgmedewerkers en praktijkondersteuners (Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2007).

GFI

De onderafdeling Geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) heeft de Groningen Frailty Indicator (GFI) ontwikkeld (Schuurmans, 2005). De GFI is een meetinstrument waarmee de kwetsbaarheid van ouderen in beeld gebracht kan worden. De GFI meet aan de hand van vijftien vragen het lichamelijk, cognitief, sociaal en psychologisch functioneren. Per vraag zijn twee of drie antwoordmogelijkheden waaraan een score verbonden is. De totaalscore geeft de mate van de fragiliteit aan (score 0 is niet fragiel, score vijftien is ernstig fragiel) (Schuurmans, 2005). Na het meten van de kwetsbaarheid van de oudere, kunnen interventies uitgevoerd worden (Jüngen et al., 2010).

Trazag

Trazag staat voor Transmurale Zorg Assessment Geriatrie.

“TraZAG (TRANsmurale Zorg Assessment Geriatrie) is een assessment-instrument, dat gebruikt kan worden om de probleem- en zorgsituatie van de patiënt op gestructureerde wijze in kaart te brengen” (Academisch ziekenhuis Maastricht / MUMC+, 2011).

Trazag kan worden ingezet om zorgproblemen bij ouderen in beeld te brengen, bekende problematiek te onderbouwen of het verdere functionele beloop van de oudere te monitoren. Het instrument bestaat uit drie verschillende stappen. De basisstap bestaat uit het startdocument. Dit startdocument bestaat uit een korte vragenlijst, waarmee een eerste verkenning gemaakt wordt van de functionele situatie van de oudere patiënt. In de vervolgstap wordt vanuit het startdocument per probleemgebied

doorverwezen naar een meetinstrument voor verdere diagnostiek. Meetinstrumenten die hiervoor gehanteerd worden, zijn onder andere de Barthel Index, de GARS (Groningen Activiteiten Restrictie Schaal) en de MMSE (Mini-Mental State Examination). De laatste stap is de diepgaandere verkenning. Deze bestaat uit meer gedetailleerde lijsten, zoals de 'Clock drawing' bij mensen met mogelijke een cognitieve stoornis (Academisch ziekenhuis Maastricht / MUMC+, 2011).

Trazag vindt zijn oorsprong in het Quattro-model. In dit model is de samenwerking beschreven tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige in de eerste lijn, en specialist en verpleegkundig specialist in de tweede lijn (Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2007).

In eerste instantie is Trazag geschreven voor praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Daarnaast is Trazag ook te gebruiken binnen andere werkerreinen in de ouderenzorg, bijvoorbeeld door verpleegkundigen in de thuiszorg of in verzorgings- en verpleeghuizen. In het Trazag-instrument wordt aandacht besteed aan de volgende onderwerpen: 'Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL)', 'Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)', 'voeding', 'mobiliteit en valrisico', 'medicatiegebruik', 'visus', 'gehoor', 'geheugen', 'stemming' en 'depressie' (Academisch ziekenhuis Maastricht / MUMC+, 2011).

TFI

Robbert Gobbens, verpleegkundige en onderzoeker van de Universiteit Tilburg, heeft onderzoek gedaan naar fragiliteit bij ouderen; hij ontwikkelde een definitie voor kwetsbaarheid en een model van de factoren die daarbij een rol spelen. Op basis hiervan heeft hij de Tilburger Frailty Indicator (TFI) ontwikkeld. Dit is een vragenlijst waarmee kwetsbare ouderen geïdentificeerd kunnen worden. De vragenlijst kan door de oudere zelf worden ingevuld en is opgebouwd uit twee delen. Deel A bevat negen vragen over levensloopdeterminanten van fragiliteit. Deel B is gericht op de componenten van fragiliteit: lichamelijke, psychische en sociale componenten. De TFI kan gebruikt worden door zorgverleners in de eerste lijn, bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleegkundigen en nurse practitioners (Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice, 2011; Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2011; Universiteit van Tilburg, 2010).

Er is voor bovenstaande vragenlijsten gekozen, omdat dit in Nederland de meest gebruikte vragenlijsten zijn om kwetsbare ouderen in kaart te brengen. Daarnaast bestaan deze vragenlijsten uit algemene vragen over de toestand van de patiënt. Veel andere vragenlijsten zijn gericht op specifieke gebieden zoals het geheugen en incontinentie.

Voor dit onderzoek is het van belang dat op basis van één vragenlijst, verschillende probleemgebieden globaal in kaart gebracht kunnen worden. Geen van bovenstaande vragenlijsten kan in zijn geheel gebruikt worden in dit onderzoek. Voor het ontwikkelen van een vragenlijst, specifiek voor dit onderzoek, worden bovenstaande vragenlijsten die kwetsbare ouderen opsporen gebruikt.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de deelvragen 4 en 5 uitgewerkt worden.

4.1 Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Maarn en Maarsbergen uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers?

De resultaten van deelvraag 4 bestaan uit de gegevens die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews met de huisarts en praktijkverpleegkundige.

Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

Organisatie ouderenzorg in huisartsenpraktijk

De huisarts geeft aan dat er geen ouderenmodule is in de huisartsenpraktijk. De meeste ouderen zijn bij de huisartsen in beeld, omdat naarmate zij ouder worden, zij met gezondheidsklachten naar de huisartsenpraktijk komen. In de huisartsenpraktijk zijn de gegevens van de patiënten met diabetes mellitus, hoge bloeddruk en hartfalen bekend. De meeste van deze patiënten staan onder controle en komen één keer in de drie maanden bij de praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat patiënten schriftelijk een uitnodiging krijgen voor het maken van een nieuwe afspraak, wanneer zij hun afspraak vergeten zijn. Wanneer patiënten niet naar het spreekuur komen of niet willen komen, wordt dit besproken met de huisarts. De huisarts kan hier in de vervolgsconsulten aandacht aan besteden.

Relatie huisartsenpraktijk met zorgcentra

De huisarts geeft aan dat de praktijkverpleegkundige in een netwerk zit, waarin zij overleg heeft met zorgcentra. De praktijkverpleegkundige geeft hierbij aan de tussenpersoon te zijn, in situaties waarbij patiënten opgenomen moeten worden in zorgcentra.

Taken huisarts in de ouderenzorg

De huisarts geeft aan de meeste visites af te leggen bij patiënten met een chronische ziekte. Dit zijn veelal 80-plussers. De huisarts gaat één keer in de zes tot acht weken bij deze patiënten op bezoek. De huisarts vindt het belangrijk dat hij goed bereikbaar is voor zijn patiënten. Als patiënten ernstig ziek zijn en dringend hulp nodig hebben, kunnen zij hem bereiken. De huisarts geeft zijn mobiele telefoonnummer aan deze patiënten en in het HIS wordt gerapporteerd wanneer patiënten sneller zorg van de huisarts nodig hebben. Bij het uitvoeren van interventies gebruikt de huisarts zijn helikopterview.

Taken praktijkverpleegkundige in de ouderenzorg

Wat de ouderenzorg betreft, is het een taak van de praktijkverpleegkundige om consulten uit te voeren. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat ze niet alleen kijkt naar de patiënt, maar ook naar de thuissituatie van de patiënt. Ze geeft aan dat ze tijdens het consult een vervolgsafpraak maakt met de

patiënt. Wanneer de patiënt geen afspraak heeft, kan hij een afspraak maken bij de praktijkassistentes.

Verdeling van patiënten onder huisartsen

In de huisartsenpraktijk is altijd een huisarts in opleiding (AIOS) werkzaam. De huisarts geeft aan dat hij de huisartsen in opleiding vaak chronische patiënten geeft, waar zij het hele jaar verantwoordelijk voor zijn. 's Morgens tussen acht en negen uur is er een inloopspreekuur. Patiënten mogen 's morgens tot half negen bellen om een afspraak te maken voor dit inloopspreekuur. De AIOS draait dit inloopspreekuur. De huisarts geeft aan dat iedere patiënt toegewezen is aan een eigen huisarts. Daarnaast geeft hij aan dat in de huisartsenpraktijk een verbeterprogramma is gestart, omdat patiënten momenteel soms twee of drie weken moeten wachten om een afspraak met hun eigen huisarts te kunnen maken.

Taken thuiszorg ouderenzorg

Veel ouderen krijgen thuiszorg. De huisarts en praktijkverpleegkundige geven aan dat er dagelijks overleg is tussen hen en de coördinator van de thuiszorg. De informatie die deze coördinator geeft is voor hen een belangrijke bron van informatie.

Probleemgebieden

Veel voorkomende probleemgebieden volgens huisarts en praktijkverpleegkundige

Veel voorkomende probleemgebieden van 80-plussers zijn volgens de huisarts: fysiek minder worden, minder beweeglijkheid, bewegingsstoornissen, chronische kwalen, vergeetachtigheid, dementie en eenzaamheid. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat eenzaamheid en alcohol veelvoorkomende probleemgebieden zijn.

Interventie probleemgebied pijn

De huisarts geeft aan dat er geen zorgprogramma is voor pijn. Hij geeft aan dat de huisartsenpraktijk veel contact heeft met de pijnpoli in Zeist. Ook geeft hij aan dat hij patiënten verwijst naar de psycholoog of de POH-GGZ, wanneer de pijnbeleving bij deze patiënten op de voorgrond staat. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat de huisarts de oorzaak van de pijn diagnosticeert en de interventies uitvoert wat betreft de pijnbestrijding. Haar taken bij dit probleemgebied zijn signaleren, observeren en verwijzen.

Interventie probleemgebied polyfarmacie

De huisarts geeft aan dat in de huisartsenpraktijk een zorgprogramma Polyfarmacie is. De huisarts geeft aan dat de teamleider van de apotheek één keer per jaar het medicatiegebruik van patiënten van 65 jaar en ouder in beeld brengt. Zij overlegt met de huisarts over de medicatie van de patiënten, waarbij zij de vragen van de patiënt en bijwerkingen van de medicatie bij de patiënt meeneemt. De huisarts kijkt vervolgens naar de medicatielijst van de patiënt en geeft aan of hier wijzigingen in aangebracht moeten worden. In de toekomst moet de huisarts van de inspectie

medicatiebeoordelingsgesprekken gaan voeren met patiënten. Daarnaast geeft de praktijkverpleegkundige aan dat ze het medicatiegebruik van de patiënten, die bij haar op het spreekuur komen, ook in de gaten houdt.

Interventie probleemgebied ADL afhankelijkheid

De huisarts geeft aan dat er geen zorgprogramma is voor interventies bij ADL afhankelijkheid. Hij geeft aan dat hij zijn patiënten vraagt naar ADL zelfstandigheid. Daarnaast geeft hij aan te letten op de manier waarop zijn patiënten de spreekkamer binnen komen lopen en op de manier waarop zij zich aan- en uitkleden. Hij geeft aan niet altijd zicht te hebben op ADL zelfstandigheid. Ook geeft de huisarts aan voor een gedeelte afhankelijk te zijn van de praktijkverpleegkundige en de medewerkers van de thuiszorg wat betreft het signaleren van problemen bij de ADL zelfstandigheid. Hij geeft aan dat de praktijkverpleegkundige meer tijd heeft om concreet te vragen naar ADL activiteiten van de patiënt. De praktijkverpleegkundige geeft aan niet standaard te vragen naar ADL zelfstandigheid. Aan een aantal patiënten zonder partner of mantelzorger vraagt zij het wel.

