

PREVENTIEVE ERGOTHERAPIE BIJ OUDEREN: EEN PILOT-STUDIE

**Marieke Plas
Sandra Jellema
Joost Dekker
Els van den Ende**

Mei 1999

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

**NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700**

M. Plas

Titel / M. Plas, S. Jellema, J. Dekker, E. van den Ende

Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-420-5

Trefw.: ergotherapie, ouderen, preventie, Nederland

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar preventieve ergotherapie bij zelfstandigwonende ouderen. Het project is tot stand gekomen door een samenwerkingsverband tussen de projectgroep 'ErgoPrevent' en het NIVEL. De projectgroep 'ErgoPrevent' was hierbij verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de werkwijze bij preventieve ergotherapie, terwijl het NIVEL verantwoordelijk was voor het ontwikkelen van het registratieformulier en de analyse en rapportage.

De projectgroep 'Ergoprevent' bestond uit de volgende personen:

- Dhr. A. Konings (gemeente Haarlem)
- Mw. H.M. van Woerden (verpleeghuis de Janskliniek, Haarlem)
- Mw. M.J. Driessen (Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie)
- Mw. E. Donker (revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee)

We danken de projectgroep voor hun constructieve inbreng. Tevens gaat dank uit naar mw. M. v.d. Boon en mw. A.M. Coenen, de twee ergotherapeuten die de huisbezoeken voor dit project hebben afgelegd. Zij hebben hun ervaringen met de huisbezoeken op papier gezet. Deze ervaringen zijn te vinden in bijlage 4 van dit rapport. De inhoud van deze bijlage valt buiten verantwoordelijkheid van het NIVEL.

Utrecht, mei 1999

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	7
1.1.	Achtergrond	7
1.2.	Doelstelling	8
1.3.	Opbouw van het rapport	9
2.	METHODE	11
2.1.	Ontwikkeling van het registratieformulier	11
2.2.	Inhoud van het registratieformulier	12
2.3.	Huisbezoeken	13
2.4.	Telefonische evaluatie	14
2.5.	Analyse van de gegevens	14
3.	BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP	15
3.1.	Algemene gegevens	15
3.2.	Stoornissen en eerdere behandeling door fysiotherapeut of ergotherapeut	15
4.	ERGOTHERAPEUTISCHE SCREENING EN ADVISERING	17
4.1.	Ervaringen met het registratieformulier	17
4.2.	Observaties	17
4.3.	Beperkingen en problemen	18
4.4.	Risicofactoren	19
4.5.	Voorlichting en advies	20
4.6.	Duur van het huisbezoek	21
5.	TELEFONISCHE EVALUATIE	23
5.1.	Ervaringen met het evaluatieformulier	23
5.2.	Uitvoering van de adviezen	23
5.3.	Beoordeling van de huisbezoeken	24
6.	SAMENVATTING EN BESCHOUWING	25
	LITERATUUR	29
	BIJLAGE 1	31
	BIJLAGE 2	35
	BIJLAGE 3	47
	BIJLAGE 4	49

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

De meeste ergotherapeuten in Nederland werken in de intramurale gezondheidszorg; het gaat hierbij om verpleeghuizen, revalidatiecentra, ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en zwakzinnigeninstituten. Daarnaast werkt een kleinere groep ergotherapeuten extramuraal; dit betreft vrijgevestigde ergotherapeuten en ergotherapeuten werkzaam op dagverblijven, activiteitencentra en centra voor blinden en slechtzienenden. Verder werken ergotherapeuten in het onderwijs of in overige settingen (Rijken e.a., 1996). Ergotherapeutische behandeling en advisering aan huis wordt in Nederland steeds meer aangeboden, zowel door de intramurale als de extramurale ergotherapeuten (Driessen e.a., 1996).

Zowel in de intramurale als extramurale praktijk bestaan de ergotherapeutische werkzaamheden uit diagnostisch onderzoek en behandelen van patiënten. Het diagnostisch onderzoek en de behandeling richten zich op de gevolgen van ziekte en de betekenis die deze gevolgen hebben voor de activiteiten in het dagelijks leven. Gebaseerd op de 'ergotherapeutische diagnose' kiest de ergotherapeut bepaalde behandeldoelen. De behandeling is primair gericht op de gediagnostiseerde stoornissen, beperkingen en handicaps (Driessen, 1997). De behandelingsprogramma's van ergotherapeuten kunnen worden onderscheiden in: preventie, ontwikkeling, herstel, aanpassing en onderhoud/behoud. Het programma preventie heeft hierbij een tertiair karakter; het is gericht op het voorkomen van terugval in ontwikkeling en het voorkomen van lichamelijke, psychische en sociale stoornissen (Reed e.a., 1992; Gunning-Schepers, 1995).