Interventie probleemgebied incontinentie

De huisarts geeft aan dat het een taak is van de huisarts om vast te stellen of er sprake is van incontinentie en van welke soort incontinentie sprake is. Volgens de huisarts is het afhankelijk van de wensen van de patiënt, welke interventies uitgevoerd worden. Hij geeft aan dat veel patiënten medicatie gebruiken voor incontinentie. Ook geeft hij aan dat hij patiënten verwijst naar de bekkentherapeute in het gezondheidscentrum. Daarnaast verwijst de huisarts patiënten naar de apotheek voor een gesprek waarin zij uitleg krijgen over verschillende soorten incontinentiemateriaal. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat incontinentie een onderdeel is dat zij minder ter sprake brengt. Volgens haar is het meer een taak van de huisarts om dit onderwerp te bespreken. Zij geeft aan dat de huisartsenpraktijk op het gebied van incontinentie samenwerkt met de apotheek. Volgens de praktijkverpleegkundige wordt weinig aandacht besteedt aan het signaleren van incontinentie. Ze denkt dat de huisarts niet direct vraagt naar incontinentie. De huisarts zal hier aandacht aan besteden, als de patiënten met klachten komen. Wel worden patiënten regelmatig gestimuleerd om te komen met klachten wat betreft incontinentie.

Interventie probleemgebied vallen

De huisarts geeft aan dat hij let op factoren die invloed hebben op vallen. Hij geeft aan dat de thuiszorgorganisatie een medewerker in dienst heeft die een nascholing over vallen heeft gevolgd. Wanneer een patiënt gevallen is, vraagt de huisarts deze medewerker om bij de betreffende patiënt langs te gaan. Deze thuiszorgmedewerker inventariseert de situatie van de patiënt en verwijst zo nodig naar fysiotherapie of cesartherapie. Ook geeft de huisarts aan dat hij een patiënt kan verwijzen naar een ergotherapeut. De huisarts geeft aan dat één keer per vijf jaar alle patiënten geïnventariseerd worden die benzodiazepinen gebruiken. Deze patiënten krijgen een brief waarin uitgelegd wordt hoe slecht het gebruik van deze medicatie is. Ook worden patiënten uitgenodigd om op het spreekuur te komen en te bespreken waarom zij deze medicatie gebruiken. Wanneer patiënten

starten met benzodiazepinen worden kleine hoeveelheden voorgeschreven. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat er niet standaard gevraagd wordt naar vallen. Ze vraagt weleens naar het vallen bij medicatiegebruik. Ze geeft aan dat hiernaar meer gevraagd moet worden.

Interventie probleemgebied visusproblemen

De huisarts geeft aan dat patiënten met een bril bij de opticien komen. De huisarts vraagt niet actief naar visusproblemen bij patiënten. Bij patiënten met een verstandelijke beperking let hij hier wel actief op. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat er niet preventief gevraagd wordt naar visusklachten. Patiënten komen vaak zelf met klachten. Ze geeft aan dat bij patiënten met diabetes mellitus wel actief gecontroleerd worden op visusproblemen.

Interventie probleemgebied gehoorproblemen

De huisarts geeft aan dat hij patiënten adviseert dat hoe eerder zij beginnen met het gebruiken van een gehoorapparaat, hoe beter dit is. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat zij niet direct vraagt naar gehoorproblemen. De zorg bij gehoorproblemen ligt bij de huisarts. De huisarts neemt vaak testen af.

Interventie probleemgebied ondervoeding

De huisarts geeft aan dat ondervoeding voor hem geen hot item is. Binnen de huisartsenpraktijk zijn geen vaste afspraken wat betreft ondervoeding bij ouderen. Hij denkt dat de medewerkers van de thuiszorg hier alert op zijn. Hij geeft aan dat het mogelijk is om een diëtist in te schakelen. Hij geeft aan dat de praktijkverpleegkundige let op ondervoeding, met name bij patiënten met COPD. Bij gewichtsverlies wordt soms medische bijvoeding voorgeschreven. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat zij patiënten vraagt naar hun eetpatroon. Wanneer bij een patiënt sprake is van ondervoeding, wordt deze patiënt doorverwezen naar een diëtist.

Interventie probleemgebied alcoholmisbruik

De huisarts geeft aan dat er geen zorgprogramma is waarin de interventies met betrekking tot het alcoholgebruik beschreven staan. Hij denkt dat de huisartsen hier individueel mee bezig zijn. Daarnaast geeft hij aan dat hij bij patiënten met chronische ziekten, zoals hypertensie, diabetes mellitus en depressie, actief vraagt naar hun alcoholgebruik, evenals bij dementerende ouderen. De huisarts en de praktijkverpleegkundige geven aan dat de praktijkverpleegkundige het alcoholgebruik ook met haar patiënten bespreekt. Ook geven zij aan dat bij situaties waarin sprake is van problemen met alcoholgebruik, met een maatschappelijk werker of de POH-GGZ gekeken wordt of patiënten door consultvoering kunnen werken aan gedragsverandering. Daarnaast geeft de praktijkverpleegkundige aan dat patiënten op de consequenties van alcoholgebruik gewezen worden. In probleemsituaties wat betreft het alcoholgebruik van de patiënten, wordt samen met de huisarts gekeken welke interventies uitgevoerd kunnen worden.

Interventie probleemgebied tabaksmisbruik

De huisarts en de praktijkverpleegkundige geven aan dat de praktijkverpleegkundige begeleiding geeft bij het stoppen met roken. De huisarts begeleidt zelf ook enkele patiënten bij het stoppen met roken.

Interventies probleemgebied dementie

De huisarts geeft aan dat binnen het gezondheidscentrum goede afspraken zijn wat betreft de zorg rondom patiënten met dementie. Hij geeft aan dat er een dementienetwerk is met een coördinator. De coördinator dementienetwerk komt regelmatig bij de dementerende ouderen thuis. Ook heeft zij regelmatig overleg met de thuiszorgcoördinator. Twee keer per jaar hebben de huisartsen, praktijkverpleegkundige, thuiszorgcoördinator en coördinator dementienetwerk een overleg waarin de dementerende patiënten besproken worden. Daarnaast is er, volgens de huisarts, de mogelijkheid voor overleg met de geriaters uit Zeist en zijn afspraken gemaakt met een internist. Ook hebben de medewerkers van de huisartsenpraktijk contact met een verpleeghuisarts. Deze verpleeghuisarts kan voor consultatie gebeld worden. De huisarts geeft aan dat de interventies met betrekking tot dementie, uitgevoerd worden volgens de NHG-standaard dementie. De huisartsen zijn alert op vroege signalen van dementie, zodat dementie in een vroeg stadium opgespoord kan worden. De huisarts geeft aan dat hij patiënten stimuleert om actief te blijven en hun hersenen te blijven trainen. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat de medewerkers van de thuiszorg en de mantelzorger een signaalfunctie hebben bij dementie. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat zij de MMSE-test afneemt. Ook verzorgt zij het labformulier en kijkt zij welke acties ondernomen moeten worden, zoals een indicatie. Zij geeft aan hierin de intermediair te zijn. De praktijkverpleegkundige geeft aan soms de partner te begeleiden in het omgaan met dementie. Ook geeft zij aan dat het een taak van de huisarts is om de diagnose dementie te stellen. De huisarts verwijst vervolgens naar de praktijkverpleegkundige voor verdere begeleiding. Wanneer de medewerkers van de thuiszorg in beeld zijn, bieden zij ook begeleiding aan de patiënt. Ook geeft de praktijkverpleegkundige aan dat er een casemanager is vanuit de thuiszorg. Wanneer complexe stappen ondernomen moeten worden, wordt de casemanager ingeschakeld. Eén keer in de drie tot vier maanden is er overleg tussen de huisartsenpraktijk en de casemanager.

Interventie probleemgebied depressie

De huisarts geeft aan dat er een zorgprogramma is voor depressie. Hij geeft aan dat de volgende disciplines betrokken zijn bij dit zorgprogramma: huisarts, maatschappelijk werker, POH GGZ en fysiotherapeut. De praktijkverpleegkundige geeft aan de volgende taken te hebben in de zorg bij depressie: observeren, signaleren en overleggen met de huisarts. Bij signalen die kunnen wijzen op een depressie, bespreekt de praktijkverpleegkundige dit met de huisarts. De huisarts neemt vervolgens, met instemming van de patiënt, een test af. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat de diagnostiek van depressie een taak is van de huisarts. Ook geeft ze aan dat de POH-GGZ vaak wordt ingeschakeld om de patiënt verder te begeleiden bij depressie. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat niet preventief gevraagd wordt naar klachten behorend bij depressie. Volgens de

praktijkverpleegkundige hebben de medewerkers van de thuiszorg en de praktijkassistentes ook een signaleringsfunctie in de zorg bij depressie.

Interventie probleemgebied overbelasting mantelzorger

De huisarts geeft aan dat de medewerkers van de thuiszorg alert zijn op overbelasting van de mantelzorger. Als de medewerkers van de thuiszorg overbelasting van de mantelzorger signaleren, wordt dit overlegd met de huisarts. Hij geeft aan dat de medewerkers van de thuiszorg advies geven aan de mantelzorgers, door bijvoorbeeld aan te geven dat het beter is dat de zorgbehoevende een dag naar de dagverzorging gaat. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat ze een signaleringsfunctie heeft bij het probleem 'overbelasting mantelzorger'. Ze geeft aan dat ze regelmatig de overbelaste mantelzorger verwijst naar stichting Welnuh, die samen met die patiënt kijkt hoe de zorgverlening uitgebreid kan worden, zodat de zorg gedeeld kan worden. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat er niet direct naar overbelasting van de mantelzorger gevraagd wordt. Alleen als de mantelzorger op het spreekuur komt met klachten, wordt actie ondernomen. Wanneer een mantelzorger aangeeft dat de zorg te zwaar is, maakt de praktijkverpleegkundige een afspraak met hem voor een consult. In dit consult bespreekt ze met de mantelzorger waar hij tegenaan loopt en welke stappen ondernomen moeten worden, zodat de patiënt zolang mogelijk thuis kan blijven wonen. Vervolgens bespreekt ze dit samen met de patiënt en de mantelzorger.

Interventie probleemgebied decubitus

De huisarts geeft aan dat er aandacht besteed wordt aan decubitus wanneer patiënten bedlegerig zijn. De huisarts krijgt regelmatig van de thuiszorgcoördinator te horen welke patiënten in de gaten gehouden moeten worden, wat betreft decubitus. Ook hoort hij welke patiënten bijvoorbeeld een antidecubitusmatras moeten krijgen. De huisarts geeft aan dat hij hier zelf niet actief naar hoeft te kijken. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat de medewerkers van de huisartsenpraktijk, via de thuiszorg horen wanneer een patiënt decubitus heeft. De praktijkverpleegkundige en de huisarts geven aan dat de medewerkers van de thuiszorg aandacht hebben voor decubitus. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat uit preventief oogpunt geen interventies uitgevoerd worden. Zij heeft geen taken in de zorgverlening bij decubitus.

Interventie probleemgebied gebrek aan bewegen

De huisarts geeft aan dat hij oudere patiënten aanraadt om te bewegen. Hij geeft aan dat hij patiënten kan verwijzen naar de fysiotherapeut. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat ze, tijdens de consultvoering, standaard vraagt naar bewegen. Ze geeft aan dat ze patiënten motiveert om in het dagelijks leven te bewegen. Volgens de praktijkverpleegkundige voert de fysiotherapie veel interventies uit om patiënten meer te laten bewegen. Ze geeft aan dat patiënten op zichzelf zijn en het soms vervelend vinden om naar fysiotherapie te gaan en om met andere patiënten te bewegen.

Problemen tijdens uitvoering interventies bij probleemgebieden

De huisarts ziet de autonomie van de patiënt als probleem bij het uitvoeren van interventies. Soms vindt hij dat hij de patiënt moet helpen, door te zeggen wat wel of niet goed voor de patiënt is. Zijn advies botst wel eens met de keuze van de patiënt, waardoor dingen soms mislopen. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat ze het lastig vindt om de zorg goed op elkaar af te stemmen en om de patiënt gemotiveerd te blijven houden. Ze vindt dat er meer aandacht moet zijn voor het zelfmanagement van de patiënt. Ze geeft aan dat dit lastig is bij ouderen, omdat zij dit niet gewend zijn. Ze geeft aan dat ze afhankelijk is van factoren, zoals de ziektekostenverzekering en de patiënt zelf, bij het uitvoeren van zorgprogramma's. Ze geeft aan dat de ziektekostenverzekering 'de grootste boosdoener' is bij het uitvoeren van interventies.

Toekomst ouderenzorg*Wensen huisarts ouderenzorg*

De huisarts denkt dat een zorgprogramma voor ouderen erg belangrijk is. De huisarts zou het goed vinden als één van de vaste huisartsen een kaderopleiding ouderenzorg zou volgen. Hij vindt dat incontinentie weer meer aandacht moet krijgen. Ook zouden de interventies voor ondervoeding volgens de huisarts beter kunnen.

Toekomst van ouderenzorg

De huisarts en praktijkverpleegkundige geven aan dat ze verwachten dat het aantal ouderen in Maarn zal toenemen. De huisarts geeft aan dat de zorgvraag groter zal worden. Hij vraagt zich af of de huisartsenpraktijk hiervoor wel genoeg spreekuren aanbiedt. Hij is bang dat vanuit de politiek veel bezuinigd gaat worden en hij vraagt zich af of de zorg die hij wil bieden, nog wel geboden kan worden. Dit zal van de hulpverleners dan meer inzet vragen en daardoor is de samenwerking nog veel belangrijker. De huisarts ziet de toekomst wel met vertrouwen tegemoet. De praktijkverpleegkundige verwacht dat de zorg die geleverd wordt, minder zal worden en de patiënten meer op zichzelf aangewezen zijn. Ze geeft aan dat patiënten zich hierdoor meer terug zullen trekken en dat daardoor meer gezondheidsproblemen zullen ontstaan. Ook verwacht ze dat het aantal verzorgingshuizen minder wordt en de psychogeriatrische zorg een probleem wordt. De huisarts en de praktijkverpleegkundige verwachten dat de patiënten in de toekomst meer moeten betalen voor de zorg in de huisartsenpraktijk. De praktijkverpleegkundige geeft aan dat hierdoor patiënten mogelijk minder of niet meer naar de huisartsenpraktijk zullen komen. Ze geeft aan dat ze verwacht dat patiënten meer voor medicatie moeten betalen.

Vervolg project ouderenzorg

De praktijkverpleegkundige hoopt dat het project ouderenzorg voortgezet kan worden en dat hier meer aandacht voor komt in de praktijk. Ze hoopt dat de huisartsenpraktijk zich verder kan ontwikkelen op het gebied van ouderenzorg.

4.2 Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen?

De resultaten van deelvraag 5 bestaan uit de gegevens die naar voren zijn gekomen uit het afnemen van de vragenlijsten. De vragenlijst is bij 170 80-plussers in Maarn en Maarsbergen afgenomen. Het laatste gedeelte van de uitwerking van deelvraag 5 bestaat uit de resultaten van de open vragen. Het totale percentage bij de open vragen zal uitkomen op meer dan 100%, omdat de 170 respondenten meerdere antwoorden mochten geven.

Uit de resultaten van deelvraag 5 zijn verschillende probleemgebieden naar voren gekomen. Uit deze resultaten zijn ook probleemgebieden naar voren gekomen, die niet besproken zijn in het literatuuronderzoek. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt de frequentie van de probleemgebieden weergegeven in figuur 2. Voor grafieken per probleemgebied wordt verwezen naar bijlage 10.

Vragen

Van de onderzochte 80-plussers in Maarn en Maarsbergen geeft 57,06% aan het afgelopen half jaar geen pijn te hebben ervaren. Van de overige 42,96% geeft 12,40% aan lichte pijn te hebben ervaren, 22,40% matige pijn te hebben ervaren en 8,20% ernstige pijn te hebben ervaren.

Een gedeelte van de onderzochten, namelijk 88,20%, geeft aan medicatie te gebruiken. Van deze groep geeft 29,33% aan vijf of meer verschillende soorten medicijnen te gebruiken. Dit aantal is 25,88% van de totale onderzochte 80-plussers. Van de onderzochten die medicatie gebruiken, geeft 4,00% aan de medicatie niet op de juiste tijd en niet in de juiste dosering in te nemen. 8,00% van de onderzochten die medicatie gebruiken, geeft aan dat de medicatie klaargezet en/of aangereikt moet worden.

Op het gebied van ADL functioneert 42,40% van de onderzochten redelijk tot goed zelfstandig. 1,20% heeft hulp nodig, maar kan ook veel zelf. De overige 56,50% kan de ADL geheel zelfstandig uitvoeren.

Op de vraag over ongewild urineverlies geeft 33,53% van de totale onderzoekspopulatie aan wel eens ongewild urine te verliezen. Hiervan geeft 47,37% aan af en toe incontinent te zijn, 47,37% regelmatig incontinent te zijn en geeft 5,26% aan een katheter te hebben.

Van de onderzochte 80-plussers geeft 14,10% aan alleen beweging te krijgen door ADL. Verder geeft 61,80% aan meer te bewegen dan ADL, maar niet volgens de 'Nederlandse Norm gezond bewegen'. Tot slot geeft 24,10% aan te bewegen volgens de 'Nederlandse Norm gezond bewegen'.

Van de onderzochten geeft 4,70% aan het afgelopen half jaar meer dan drie keer te zijn gevallen. 3,50% geeft aan twee keer te zijn gevallen en 16,50% geeft aan één keer te zijn gevallen. Van de onderzochten geeft 57,15% aan dat het valincident was veroorzaakt door extrinsieke factoren en 42,85% geeft intrinsieke factoren als oorzaak aan. Van de onderzochte 80-plussers geeft 20,00% aan

bijna nooit activiteiten te vermijden, uit bezorgdheid om te vallen, 7,10% geeft aan deze activiteiten soms te vermijden en 2,40% geeft aan deze activiteiten vaak te vermijden.

Van de onderzochten geeft 6,47% aan problemen te ervaren in het dagelijkse leven door slecht zien, ondanks het eventueel dragen van een bril. 93,53% geeft aan geen problemen te ervaren in het dagelijkse leven door slecht zien, ondanks het eventueel dragen van een bril. Daarnaast geeft 12,35% van de onderzochte 80-plussers aan problemen te ervaren in het dagelijkse leven door slecht gehoor, ook bij het eventueel dragen van een gehoorapparaat. Tot slot geeft 87,65% aan geen problemen te ervaren in het dagelijkse leven door slecht gehoor, ook bij het eventueel dragen van een gehoorapparaat.

Van de totale onderzoekspopulatie geeft 2,94% van de onderzochten aan het afgelopen half jaar ongewild te zijn afgevallen. 20,00% hiervan geeft aan meer dan drie kilogram in de afgelopen maand te zijn verloren. De overige 80,00% geeft aan meer dan zes kilogram in de afgelopen zes maanden te zijn verloren. Van de totale onderzoekspopulatie geeft 1,80% aan niet te weten of sprake was van ongewild gewichtsverlies in het afgelopen half jaar. 95,30% geeft aan niet ongewild te zijn afgevallen in het afgelopen half jaar. Van de groep onderzochten die ongewild zijn afgevallen in het afgelopen half jaar, geeft 40,00% een verminderde eetlust aan als oorzaak voor het gewichtsverlies. De overige 60,00% geeft een andere reden voor het gewichtsverlies aan.

Van de onderzochte 80-plussers geeft 10,60% aan te roken. Daarnaast geeft 63,50% aan voorheen gerookt te hebben. 25,90% geeft aan nooit gerookt te hebben. Wat betreft het alcoholgebruik, geeft 12,40% van de onderzochten aan drie tot zes eenheden per dag te gebruiken. 14,10% geeft aan twee eenheden per dag te gebruiken en 28,20% geeft aan één eenheid per dag te gebruiken. Tot slot geeft 45,30% aan gemiddeld nul eenheden alcohol per dag te gebruiken.

Van de onderzochte 80-plussers geeft 20,59% aan zich zorgen over het geheugen te maken. De overige 79,40% van de onderzochten geeft aan zich geen zorgen te maken over het geheugen. 4,71% van de onderzochten ervaart problemen in het dagelijks leven door vergeetachtigheid. Van de totale onderzoekspopulatie geeft 95,29% aan geen problemen in het dagelijks leven te ervaren door vergeetachtigheid.

Wat de stemming betreft, geeft 11,18% van de onderzochten aan een verminderd plezier in de dagelijkse activiteiten te ervaren ten opzichte van de laatste weken. De overige 88,82% geeft aan geen verminderd plezier te ervaren in de dagelijkse activiteiten ten opzichte van de laatste weken. Daarnaast geeft 34,11% van de onderzochten aan de laatste tijd zich wel eens somber te voelen. Van hen geeft 1,72% aan dat deze gevoelens altijd aanwezig zijn en 98,28% geeft aan dat deze gevoelens soms aanwezig zijn. Ten slotte geeft 65,89% aan zich de laatste tijd nooit somber te voelen. Van de onderzochte 80-plussers in Maarn en Maarsbergen geeft 24,71% aan wel eens een leegte om zich heen te ervaren.

Van de onderzochten die een leegte om zich heen ervaren, geeft 69,05% aan dat het wegvallen van dierbaren een oorzaak was van deze leegte. Daarnaast geeft 30,95% van de onderzochten, die wel eens een leegte om zich heen ervaren, als oorzaak een gebrek aan sociale contacten aan. Ook geeft 7,14% van de onderzochten, die wel eens een leegte om zich heen ervaren, aan dat een slechte lichamelijke conditie de oorzaak hiervan is. Van de onderzochten, die wel eens een leegte om zich heen ervaren, geeft 4,76% een ongezellige buurt aan als oorzaak. 4,76% geeft als oorzaak voor de leegte aan, zich nutteloos te voelen in de samenleving en 4,76% geeft de winterperiode als oorzaak voor de leegte aan. Tot slot geeft 4,76% van de onderzochten, die een leegte om zich heen ervaren, aan een onduidelijke oorzaak te hebben voor de leegte.