De behandeling door een ergotherapeut begint in Nederland na verwijzing door een arts. De ergotherapeut wordt hierbij meestal ingeschakeld op het moment dat het probleem al enige tijd bestaat. Ergotherapeuten zouden mogelijk meer kunnen bereiken indien zij in een eerder stadium worden ingeschakeld. Ze zouden een meer preventieve bijdrage kunnen leveren, door op het moment dat de beperking nog niet of nauwelijks problemen oplevert, adviezen te geven. Een dergelijke vorm van ergotherapie is in Nederland tot nu toe echter onbekend. Deze preventieve ergotherapie heeft een secundair karakter; het is erop gericht de problemen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen en te behandelen (Gunning-Schepers, 1995). Met preventieve ergotherapie wordt in dit rapport deze secundair preventieve vorm bedoeld. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat deze vorm van preventieve ergotherapie een positief effect heeft bij ouderen op ondermeer fysiek en sociaal functioneren, ervaren gezondheid en algemene geestelijke gezondheid. De ergotherapie in dit onderzoek was erop gericht mensen in staat te stellen om hun dagelijkse handelingen zodanig uit te voeren dat ze gezondheidsbevorderend werkten. Hierbij werd aandacht besteed aan die activiteiten die men zelf belangrijk vindt (Clark e.a., 1997).

De verwachting is dat preventieve ergotherapie het meeste effect wanneer dit in de thuissituatie wordt gegeven. Een ergotherapeut geeft hierbij advies en behandeling aan thuiswonende cliënten in de uitvoering van dagelijkse handelingen. De Nederlandse Vereniging van Ergotherapie heeft ergotherapie als volgt omschreven: *"Ergotherapie*

helpt mensen met beperkingen of problemen in hun dagelijks functioneren weer zo zelfstandig mogelijk de dag door te komen." (NVE, 1999). Ook het Nederlandse gezondheidszorgbeleid is voor een belangrijk deel gericht op zorg die mensen in staat stelt zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren. Preventieve ergotherapie aan huis zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen.

Er zijn tal van risicogroepen te bedenken die door vroegtijdige onderkenning en door advisering over bijvoorbeeld ergonomische hulpmiddelen en voorzieningen gezondheidswinst kunnen boeken. Denk bijvoorbeeld aan ouderen, aanvragers voor langdurige thuiszorg en vroegtijdig gehandicapten. Omwille van pragmatische overwegingen is besloten dit onderzoek te beperken tot één doelgroep. Ouderen van 75 jaar of ouder bevinden zich op de scheidslijn tussen bijna geheel zelfstandig en de toenemende noodzaak om gebruik te maken van meerdere vormen van aangepaste hulp en dienstverlening. Voor deze groep is gekozen omdat de verwachting is dat juist in deze leeftijdscategorie zich vaak beperkingen voordoen op het gebied van het dagelijks functioneren. Anders dan bij een jongere groep mensen met beperkingen, zouden de problemen bij deze groep wel eens relatief vaak onopgemerkt kunnen blijven.

Veen (1993) heeft een onderzoek gedaan naar ergotherapie op indicatie van de huisarts bij ouderen die daar behoefte aan hebben. Hieruit bleek dat het behandelen van ouderen thuis heel effectief kan zijn. De gevolgen van stoornissen en beperkingen kwamen in een huisbezoek veel beter naar voren. Het trainen van handelingen in de thuissituatie en het direct erbij betrekken van de mantelzorg zorgen ervoor dat de aangeleerde handelingen beter worden geïntegreerd in het dagelijks leven.

In een onderzoek van de Klerk (1997) naar het gebruik van hulpmiddelen door ouderen constateerden ergotherapeuten dat de interventie vaak te laat kwam: *"wanneer de ouderen eenmaal zorg krijgen, is dit moeilijk terug te draaien."* Ouderen zijn voor veel hulpmiddelen afhankelijk van de inbreng van anderen, die hen hierover voorlichten. Dit pleit er voor om ouderen preventieve ergotherapie aan te bieden.