Van de onderzochten geeft 13,53% aan mantelzorg te geven. 91,30% van deze mantelzorgers geeft aan dit als niet te zwaar te ervaren. 8,70% geeft aan de zorg zwaar te vinden, maar draaglijk. De overige 86,47% geeft aan geen mantelzorg te geven.

Tijdens het ouder worden en de eventuele gezondheidsproblemen die daarbij komen kijken, geeft 62,94% aan steun te ervaren uit contact met familie of anderen, zoals vrienden of kennissen. Daarnaast geeft 25,29% aan dat hun geloof steun biedt bij het ouder worden en de eventuele gezondheidsproblemen die daarbij ontstaan. 12,35% geeft aan steun te halen uit zijn hobby's. Ook geeft 2,94% aan zichzelf steun te bieden. Van de onderzochten geeft 1,76% aan dat (vrijwilligers)werk hen steun biedt in het ouder worden en de eventuele gezondheidsproblemen. Verder geeft 1,76% aan steun te ervaren uit de natuur en 1,76% geeft aan steun te ervaren van de thuiszorg. 7,65% van de onderzochten geeft aan niet te weten wat hen steun biedt tijdens het ouder worden. Ten slotte geeft 11,76% aan dat er niets is wat hun steun biedt tijdens het ouder worden en de eventuele gezondheidsproblemen die daarbij ontstaan.

Van de onderzochte 80-plussers denkt 15,29% tegen lichamelijke problemen op te lopen in de toekomst. 7,06% denkt tegen mobiliteitsverlies op te lopen in de toekomst en 7,06% geeft aan dat hij bang is om afhankelijk te worden van anderen. Verder geeft 4,12% aan tegen het levenseinde op te zien. Ook geeft 2,94% aan bang te zijn om in de toekomst dement te worden. 2,35% geeft aan bang te zijn om het rijbewijs in de toekomst te verliezen en 2,35% geeft het wegvallen van dierbaren als probleem aan, waartegen hij denkt op te lopen in de toekomst. Van de onderzochten denkt 1,76% psychische problemen op te lopen en denkt 1,76% tegen het verlies van sociale contacten op te lopen. Daarnaast geeft 1,18% aan zich zorgen te maken om zijn echtgenoot of echtgenote. Tevens denkt 0,59% tegen pijn op te lopen in de toekomst en 0,59% denkt tegen financiële problemen in de toekomst op te lopen. Ten slotte geeft 2,94% aan niet te weten tegen welke problemen zij kunnen oplopen in de toekomst en 52,94% geeft aan niet over problemen in de toekomst na te denken.

Om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, geeft 24,12% van de onderzochten aan, aanpassingen in huis nodig te hebben. Van de onderzochten geeft 22,35% aan thuiszorg nodig te hebben en 20,59% geeft aan huishoudelijke hulp nodig te hebben in de toekomst. Van de totale

onderzoekspopulatie geeft 10,0% aan hulp nodig te hebben van familie om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Ook geeft 8,24% aan gezondheid nodig te hebben, en 3,53% geeft aan een tuinman nodig te hebben. Tevens geeft 2,94% aan hulpmiddelen nodig te hebben om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Daarnaast geeft 2,35% aan een gezond verstand nodig te hebben en 1,76% van de onderzochten geeft als antwoord op deze vraag te willen verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis. 1,18% geeft aan te willen verhuizen naar een aanleuningswoning of appartement en 1,18% geeft aan het Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen nodig te hebben. Verder geeft 1,18% aan 'Tafeltje-dekje' nodig te hebben en 0,59% geeft aan persoonsalarmering nodig te hebben, om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Van de onderzochten geeft 15,88% aan niet te weten wat ze nodig hebben om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen en 8,82% geeft aan hier niet over na te denken. Tot slot geeft 11,18% aan niets nodig te hebben om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen.

Van de onderzochten geeft 25,29% aan eerder terecht te willen kunnen op het spreekuur van de eigen huisarts. Daarnaast geeft 11,76% aan meer betrokkenheid van de eigen huisarts te willen krijgen. 9,40% geeft aan de huisartsenzorg van het gezondheidscentrum nodig te hebben om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Verder geeft 7,65% aan thuiszorg nodig te hebben, op de vraag wat hij nodig zal hebben van het gezondheidscentrum om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Tevens geeft 3,53% aan het prettig te vinden als de huisarts op huisbezoek komt. Ook geeft 2,94% aan een betere telefonische bereikbaarheid te willen met het Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen. Van de onderzochten geeft 2,35% aan de wijkverpleegkundige weer terug te willen krijgen. 1,76% geeft aan een langere spreekuurtijd te willen. Vervolgens geeft 1,18% van de onderzochten aan dat ze het fijn zouden vinden als er in het weekend een huisarts aanwezig is. Daarnaast geeft 1,18% aan huishoudelijke hulp te willen ontvangen van het gezondheidscentrum om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Ook geeft 0,59% aan een vaste vervanger van de huisarts te willen in geval van verhindering van de eigen huisarts. Wat medicatie betreft geeft 0,59% aan een betere controle te willen op de medicatie. Daarnaast geeft 0,59% aan 'Tafeltje-dekje' te willen ontvangen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. 0,59% van de onderzochten geeft aan geen antwoord te willen geven op de vraag wat hij nodig heeft van het gezondheidscentrum om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Tevens geeft 13,53% aan niet te weten wat zij nodig hebben van het gezondheidscentrum. Ten slotte geeft 31,76% aan niets nodig te hebben van het gezondheidscentrum.

Observaties

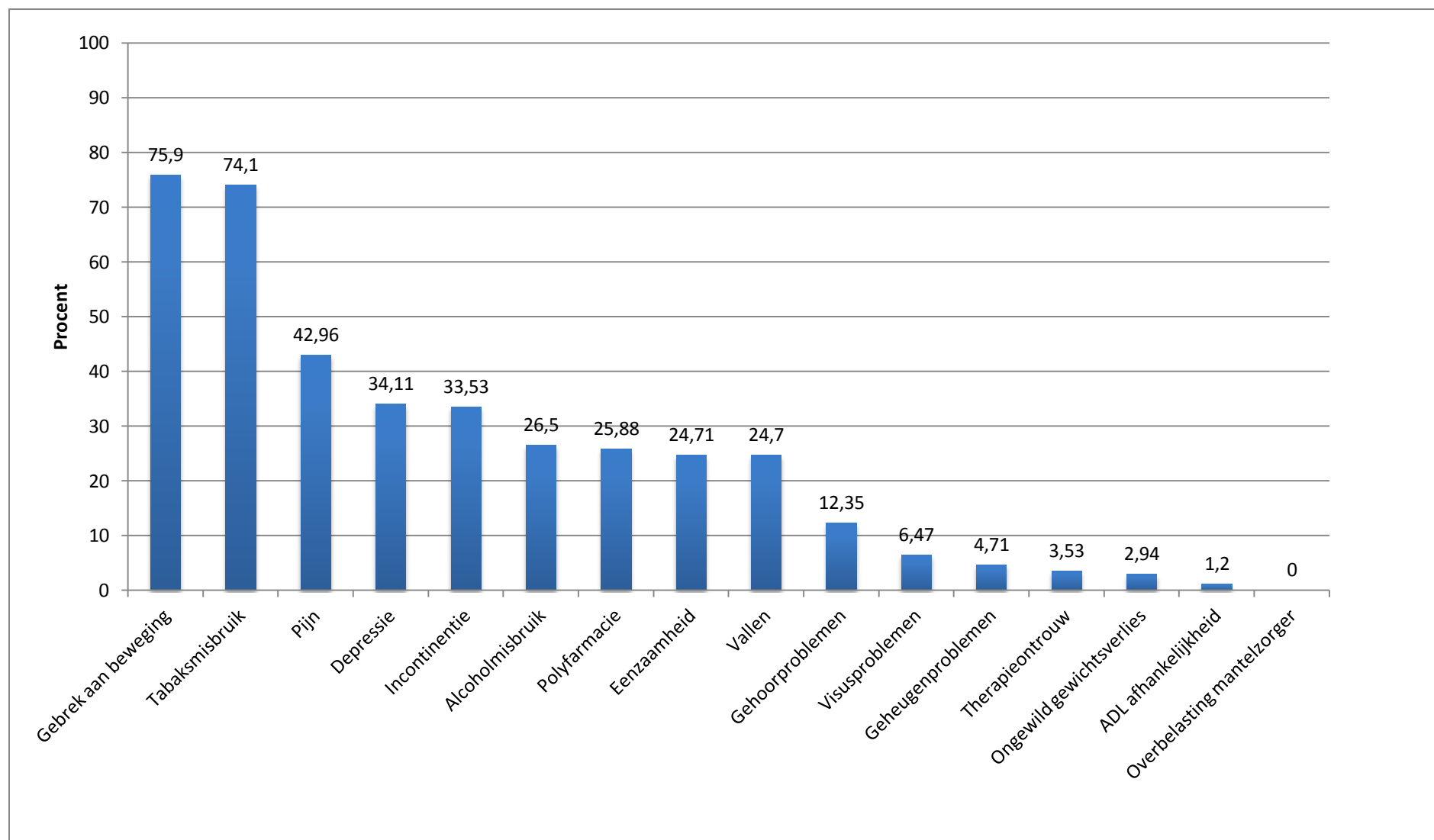
Tijdens de huisbezoeken hebben de onderzoekers vier observatielijsten ingevuld. Bij elke observatielijst werd gelet op psychische- en gedragssignalen, lichamelijke signalen, signalen uit de woonomgeving en eventuele andere signalen. Hieronder is beschreven wat de resultaten zijn van deze observatielijsten.

Op psychisch gebied is bij 4,12% van de onderzochte 80-plussers waargenomen dat hij verward is. Daarnaast gaf 4,12% onbetrouwbare antwoorden op vragen die door de onderzoekers werden gesteld. 3,53% van de onderzochten viel voortdurend in herhaling. Ook kon 3,53% tijdens de gesprekken niet op bepaalde woorden komen. Daarnaast gedroeg 1,18% zich onrustig tijdens het huisbezoek. Ten slotte werden bij 86,47% van de onderzochten geen signalen waargenomen op psychisch gebied.

Wat betreft de lichamelijke signalen moesten bij 8,24% van de totale onderzoekspopulatie vragen herhaald worden door slecht gehoor. Verder maakte 0,59% van de onderzochten een verwaarloosde onverzorgde indruk. Bij de overige 91,18% werden geen signalen waargenomen.

Van de onderzochte 80-plussers in Maarn en Maarsbergen werd bij 8,82% een onveilige vloer waargenomen. Daarnaast was bij 0,59% van de onderzochten sprake van een vervuilde woning. Bij 90,59% werden geen signalen waargenomen in de woonomgeving.

Wat betreft de andere signalen werden verschillende observaties waargenomen. 3,53% van de onderzochten gaf afwijkende antwoorden op de vragen die aan hem werden gesteld. Ook werd bij 3,53% vergeetachtigheid waargenomen. Bij 1,18% van de onderzochten kwamen de antwoorden op de vragen niet overeen met de observatie. Ook vermeed 1,18% van de onderzochten oogcontact met de onderzoekers. Van de onderzochte 80-plussers zijn bij 1,18% suïcide-uitspraken waargenomen. Bij 1,18% van de onderzochten hing een doordringende lucht in huis van rook en/of urine. Daarnaast vermeed 0,59% van de onderzochten antwoorden. Façadegedrag werd bij 0,59% van de onderzochten waargenomen. Verder maakte 0,59% een angstige indruk. 0,59% maakte een eenzame indruk en 0,59% vertoonde emotioneel gedrag. Ook sprak 0,59% van de onderzochten onduidelijk. Verder praatte 0,59% extreem veel over het verleden. Bij 0,59% werden vieze ramen waargenomen. Ten slotte werden bij 82,94% van de onderzochten geen andere signalen waargenomen.



Figuur 2. Probleemgebieden.

5. Conclusie

Uit de resultaten van het onderzoek kunnen verschillende conclusies getrokken worden. In dit hoofdstuk worden eerst de deelvragen beantwoord aan de hand van de resultaten. Vervolgens zal een antwoord op de hoofdvraag gegeven worden.

Antwoorden op de deelvragen

1. Wat zijn veel voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland?

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat 'communicatie met niet Nederlands sprekende mensen', 'polyfarmacie', 'ondervoeding', 'incontinentie', 'ADL afhankelijkheid', 'vallen', 'decubitus', 'visus- of gehoorproblemen', 'delier', 'dementie', 'pijn' en 'depressie' de meest voorkomende probleemgebieden onder ouderen in Nederland zijn (Hoogerduijn, 2008).

2. Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Nederland uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van ouderen?

Vanuit de huisartsenzorg in Nederland worden veel interventies uitgevoerd wat betreft de ouderenzorg. Het geven van voorlichting door de huisarts en de praktijkverpleegkundige is van groot belang, vooral bij de probleemgebieden 'pijn', 'incontinentie', 'vallen', 'alcoholmisbruik' en 'tabaksmisbruik' (CBO, 2004, CBO, 2009; NHG, 2008; Risselada et al., 2009; V&VN, 2010). Ook consulteert de huisarts specialisten in de tweede en derde lijn, zorgt hij voor een zorg- en behandelplan en zorgt hij voor een samenhangend zorgaanbod, eventueel samen met andere huisartsen (Gezondheidsraad, 2007; NHG, 2007). In bepaalde situaties is een verwijzing naar een andere discipline nodig, bijvoorbeeld als gericht onderzoek, specialistische hulp of een operatie nodig is (Gezondheidsraad, 2007). Als sprake is van comorbiditeit, kan een casemanager ingeschakeld worden voor het coördineren van de zorg (NHG, 2007). Een geïndividualiseerde internetpagina kan ook bijdragen aan een goede communicatie rondom een oudere met comorbiditeit (Schers & Nieuwboer, 2010). Om problemen te voorkomen bij ouderen met polyfarmacie, wordt één keer per jaar een gesprek gepland, waarin de huisarts of praktijkverpleegkundige de medicatie met de patiënt evalueert (NHG, 2006). Ouderen hebben vaak een lagere dosering van medicatie nodig, bijvoorbeeld als het gaat om medicatie tijdens het stoppen met roken (Chavannes et al., 2007). Wanneer er problemen zijn op het gebied van vallen en op het gebied van ADL zelfstandigheid, verwijst de huisarts patiënten eventueel door naar een fysiotherapeut of ergotherapeut (CBO, 2004). Op deze manier kunnen ouderen ook gestimuleerd worden om meer te bewegen. Het is van groot belang dat de huisarts en de praktijkverpleegkundige goed doorvragen. Vooral patiënten met incontinentie, gehoorproblemen en klachten van dementie, zullen niet snel naar de huisarts gaan met dit probleem (Boomsma et al., 2009; Eekhof et al., 2005; Vierhout & Heesakkers, 2008). Het is van belang om het psychisch functioneren van ouderen in beeld te hebben, wanneer er lichamelijke klachten zijn. Ook uit ouderen psychische klachten sneller op een lichamelijke manier (Spijker & Schoenmaker, 2010).

3. Welke vragenlijsten zijn er om de probleemgebieden van ouderen te signaleren?

In de literatuur is geen gevalideerde vragenlijst gevonden, om de meest voorkomende probleemgebieden van 80-plussers in Nederland in kaart te brengen. Er zijn veel vragenlijsten te vinden die de thuiswonende, kwetsbare ouderen in kaart brengen. De meest gebruikte vragenlijsten in Nederland zijn het EASYCARE-instrument, het TRAZAG-instrument, de TFI en de GFI.

4. Welke interventies worden vanuit de huisartsenzorg in Maarn en Maarsbergen uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers?

De praktijkverpleegkundige vraagt in haar consulten standaard naar de rookstatus, het alcoholgebruik en het beweegpatroon van de oudere. De overige probleemgebieden, namelijk 'pijn', 'polyfarmacie', 'ADL afhankelijkheid', 'incontinentie', 'visusproblemen', 'gehoorproblemen', 'ondervoeding', 'dementie', 'depressie', 'overbelasting mantelzorger' en 'decubitus', komen aan de orde wanneer de patiënt deze bespreekbaar maakt of wanneer de praktijkverpleegkundige of de huisarts signalen opvangt behorend bij deze probleemgebieden.

De interventies, behorend bij de probleemgebieden depressie en polyfarmacie, zijn vastgelegd in een zorgprogramma. Voor de overige probleemgebieden is niet concreet beschreven welke interventies uitgevoerd worden. De interventies worden voornamelijk uitgevoerd door de huisartsen en de praktijkverpleegkundige. Zij doen dit in samenwerking met de praktijkassistentes, de medewerkers van de apotheek en de medewerkers van de thuiszorg. Daarnaast verwijzen zij naar andere disciplines, zoals: POH-GGZ, coördinator dementienetwerk, internist, psycholoog, bekkentherapeut, fysiotherapeut, cesartherapeut, diëtist, ergotherapeut, maatschappelijk werker, geriater en specialist ouderengeneeskunde. Ook verwijzen zij naar de medewerkers van de stichting Welnúh, van de pijnpoli, van Diagnostisch Centrum Saltro, en naar de medewerker van de thuiszorg met specialisatie valpreventie

Bij een aantal probleemgebieden worden specifieke interventies uitgevoerd:

- Incontinentie: De medewerkers van de apotheek geven voorlichting over incontinentiemateriaal.
- Vallen: Eén keer in de vijf jaar wordt gecontroleerd op het gebruik van benzodiazepinen. Bij ouderen start de huisarts met een lage dosering van benzodiazepinen.
- Alcoholmisbruik: De huisartsen en praktijkverpleegkundige geven voorlichting over alcohol aan ouderen.
- Tabaksmisbruik: De huisartsen en praktijkverpleegkundige begeleiden patiënten bij het stoppen met roken.
- Dementie: De huisarts stimuleert de ouderen om actief te blijven en hun hersenen te blijven trainen. De praktijkverpleegkundige neemt geregeld de MMSE-test af, verzorgt het laboratoriumformulier en regelt de eventuele indicatie. Daarnaast begeleidt zij regelmatig de partner van de patiënt met dementie.
- Overbelasting mantelzorger: De praktijkverpleegkundige begeleidt regelmatig de mantelzorger, wanneer sprake is van overbelasting of risico op overbelasting.

- Decubitus wordt voornamelijk gesignaleerd door de medewerkers van de thuiszorg. Wanneer nodig, wordt de huisarts in consult geroepen.

5. Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen?

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat een groot deel van de onderzochte 80-plussers in Maarn en Maarsbergen niet beweegt volgens de 'Nederlandse Norm gezond bewegen'. Dit vormt het grootste probleemgebied. Ook blijkt uit het onderzoek dat een groot deel van de onderzoekspopulatie rookt of voorheen heeft gerookt. Het probleemgebied dat hierna het meest voorkomt, is pijn. Signalen van een mogelijke depressie, vormen daarna het meest voorkomende probleem. Vervolgens komt incontinentie het meest voor bij de thuiswonende 80-plussers. De probleemgebieden 'alcoholmisbruik', 'polyfarmacie', 'eenzaamheid' en 'vallen', komen in vrijwel gelijke verhoudingen voor. Probleemgebieden die in verhouding weinig voorkomen bij de thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen, zijn 'gehoorproblemen', 'visusproblemen', 'geheugenproblemen', 'therapieontrouw', 'ongewild gewichtsverlies' en 'ADL afhankelijkheid'. Het probleemgebied 'overbelasting mantelzorger' kwam bij geen van de 80-plussers voor.

Antwoord op de hoofdvraag

Wat zijn de probleemgebieden van thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen en hoe kan het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn en Maarsbergen in Maarn deze uitkomsten verwerken in het beleid voor thuiswonende 80-plussers?

Probleemgebieden die in verhouding veel voorkomen bij de onderzochte thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen, zijn 'gebrek aan beweging', 'tabaksmisbruik', 'pijn', 'signalen van een depressie', 'incontinentie', 'alcoholmisbruik', 'polyfarmacie', 'eenzaamheid' en 'vallen'. De probleemgebieden 'gehoorproblemen', 'visusproblemen', 'geheugenproblemen', 'therapieontrouw', 'ongewild gewichtsverlies' en 'ADL afhankelijkheid' komen in verhouding minder voor bij de onderzochte thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen. Daarnaast blijkt dat een deel van de 80-plussers in Maarn en Maarsbergen niet bewust nadenkt over de toekomst. Wanneer gezondheidsproblemen optreden bij deze ouderen, verwachten zij acute zorg vanuit het gezondheidscentrum. Het is daarom van groot belang dat het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn in haar toekomstige beleid rekening houdt met de toename van het aantal ouderen en daarmee een toename van de vraag naar acute zorg. Vanuit het gezondheidscentrum worden al verschillende interventies uitgevoerd met betrekking tot de genoemde probleemgebieden. Er zijn verschillende manieren gevonden, waardoor de zorg vanuit het gezondheidscentrum verbeterd kan worden. Door in haar beleid meer aandacht te besteden aan het maken van samenwerkingsafspraken en het informeren van ouderen over de verschillende mogelijkheden van het gezondheidscentrum, kan het bestuur de zorg voor thuiswonende ouderen verbeteren. Zij kunnen hierbij gebruik maken van de aanbevelingen die in het volgende hoofdstuk genoemd worden.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen aan de hand van de conclusies, aanbevelingen worden gegeven. Eerst zullen de aanbevelingen met betrekking tot verschillende probleemgebieden beschreven worden. Vervolgens worden aanbevelingen gegeven gericht aan het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn. Ook worden aanbevelingen gegeven op basis van de wensen en verbeterpunten die de 80-plussers benoemden tijdens de huisbezoeken. Deze aanbevelingen worden gekoppeld aan een discipline of instantie in het gezondheidscentrum. Ten slotte worden aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen met betrekking tot de probleemgebieden

Gebrek aan beweging

Wij bevelen aan om te onderzoeken of er behoefte is aan een speciaal beweegprogramma voor ouderen. Dit programma kan bijvoorbeeld worden aangeboden door de fysiotherapeut.

Pijn

Wij bevelen aan om patiënten met chronische pijn door te verwijzen naar een (geriatrie-)fysiotherapeut en/of ergotherapeut. Interventies die door deze disciplines uitgevoerd worden, zijn erop gericht om de ADL zelfstandigheid en het welzijn en functioneren van ouderen te bevorderen.