1.2 Doelstelling

In de veronderstelling dat preventieve ergotherapie een belangrijke gezondheidswinst op kan leveren, heeft in de gemeente Haarlem een pilot-studie met preventieve ergotherapie plaatsgevonden. Het doel van dit project was het ontwikkelen van een werkwijze bij screening en advisering door ergotherapeuten bij zelfstandig wonende ouderen. Om een globale indruk te krijgen van de resultaten van de huisbezoeken is besloten een korte evaluatie te laten plaatsvinden. De pilot is opgestart en inhoudelijk begeleid door de projectgroep 'ErgoPrevent', ontstaan uit een samenwerkingsverband van verschillende gezondheidszorginstellingen in samenwerking met de gemeente Haarlem. Het NIVEL heeft het project ondersteund middels onderzoek bij het ontwikkelen van een registratieformulier waarin de resultaten van de screening en advisering kunnen worden vastgelegd en bij de analyse en rapportage van de gegevens.

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt de methode die ten grondslag ligt aan dit project beschreven. Hierbij wordt aandacht besteed aan de totstandkoming en de inhoud van het registratieformulier dat ten behoeve van de huisbezoeken bij ouderen is ontwikkeld. Daarnaast wordt ingegaan op de huisbezoeken, de telefonische evaluatie en de analyse van de verzamelde gegevens. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens de onderzoeksgroep beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan enkele algemene gegevens van de bezochte ouderen. Hoofdstuk 4 gaat dieper in op de resultaten van de ergotherapeutische screening en advisering, terwijl in hoofdstuk 5 de resultaten van de telefonische evaluatie worden beschreven. Hoofdstuk 6 ten slotte bevat de samenvatting en beschouwing.

2 METHODE

In dit hoofdstuk wordt de gevolgde werkwijze beschreven. Het onderzoek bestond uit vier stappen. De eerste stap was het ontwikkelen van een registratieformulier waarin de resultaten van een screening in de preventieve ergotherapie vastgelegd kunnen worden. Vervolgens hebben twee ergotherapeuten met behulp van dit registratieformulier huisbezoeken afgelegd bij ouderen. Twee tot drie maanden na het huisbezoek zijn de huisbezoeken telefonisch geëvalueerd. Ten slotte zijn de gegevens die middels het registratieformulier en de telefonische evaluatie zijn verzameld geanalyseerd.

2.1 Ontwikkeling van het registratieformulier

Door middel van literatuurstudie en gesprekken met mevrouw H.M. van Woerden (hoofd afdeling Ergotherapie Janskliniek, Haarlem) en mevrouw M.J. Driessen (Directeur Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, Utrecht) is informatie verzameld over de werkwijze van ergotherapeuten en andere disciplines waarbij preventief geadviseerd wordt op het gebied van activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Verder zijn gegevens verzameld over in gebruik zijnde ADL-lijsten en instrumenten waarmee men gegevens over een aanwezige stoornis, beperking en/of handicap in kaart kan brengen.

Om een volledige en zoveel mogelijk gestandaardiseerde wijze van 'ergotherapeutische diagnostiek' te verkrijgen is bij de probleeminventarisatie gebruik gemaakt van een bewerking van het Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP), een meetinstrument dat toegepast wordt in de revalidatie om de beperkingen en problemen in activiteiten van het dagelijks leven te inventariseren (van Bennekom e.a., 1994).

Redenen om het RAP als uitgangspunt te nemen bij de ontwikkeling van een meetinstrument te gebruiken bij preventieve ergotherapie zijn de volgende:

1. Het RAP maakt een uitgebreide en gedetailleerde inventarisatie mogelijk omdat hierin aan vrijwel alle dagelijkse handelingen aandacht wordt besteed.
2. Met het RAP wordt niet alleen een score toegekend aan de door de therapeut geobserveerde beperking, er wordt tevens een score toegekend voor de mate waarin de persoon de beperking ook daadwerkelijk als een probleem ervaart. Dit laatste geeft belangrijke handvatten voor de te kiezen ergotherapeutische interventie.
3. Het RAP is getest op betrouwbaarheid, de 'kinderziektes' zijn reeds uit de methode gehaald. Van het RAP is bovendien een uitgebreide handleiding voorhanden.

Omdat de populatie en werkwijze van de pilot 'preventieve ergotherapie' op een aantal punten afwijken van de populatie en werkwijze in reactiverings- en revalidatieklinieken, is voor deze pilot een aantal aanpassingen van het RAP gedaan. Bijlage 1 bevat een beschrijving van de belangrijkste aanpassingen.