Depressie

Naast de interventies die vanuit het bestaande zorgprogramma Depressie uitgevoerd worden, bevelen wij de huisartsen en de praktijkverpleegkundige aan om alert te zijn op gevoelens van eenzaamheid en somberheid bij ouderen. Deze gevoelens kunnen met elkaar in verband staan.

Incontinentie

Naast de interventies die al uitgevoerd worden met betrekking tot incontinentie, bevelen wij aan om meer aandacht te besteden aan het signaleren van incontinentieproblemen bij ouderen. De praktijkverpleegkundige heeft hierin een belangrijke rol, omdat zij meer zicht heeft op de ouderen. Als de praktijkverpleegkundige hier concreet naar vraagt, ervaren de ouderen mogelijk openheid om dit probleem te bespreken.

Alcoholmisbruik

Wij bevelen de huisartsen en de praktijkverpleegkundige aan om met elkaar interventies op te stellen met betrekking tot overmatig alcoholgebruik bij ouderen. Op deze manier wordt op één lijn gewerkt aan de zorg rondom ouderen en alcoholgebruik. Ook bevelen wij aan om het screeningsinstrument CAGE te gebruiken om overmatig alcoholgebruik bij ouderen vast te stellen. Ten slotte bevelen wij aan om tijdens en na de begeleiding van ouderen met overmatig alcoholgebruik, telefonisch contact te houden, zodat deze ouderen steun en betrokkenheid blijven ervaren.

Polyfarmacie

Wij bevelen de huisarts aan om jaarlijks een medicatiebeoordelingsgesprek te voeren met ouderen, waarbij het medicatiegebruik geëvalueerd wordt.

Eenzaamheid

Om het aantal ouderen met gevoelens van eenzaamheid te verminderen, bevelen wij aan om in samenwerking met de Stichting Welnúh, vrijwilligers in te zetten die deze ouderen bezoeken. Door deze huisbezoeken kunnen de achtergronden van eenzaamheid in kaart gebracht worden. Vervolgens kijkt de vrijwilliger samen met de oudere naar manieren om zijn sociale leven meer vorm te geven.

Vallen

Wij bevelen de huisartsen en de praktijkverpleegkundige aan om bij ouderen de valrisico's te evalueren met behulp van het algoritme, ontworpen door het CBO (zie bijlage 2). Daarnaast bevelen wij aan om een ergotherapeut in te schakelen, als aanpassingen in huis nodig zijn om de valrisico's te beperken.

Aanbevelingen met betrekking tot het bestuur

- Wij bevelen aan om ouderen te informeren over mogelijkheden die het gezondheidscentrum hen kan bieden. Dit kan gedaan worden door extra aandacht aan dit onderwerp te besteden in de folder 'Rondom gezond'.
- Om een samenhangend zorgaanbod te creëren, bevelen wij aan om een zorgprogramma te ontwerpen voor ouderen. In dit zorgprogramma worden onder andere de taken van de huisartsen, praktijkverpleegkundige en praktijkassistenten beschreven.

Aanbevelingen met betrekking tot verschillende disciplines/instanties in het gezondheidscentrum*Huisarts*

Een kwart van de 80-plussers geeft aan eerder op het spreekuur van de eigen huisarts terecht te willen kunnen. Wij bevelen aan om als medewerkers van de huisartsenpraktijk met elkaar in gesprek te gaan over dit probleem en vervolgens actie te ondernemen om dit probleem op te lossen.

Wij bevelen aan om te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om een ouderensprekuur op te zetten, uitgevoerd door een praktijkverpleegkundige. Op deze manier kan vanuit de huisartsenpraktijk meer aandacht besteed worden aan de ouderen, zodat zij meer betrokkenheid ervaren.

Ergotherapeut

Een deel van de 80-plussers denkt in de toekomst aanpassingen in huis nodig te hebben. Daarnaast geeft een deel van de onderzochte 80-plussers aan niet bezig te zijn met de toekomst. Dit betekent dat vanuit de huisartsenpraktijk acute zorg geleverd moet worden, op het moment dat een probleem optreedt, ook wanneer er aanpassingen in huis nodig zijn. Om dit zoveel mogelijk te kunnen beperken,

bevelen wij aan om de ouderen bewust te maken van de stappen die zij moeten ondernemen om de aanpassingen te kunnen realiseren en de tijdsduur die dit proces in beslag neemt. Wij bevelen aan om een folder te ontwerpen, waarin de mogelijkheden van een ergotherapeut worden uitgelegd en meer informatie wordt gegeven over de te ondernemen stappen bij aanpassingen in huis.

Vitras: verzorging en verpleging

Wij bevelen aan om rekening te houden met de toenemende zorgvraag van de ouderen. Hierbij is het belangrijk om de taken van de verpleegkundigen en verzorgenden efficiënt te verdelen en om in kaart te brengen welke ouderen behoefte hebben aan thuiszorg.

Een aantal onderzochte ouderen geeft aan vaker een huisbezoek te willen ontvangen van een wijkverpleegkundige. Om de behoeften van de ouderen in kaart te brengen, bevelen wij aan om hen een vragenlijst toe te sturen met daarin de vraag of zij behoefte hebben aan thuiszorg en/of bezoek van een wijkverpleegkundige.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Wij bevelen aan om preventieve screening uit te voeren met betrekking tot de probleemgebieden die in dit onderzoek behandeld zijn. Dit kan bijvoorbeeld door jaarlijks de ouderen het startdocument van het TRAZAG-instrument in te laten vullen. Wij bevelen aan om vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheid en de invulling van een spreekuur ouderenzorg. Wij raden aan om hiervoor hbo-verpleegkunde studenten te benaderen.

7. Discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden geëvalueerd en worden de behaalde resultaten vergeleken met de bestudeerde literatuur. Daarnaast wordt de bruikbaarheid van de aanbevelingen geëvalueerd. De onderzoekers hebben aandacht besteed aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. In dit hoofdstuk zullen verschillende knelpunten besproken worden die de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (mogelijk) beïnvloed hebben. Tot slot wordt aangegeven in hoeverre het doel van het onderzoek bereikt is.

Onderzoeksmethoden

- De vragenlijsten bij de 80-plussers zijn door vier verschillende onderzoekers afgenomen. De huisbezoeken werden in tweetallen afgelegd. Er werd elke week van tweetal gewisseld. Toch had iedere interviewer haar eigen vraagtechnieken, wat de betrouwbaarheid van de resultaten kan beïnvloeden.
- De vragenlijsten bij de 80-plussers werden niet door hen zelf ingevuld, maar werden mondeling door de interviewers afgenomen. De interviewers vulden de antwoorden in een spreadsheet in. Bij de gesloten vragen werden bij bepaalde vragen, antwoorden ingevuld die het dichtst bij het antwoord lagen van de 80-plussers. Bij de open vragen werden de antwoorden ingekort, wat invloed heeft op de betrouwbaarheid van de resultaten.
- De interviews met de huisarts en de praktijkverpleegkundige werden afgenomen door dezelfde twee onderzoekers. Dit kan invloed hebben gehad op het gesprek, omdat het tweetal zijn eigen gesprekstechnieken had ontwikkeld.
- Het interview met de huisarts en de praktijkverpleegkundige werd opgenomen met een voicerecorder. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de vrijheid van spreken van de huisarts en de praktijkverpleegkundige. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen, omdat op deze manier de informatie als beste en meest betrouwbare manier kan worden verwerkt. Vooraf hebben de onderzoekers aan de huisarts en de praktijkverpleegkundige gevraagd of het gesprek opgenomen mocht worden, zodat zij hierop voorbereid zouden zijn.

Resultaten

- Voorafgaand aan het huisbezoek waren de 80-plussers geïnformeerd over het feit dat hun gegevens zouden worden opgenomen in het patiëntendossier. Dit kan invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van de antwoorden. Doordat de 80-plussers wisten dat de antwoorden zouden opgenomen worden in hun patiëntendossier, hebben ze mogelijk sociaal wenselijke antwoorden gegeven.
- Het antwoord op de vraag of de 80-plusser activiteiten vermijdt, omdat hij bang is om te vallen, was voor veel ouderen moeilijk te beantwoorden. De 80-plussers begrepen niet goed wat de antwoorden, als 'bijna nooit' en 'soms' inhielden. Hieruit is de conclusie te trekken dat de antwoorden begrijpelijker geformuleerd moesten worden.
- Naast de probleemgebieden die uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen, kwamen 'therapieontrouw' en 'gebrek aan beweging' ook naar voren. In de huisartsenpraktijk worden

veel interventies uitgevoerd met betrekking tot de probleemgebieden van de 80-plussers, die ook naar voren kwamen in het literatuuronderzoek.

Aanbevelingen

- De antwoorden die zijn gegeven door de 80-plussers, geven alleen de huidige situatie weer. Over een aantal weken kan deze situatie veranderd zijn. Dit kan ervoor zorgen dat de aanbevelingen niet volledig bruikbaar zijn in de toekomst.
- Ondanks dat door interviews in kaart is gebracht welke interventies vanuit de huisartsenpraktijk uitgevoerd worden, kunnen bepaalde aanbevelingen overeen komen met de huidige interventies.

Validiteit en betrouwbaarheid

- De geïnterviewde 80-plussers zijn benaderd door het Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen. Vooraf hadden de onderzoekers aangegeven om de hele populatie te willen onderzoeken, om een betrouwbaar beeld te krijgen. Het gezondheidscentrum heeft gekozen om exclusiecriteria op te stellen en deze te gebruiken tijdens het benaderen van de 80-plussers. Het gebruik van deze exclusiecriteria kan invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van het onderzoek.
- Voordat de onderzoekers de vragenlijsten gingen afnemen bij de 80-plussers, werd deze groep door de praktijkassistente telefonisch benaderd. Tijdens dit telefoongesprek werd een afspraak gemaakt met de oudere. Hierdoor wist de oudere op welke datum en welk tijdstip de onderzoekers hem zou bezoeken. De oudere heeft zich op allerlei wijze kunnen voorbereiden op het huisbezoek. Dit kan invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van de observaties.

Doelstelling

- De probleemgebieden van de thuiswonende 80-plussers in Maarn en Maarsbergen zijn in kaart gebracht. Op basis hiervan zijn aanbevelingen gegeven, waarmee het bestuur van de stichting Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen in Maarn een beleid kan ontwikkelen, dat vanaf 2015 toegepast kan worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de doelstelling van dit onderzoek behaald is.

8. Literatuurlijst

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., et al., (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21 (2), 167-178.
- Academisch Medisch Centrum (2011). *Maculadegeneratie*. Geraadpleegd op 3 maart 2012, op <http://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Oogheelkunde/Aandoeningen-en-behandelingen/Maculadegeneratie.htm>.
- Academisch Medisch Centrum (2011). *Operaties bij verzakking en/of urine-incontinentie*. Geraadpleegd op 3 maart 2012, op <http://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Gynaecologie/Aandoeningen-en-behandelingen/Operaties-bij-verzakking-enof-urineincontinentie.htm>.
- Academisch ziekenhuis Maastricht / MUMC+ (2011). *Transmuraal zorg assessment geriatrie. Complexe zorg voor thuiswonende ouderen*. Geraadpleegd op 14 maart 2012, op http://www.platformouderenzorg.nl/uploads/files/downloads/trazag_vierde_druk_inleiding.pdf.
- Achterberg, Th. van, Bours, G.J.J.W., Eliens A.M., & Strijbol, N.C.M. (2010). *Effectief verplegen deel 1*. (3e druk). Dwingeloo: Kavanah.
- Allewijn, M., & Miesen, B. (2010). *Basisboek zorg om ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Arnold, R., & Gunst, S. van (2008). *Zelfstandig af te handelen hulpvragen*. (2e druk, 3e oplage). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Auteur onbekend (2010). Alzheimer ontstaat door zink en is ook een ijzerstapelingsziekte. *NRC Handelsblad*, 18 september, W04.
- AxionContinu (2012). *Ketenzorg Dementie Utrecht-stad*. Geraadpleegd op 17 april 2012, op <http://www.axioncontinuu.nl/cms/publish/content/showpage.asp?pageid=365>.
- Baarda, D.B., & Goede, M.P.M., de (2006). *Basisboek methoden en technieken* (4^e druk). Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Beers, M.H., Fletcher, A.J., Chir, B., Jones, T.V., Porter, R., Berkwits, M., et al., (2005). *Merck Manual Medisch handboek*. (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Beter Horen (2010). *Hoorservice van Beter Horen*. Geraadpleegd op 20 april 2012, op <http://www.beterhoren.nl/horen/web/hoorservice/hoorservice+beter+horen/>.
- Boomsma, L.J., Boswijk, D.F.R., Bras, A., Kleemans, A.H.M., Schols, J.M.G.A., Wind, A.W., et al., (2009). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. *Huisarts en wetenschap*, 52 (3). 1-5.
- Boorsma, P. (2011). *Huisarts moet niet alles naar zich toe trekken*. Geraadpleegd op 17 april 2012, op <http://hv.artsennet.nl/web/file?uuid=c8d79a8c-03ef-40ee-8caf-df9bbe10e226&owner=71a5dcc2-d2f4-4e59-9514-cfe58014840a&contentid=91138>.
- Bos, F., & Etten, D. van (n.d.). *Alcoholgebruik*. Geraadpleegd op 5 maart 2012, op <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/2/infotype/webpage/view.asp?objectID=506>
- Bruijnzeel, P.L.B. (2005). Vallen ouderen vaker ten gevolge van medicatie?. *Medisch farmaceutisch mededelingen*, 43 (4), 103.
- Centraal Begeleidings Orgaan (2005). *Richtlijn depressie*. Trimbos-Instituut
- Centraal Begeleidings Orgaan (2005). *Richtlijn over diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
- Centraal Begeleidings Orgaan (2004). *Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
- Centraal Begeleidings Orgaan (2009). *Richtlijn Tabaksverslaving*. Den Haag: Partnership Stop met roken.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2008). *Bevolking en huishoudens; viercijferige postcode, 1 januari 2008*. Geraadpleegd op 29 februari 2012, op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71899NED&D1=38-41,59-62&D2=1252-1253&HDR=T&STB=G1&VW=T>.
- Chavannes, N.H., Kapers, J., Frijling, B.D., Laan, J.R. van der, Jansen, P.W.M., Guerrouj, S. et al., (2007). *NHG-Standaard Stoppen met roken*. Geraadpleegd op 5 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M85_std.htm.

- Chel, V.G.M., Germs, P.H., Wal, J. van der, Romeijnders, A.C.M., & Kolnaar, B.G.M. (1999). *NHG-Standaard decubitus*. Geraadpleegd op 10 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M70_std.htm#Inleiding.
- Daniels, R., Rossum, E. van, Witte, L. de, Kempen, G. I., & Heuvel, W. van de (2008). *Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review*. Geraadpleegd op 27 februari 2012, op <http://www.biomedcentral.com/about/charter>.
- Dejaegera, E., Boonenb, S., Coussementc, J., & Milisend, K. (2009). Recidiverend vallen, osteoporose en sarcopenie, drie belangrijke problemen, een geïntegreerde benadering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40 (6), 262-269.
- Dijk, C. van, Verheij, R., & Schellevis, F. (2009). Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts en Wetenschap* 52 (7), 315.
- Eekhof, J.A.H., Balen, F.A.M. van, Fokke, H.E., Mul, M., Ek, J.W., & Boomsma, L.J. (2005). *NHG-Standaard Slechthorendheid*. Geraadpleegd op 3 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M61_std.htm#Inleiding.
- Effectieve ouderenzorg (n.d.). *Prevalentie*. Geraadpleegd op 28 februari 2012, op <http://www.kozamc.nl/Toolkit/Somatisch/Pijnstoornis/Achtergrond/Prevalentie.aspx>.
- Eulderink, F., Heeren, T.J., Knook, D.L., & Ligthart, G.J. (2008). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. (4e druk, 3de oplage). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Expertisecentrum Mantelzorg (2010). *Caregiver Strain Index*. Geraadpleegd op 10 april 2012, op <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?id=135868>.
- Expertisecentrum Mantelzorg (2010). *Ervaren Druk door Informele Zorg*. Geraadpleegd op 10 april 2012, op <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?id=135864>.
- Gelmers, H.J. (2010). *Neurologie voor verpleegkundigen*. (10e druk). Assen: Koninklijke van Gorchum.
- Gibson, M.J., Andres, R.O., Isaacs, B., Radebaugh, T., & Worm-Petersen, J. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish Medical Bulletin*, 34 (4), 1 - 24.

Gezondheidscentrum Maarn-Maarsbergen (n.d.). *Stichting*. Geraadpleegd op 25 april 2012, op <http://www.gezondheidscentrummaarn.nl/stichting.html>.

Gezondheidsraad / Health Council of the Netherlands (2004). *European primary care*. Geraadpleegd op 1 maart 2012, op <http://www.gr.nl/sites/default/files/European%20primary%20care%20final.pdf>

Gezondheidsraad (2007). *Briefadvies Multimorbiditeit bij ouderen*. Geraadpleegd op 9 maart 2012, op <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/U-1098.pdf>.

Gommer, A.M., & Poos, M.J.J.C. (2011). *Dementie: prevalentie, incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 5 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/cijfers-dementie-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010/>.

Gommer, A.M., & Poos, M.J.J.C. (2010). *Hoe vaak komen gehoorstoornissen voor?*. Geraadpleegd op 1 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/zenuwstelsel-en-zintuigen/gehoorstoornissen/hoe-vaak-komen-gehoorstoornissen-voor/>.

Gool, C.H. van, Gommer, A.M., & Poos, M.J.J.C. (2010). *Prevalentie en incidentie naar leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 6 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/prevalentie-en-incidentie-naar-leeftijd-en-geslacht/>.

Halfens, R.J.G., Schoonhoven, L., Weststrate, J., & Groen, H. (2007). *Hoe vaak komt decubitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?*. Geraadpleegd op 8 maart, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/huid-en-subcutis/decubitus/omvang/>.

Harbers, M.M. (2009). *Preventie gericht op ouderen samengevat*. Geraadpleegd op 14 februari 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/preventie-gericht-op-ouderen-samengevat/>.

Harbers, M.M. (2009). *Wie behoort tot de doelgroep ouderen?* Geraadpleegd op 29 februari 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/wie-behoort-tot-de-doelgroep-ouderen/>.

Hoogerduijn, J., Weldam, S., & Schuurmans, M. (2008). Ontwikkeling van een senior gerichte anamnese. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 5, 48-49.

- Isken, L.D., & Harbers, M.M. (2009). *Gedragsverandering levert ook bij ouderen gezondheidswinst op*. Geraadpleegd op 5 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/gedragsverandering-levert-ook-bij-ouderen-gezondheidswinst-op/>.
- Jansen, P.A.F., Laan, J.R. van den, & Schols, J.M.G.A. (2007). *Het geriatrie formularium: een praktische leidraad*. (2^e herziene editie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2009). *Zakwoordenboek der Geneeskunde (29^e druk)*. Doetinchem: Reed Business.
- Jobse, L., Mulder, M., Borgh, J. ter, & Grundmeijer, H. (2009). Polyfarmacie Prevalantie, aandoeningen en problemen. *Huisarts & Wetenschap*, 12, 599-602.
- Jonker, C., Sleats, J.P.J., & Verhey, F.R.J. (2009). *Handboek Dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonkers-Schuitema, C., Klos, M., Kouwenoord-Van Rixel, K., Kruizenga, H., & Remijnse-Meester, W. (2011). *Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding*. Amsterdam: Secretariaat Stuurgroep Ondervoeding.
- Keeman, J.N., Leeuw, P.W. de, Mazel, J.A., & Zitman, F.G. (2006). *Het medische jaar 2006*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keurhorst, M., Ven, G. van der, Keizer, E., & Laurant, M. (2011). *Attitudes en zorg van huisartsen ten aanzien van patiënten met overmatig alcoholgebruik*. Nijmegen: Partnership Vroegsignalering Alcohol.
- Konings, J. (2010). Focus op zelfredzaamheid. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, 34, (4), 118.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (n.d.). *Medicatiebeoordeling*. Geraadpleegd op 24 februari 2012, op <http://www.knmp.nl/medicijnen-zorgverlening/patientenbegeleiding/medicatiebeoordeling>.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (n.d.). *Medicijngesprekken*. Geraadpleegd op 24 februari 2012, op <http://www.knmp.nl/medicijnen-zorgverlening/patientenbegeleiding/medicijn-gesprekken>.
- Kruk, T. van der, Salentijn, C., & Schuurmans, M. (2007). *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. (2e druk). Den Haag: Lemma.

- Kuyper, M.B., Hesselmann, G.M., & Prins, J.B. (2009). *Symptomen*. Geraadpleegd op 13 maart 2012, op http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&id=28817&richtlijn_id=630.
- Lagro-Janssen, A.L.M., Breedveldt Boer, H.P., Dongen, J.J.A.M. van, Lemain, T.J.J., Teunissen, D., & Pinxteren, B. van (2006). *NHG-Standaard Incontinentie voor urine*. Geraadpleegd op 29 februari 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M46_std.htm.
- Lamers, F., & Jonkers, K. (2010). Minimale interventie door verpleegkundigen helpt ouderen met stemmingsproblemen. *Huisarts en wetenschap*, 7, 358-361.
- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. (2003-2007). *Aantal chronische ziekten naar leeftijd*. Geraadpleegd op 29 februari 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-enziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensenhebben-een-of-meer-chronische-ziekten/>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2010). *Verpleeghuisarts heeft officieel specialist ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 20 april 2012, op <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Verpleeghuisarts-heet-officieel-specialist-ouderengeneeskunde.htm>.
- Lenkens, M., Theunisse, L., & Persoon, A. *Doorvragen en observeren. Easycare, meer dan een instrument*. Geraadpleegd op 15 maart 2012 op <http://www.zowelnn.nl/files/artikel%20Easycare%20Meer%20dan%20een%20instrument.pdf>.
- Limburg, J.J., Keunen, J.E.E., & Rens, G.H.M.B. van (2009). Visuele beperkingen bij ouderen in Nederland - risicogroepen en mogelijkheden tot interventie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40 (4), 149-155.
- Marwijk, H.W.J., Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., Gelderen, M.G. van, Haan, M. de, Weel-Baumgarten, E.M. van. et al., (2003). *NHG-Standaard Depressie*. Geraadpleegd op 9 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M44_std.htm.
- Meerkerk, G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H., Weisccher, P., Njoo K., & Boomsma, L.J. et al., (2005) *NHG-Standaard overmatig alcoholgebruik*. Geraadpleegd op 6 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M10_std.htm#Richtlijnendiagnostiek.