Nadat een eerste versie van het enquêteformulier ontwikkeld was, is deze na gezamenlijk overleg tussen alle betrokkenen van het NIVEL en de projectgroep 'ErgoPrevent' bijgesteld. Latere versies zijn in nog eens twee zittingen van de projectgroep becommentarieerd en naar aanleiding hiervan bijgesteld.

Met behulp van het verkregen formulier is bij vier personen een eerste try-out van het formulier en de door de projectgroep uitgedachte werkwijze gehouden. De voorbereiding voor deze try-out bestond eruit dat de ergotherapeuten het formulier doornamen en onduidelijkheden bespraken.

Na de try-out is de werkwijze van de ergotherapeuten besproken en is het formulier andermaal bijgesteld. Er bleken verschillen te zijn in de wijze waarop de twee ergotherapeuten te werk gingen en de wijze waarop het formulier ingevuld werd. Verschillen bestonden hieruit dat er een andere wijze van vragen werd gehanteerd en dat onderwerpen in uiteenlopende mate werden uitgediept. Verschillen in invullen waren met name gelegen in de beantwoording van open antwoorden en toekenning van scores van de mate van zelfstandigheid en de grootte van probleemervaring door de geënquêteerde. Om deze problemen op te lossen werd door de ergotherapeuten besloten om een aantal gezamenlijke huisbezoeken te doen, waarbij beiden een formulier invullen. Verder besloten de ergotherapeuten met enige regelmaat een overleg te organiseren om de werkwijzen op elkaar af te kunnen stemmen.

Met het definitieve formulier, dat uit een dubbele scorelijst van het RAP bestaat voor een interview van twee personen en een enkele scorelijst voor een interview met één persoon, is vanaf 1 mei 1998 de eerste fase van de eigenlijke screening van start gegaan.

2.2 Inhoud van het registratieformulier

Het registratieformulier (voor één persoon) met het bijbehorende evaluatieformulier is opgenomen in bijlage 2. De vragen van het formulier zijn zoveel mogelijk ook de vragen die een ergotherapeut stelt tijdens een intake waarin een totale probleeminventarisatie plaatsvindt. De volgorde van vragen is hier tevens op afgestemd.

Het registratieformulier bevat allereerst een aantal vragen over de woning, de samenstelling van het huishouden en de aanwezige zorg. Tevens zijn enkele algemene vragen over de geënquêteerde opgenomen, zoals geslacht, leeftijd, stoornissen en gebruikte voorzieningen.

In het formulier wordt vervolgens specifiek aandacht besteed aan beperkingen in het dagelijks functioneren en de mate waarin de ouderen de betreffende beperkingen ook daadwerkelijk als problemen ervaren. Hierbij zijn vijf onderdelen van activiteiten van het dagelijks leven onderscheiden. Als eerste komen beperkingen en problemen op het gebied van mobiliteit aan bod. Daarbij is onderscheid gemaakt in verschillende items zoals staan, lopen, zitten en opstaan, liggen, in en uit bed gaan. Het tweede onderdeel bevat items over persoonlijke verzorging, zoals wassen, aan- en uitkleden, toiletbezoek en eten en drinken. Het derde onderdeel betreft de productiviteit, waarbij items over onder andere het huishouden en het verzorgen van de maaltijd zijn opgenomen. In het vierde onderdeel komt ontspanning (uitgaan, vakantie, hobby's, bezoek) aan bod. Het vijfde onderdeel betreft de communicatie, waarbij aandacht wordt besteed aan het voeren van een gesprek, telefoneren, lezen en schrijven.

In het formulier wordt daarna ingegaan op de toekomstverwachting en aanwezige 'risicofactoren' die in de nabije toekomst (binnen twee jaar) het zelfstandig functioneren

van de ondervraagde persoon zouden kunnen belemmeren. Daarnaast wordt in het registratieformulier aandacht besteed aan acties van de ergotherapeut tijdens de screening. Het gaat hierbij om observaties van spontane of uitgelokte activiteiten en het geven van informatie en advies. Bij het formulier hoort een blad waarop de ergotherapeut noteert welke informatie en adviezen gegeven zijn tijdens de screening.

Het registratieformulier bevat tevens een gedeelte voor de telefonische evaluatie, twee tot drie maanden na het huisbezoek. Daarin zijn vragen opgenomen over de mening van de ouderen over het huisbezoek en de uitvoering van de adviezen. Naar aanleiding hiervan kon de ergotherapeut ten slotte een eigen indruk geven over het resultaat van de screening voor de betreffende persoon/personen.