- Meerkerk G.J., Aarns T., Dijkstra R.H., Weisscher P., Njoo K., Boomsma L.J. (2005). *NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik*. (2^{de} herziening). Geraadpleegd op 5 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M10_std.htm.
- Mensink, P.A.J.S., Bont, M.A.T. de, Remijnse-Meester, T.A., Kattemölle-van den Berg, S., Liefwaard, A.H.B., Meijers, J.M.M., et al., (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding. *Huisarts & Wetenschap*, 7, S7-S10.
- Nationaal Programma Ouderenzorg (2009). *Het effect van vroegsignalering*. Geraadpleegd op 14 maart 2012, op <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/onderzoeksprojecten/de-waarde-van-goud/>.
- Nationaal Programma Ouderenzorg (2009). *Screenen van ouderen*. Geraadpleegd op 14 maart 2012, op <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/onderzoeksprojecten/validerings-en-kosteneffectiviteitsstudie/>.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2003). *Depressieve stoornis*. Geraadpleegd op 5 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M44_svk.htm.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2010). *NHG-patientenbrief Kans op ondervoeding*. Geraadpleegd op 27 februari 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBD12a.htm.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2008). *NHG-patiëntenbrief Pijnmedicatie bij volwassenen*. Geraadpleegd op 28 februari 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/Pijnmedicatie-bij-volwassenen-1.htm.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2007). *NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2006). *NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg'*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (2011). *Valpreventie*. Geraadpleegd op 28 februari 2012, op <http://www.nisb.nl/campagnes/valpreventie.html>.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006), *Innovatieprogramma Welzijn Ouderen*.

Geraadpleegd op 14 februari 2012, op <http://www.vilans.nl/docs/producten/BeterVerbonden.pdf>.

Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice (2011). Integrale zorg voor fragiele ouderen.

Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice, 5 (4-7).

Noordman, J., Verheij, R., & Verhaak, P. (2008). *De inzet van doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel.

Nutricia (n.d.). *Ondervoeding bij ouderen*. Geraadpleegd op 27 februari 2012, op

<http://www.nutriciamedischevoeding.nl/component/products/op-aandoening/ondervoeding-ouderen>.

Oudijk, D., Boer, A. de, Woittiez, I., Timmermans, J., & Klerk, M. de (2010). *Mantelzorg uit de doeken*.

Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Partnership Depressiepreventie (2010). *Signaleren en screenen depressiepreventie door beroepsgroepen*. Trimbos-Instituut.

Pel-Littel, R. (2010). *Een ziekte komt zelden alleen*. Geraadpleegd op 24 februari 2012, op

http://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit_literatuurverkenning_pdf.pdf.

Perry, M., Theunisse, L., Draškoviæ, I., & Olde Rikkert, M. EASYcareGIDS-project, Implementatie van geriatrie richtlijnen in de eerste lijn. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2 (1), 14-16.

Platform Ouderenzorg (2007). *EASYCARE concept*. Geraadpleegd op 14 maart 2012, op

<http://www.platformouderenzorg.nl/screening/functionaliiteit/easycare/51>.

Ploeg, A. van der (2000). *Urineverlies*. Diegem: Ben Houdmont.

Plooi, F. (2008). *Onderzoek doen*. (3^e druk). Amsterdam: Pearson Education.

Reenders, K. (2008). Cardiovasculair risico neemt snel af na stoppen met roken. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3, 41-42.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (n.d.). *Pijnbestrijding*. Geraadpleegd op 12 maart 2012, op <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/actueel/pijnbestrijding/>.

Risselada, A., Kleinjan, M., & Jansen, H. (2009). *Veilig drinken op leeftijd*. Rotterdam: ZonMw.

- Sanderse, C., Verweij, A., & Beer, J. de (2011). *Vergrijzing: wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?*. Geraadpleegd op 25 april 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>.
- Sesink, E.M., & Jüngen, I.J.D. (2010). *De verpleegkundige in de AGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scheltens, Ph., Flier, W.M. van der, Rozemuller, A.M., & Pijnenburg, Y.A.L. (2009). *Handboek dementie - laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schers, H.J., & Nieuwboer, M. (2010). Eerstelijns Innovaties in de complexe ouderenzorg. *Bijblijven*, 2010 (8), 26-31.
- Schilp, J., Kruizenga, H.M., Evers, A.M., Leistra, E., Wijnhoven, H.A.H., Binsbergen, J.J. van, et al., (2009/2010). *High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, op http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/ziekenhuis/ESPEN_2011/Poster_ESPEN_2011_Schilp_PP158.pdf.
- Schim van der Loeff-van Veen, R.J. (2010). *Zorg voor de kwetsbare oudere*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schoonenberg Hoorcomfort (n.d.). *Hoorcomfort plan*. Geraadpleegd op 20 april 2012, op <http://www.schoonenberg.nl/service/hoorcomfortplan>.
- Schuurmans, H. (2005). Grip op het leven: het bevorderen van welbevinden bij fragiele ouderen. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 29, 269-274.
- SeniorenNet (n.d.). *Cataract Behandeling en preventie*. Geraadpleegd op 12 maart 2012, op http://www.seniorennet.nl/Dossier/Kijken_en_zien/cataract_behandeling.php.
- Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., & Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. *Psychiatry* 2006;188:330-6. Geraadpleegd op 9 maart 2012, op <http://bjp.rcpsych.org/content/188/4/330.full.pdf+html>.
- Spijker, J., & Schoemaker, C. (2010). *Depressie*. Geraadpleegd op 9 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/diagnostiek-behandeling/>.

- Statline Centraal Bureau Statistiek (2011). *Bevolking; leeftijd, herkomstgroepering, geslacht en regio, 1 januari*. Geraadpleegd op 23 februari 2012, op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37713&D1=a&D2=17-20&D3=0-5,51-55&D4=501&D5=1&HDR=T,G2&STB=G1,G3,G4&VW=T>.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., & Ende, C. van de (2006). Ergotherapie: een effectief en goedkoop middel om vallen te voorkomen en ouderen hun zelfstandigheid te laten behouden. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 706–712.
- Stichting Consument en Veiligheid (2011). *Aantal valongevallen 65-plussers stijgt*. Geraadpleegd op 29 februari 2012, op <http://www.veiligheid.nl/over-ons/aantal-valongevallen-65-plussers-stijgt>.
- Stilma, J.S., & Voorn, Th.B. (2008). *Oogheelkunde*. (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stirbu-Wagner, I., Dorsman, S.A., Visscher, S., Davids, R., Gravestein, J.V., Abrahamse, H., et al., (2010). *Incidentie- en prevalentie-cijfers 2010*. Geraadpleegd op 6 maart 2012, op <http://www.linh.nl/>.
- Stivoro (n.d.). *Wat doet roken met uw lichaam*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, op http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Gezondheid_roken/Wat_doet_roken_met_uw_lichaam/index.aspx.
- Stroomer-van Wijk, A. (2011). *Delier en Revalidatie in de Thuisituatie*. Geraadpleegd op 23 februari 2012, op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Jaarcongres-2011/Anne-Stroomer.pdf>.
- Teunissen, D. (2006). *Urinary Incontinence in the Elderly in General Practice*. Geraadpleegd op 29 februari 2012, op <http://dare.ubn.kun.nl/bitstream/2066/27397/1/27397.pdf#page=17>.
- Thesaurus zorg en welzijn (n.d.) *Huisartsenpraktijken*. Geraadpleegd op 26 april 2012, op <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/huisartsenpraktijken.htm>.
- Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (2011). Recente promoties. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89 (4), 209-210.
- Trimbos-Instituut (2008). *Senioren*. geraadpleegd op 5 maart 2012, op <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=51>.

- Universitair Medisch Centrum Utrecht (2010). *Minimale Interventie Strategie*. Geraadpleegd op 6 april 2012, op <http://www.umcutrecht.nl/subsite/vasculairrisicomanagement/Bijlagen/Bijlage-6-Minimale-Interventie-Strategie.htm>.
- Universiteit van Tilburg (2010). *Nieuw meetinstrument spoort kwetsbare ouderen op*. Geraadpleegd op 15 maart 2012, op <http://www.nieuwsbank.nl/inp/2010/05/26/R019.htm>.
- 't Veer-Tazelaar (2010). Preventie Interventie Kwetsbare Ouderen-Depressie & Angst. *Maatwerk*, 10 (5), 24-26.
- Verenso (2011). Pijnbeleving en -gedrag bij kwetsbare ouderen. *Multidisciplinaire richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen*, 7.
- Verenso (2011). *Richtlijn Pijn bij kwetsbare ouderen deel 2*.
- Verhoeven, T. (2010). *Wat is onderzoek?* (4^e druk). Den Haag: Boom onderwijs.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2010). *Richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 3 maart 2012, op <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=Yxcf468Hnrc%3D&tabid=1852>.
- Vierhout M.E., & Heesakkers, J.P.F.A. (2008). *Het urine-incontinentie formularium*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vilans (2012). *Mantelzorg in de huisartsenvoorziening*. Geraadpleegd op 7 maart 2012, op <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Informatiecentrum-overig-Mantelzorg-in-de-huisartsenvoorziening.html>.
- Vilans (2012). *Vormen van Domotica voor ouderen in de thuissituatie*. Geraadpleegd op 12 maart 2012, op <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Domotica-artikelen/Domotica-Wat-Vormen-van-domotica-voor-ouderen-in-de-thuissituatie-.html>.
- VMS Veiligheidsprogramma (2009). Deel 2 vallen. *Kwetsbare ouderen*. 37.
- Vriezen, J.A., Bont, M., Kolnaar, B.M.G., Romeijnders, A.C.M., Engelsman, C., Germs, P.H. et al., (2004). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Decubitus. *Huisarts en Wetenschap*, 47 (13), 652-654.

VU Medisch Centrum Amsterdam (2006). *Depressie bij binnenkomst in het verpleeghuis: standaard screenen zinvol?*. Geraadpleegd op 6 maart 2012, op <http://www.btsq.nl/weten/depressie%20en%20standaard%20screenen.html>.

Warnier, R., Debie, T., & Beusmans, G. (2007). Complexe zorg voor ouderen. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2 (2), 50-53.

Wiersma, Tj., Boukes, F.S., Geijer, R.M.M., & Goudswaard, A.N. (2008). *NHG-standaard voor de huisarts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wind, A.W., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Bouma, M., Boomsma, L.J., & Bouwkes, F.S. (2003). *NHG-Standaard Dementie*. Geraadpleegd op 7 maart 2012, op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M21_std.htm#Inleiding.

Zeegers, T., & Zantinge, E.M. (2011). *Hoeveel mensen roken?*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/hoeveel-mensen-roken/>.

Zicht op evenwicht (n.d.). *Voor ouderen*. Geraadpleegd op 28 februari 2012, op <http://www.zichtopevenwicht.nl/voor-ouderen>.