2.3 Huisbezoeken

Om te kunnen nagaan in hoeverre ergotherapie door middel van het doen van een preventieve screening kan bijdragen aan het functioneren van thuiswonende ouderen, zijn ouderen geïnterviewd. Het gaat hierbij om een groep thuiswonende personen van 75 jaar en ouder en hun eventuele partner, mits deze eveneens 75 jaar of ouder is.

Uit het bevolkingsregister van de gemeente Haarlem is in maart 1998 een aselechte steekproef van 300 adressen getrokken waarop tenminste één persoon van 75 jaar of ouder woont. Omdat de steekproef moest bestaan uit zelfstandig wonende ouderen die geen hulp van de thuiszorg ontvangen, is de steekproef opgeschoond door alle adressen die niet een zelfstandige woonvorm bleken te zijn er uit te halen. Tevens zijn met behulp van het klantenbestand van Thuiszorg Zuid-Kennemerland alle adressen waar hulp van de thuiszorg werd ontvangen uit de steekproef gehaald. Van de eerste 300 adressen bleken er zes geen zelfstandige woonadressen te zijn en bleek op 56 adressen de thuiszorg hulp te verschaffen. Aan de 238 overgebleven huishoudens werd een brief gezonden waarin doel en werkwijze van het onderzoek werd uitgelegd en het belang van hun deelname aan het onderzoek benadrukt. Enkele dagen na verzending van de brief werden de huishoudens telefonisch benaderd. Nagegaan werd of er nog onduidelijkheden waren over de inhoud van de toegezonden brief en werd gevraagd of ze mee wilden doen aan het project van preventieve ergotherapie. Van de benaderde huishoudens heeft 56% aan het onderzoek deelgenomen.

Twee speciaal voor deze pilot-studie aangetrokken ergotherapeuten hebben huisbezoeken afgelegd bij de doelgroep. De ergotherapeut probeerde met behulp van het registratieformulier in een maximaal anderhalf uur durend gesprek helder te krijgen in hoeverre de oudere(n) nog zelfstandig functioneert/functioneren en ging na welke risicofactoren er zijn die het functioneren in de toekomst zouden kunnen gaan belemmeren. Hiernaast kon ze echter, indien nodig, ook andere dan in de vragenlijst genoemde onderwerpen aan de orde stellen. Ook werd in een aantal gevallen een ergotherapeutisch onderzoek uitgevoerd waarbij de mogelijkheden om bepaalde vaardigheden en activiteiten uit te voeren, werd onderzocht.

Als de ergotherapeut zich een beeld had kunnen vormen van de situatie, gaf ze, indien nodig, enige adviezen ter verbetering van de situatie. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het aan laten brengen van een woningaanpassing, een verandering van werkwijze,

inschakelen van een behandelende of verzorgende discipline, informatie over zorgvoorzieningen voor ouderen, of informatie over een voor iemand geschikt hulpmiddel.

De preventief werkende ergotherapeut begeleidt uitdrukkelijk niet het traject van het uitproberen of het aanvragen van en het trainen met nieuwe voorzieningen. Indien nodig kon hiervoor verwezen worden naar een behandelend ergotherapeut.

2.4 Telefonische evaluatie

Twee tot drie maanden na het huisbezoek zijn de bezochte mensen, door de ergotherapeut die het huisbezoek had afgelegd, gebeld om, aan de hand van het evaluatieformulier, na te gaan in hoeverre mensen zelf baat hebben gehad bij de ergotherapeutische interventie. Hierbij is naar de uitvoering van de maximaal drie belangrijkste adviezen gevraagd. Per huishouden is telkens met één persoon telefonisch gesproken. De telefonische evaluatie is zeer globaal en slechts bedoeld om een eerste indruk te krijgen van het resultaat van de huisbezoeken. Er kunnen daarom geen zwaarwegende conclusies uit getrokken worden.

2.5 Analyse van de gegevens

Nadat alle gegevens van de huisbezoeken verzameld waren, zijn deze ingevoerd in de computer en vervolgens geanalyseerd met behulp van SPSS (Superior Performing Software Systems). Hierbij zijn antwoorden op enkele open vragen gecodeerd en op deze manier meegenomen in de analyse. Tevens zijn verschillende variabelen met betrekking tot de beperkingen en problemen samengevoegd en gehercodeerd op het niveau van de vijf onderdelen. Er zijn voornamelijk frequenties en percentages berekend. Om te onderzoeken of er bepaalde risicogroepen zijn te onderscheiden bij wie het zelfstandig functioneren in de nabije toekomst belemmerd zou kunnen worden, zijn er verschillen tussen groepen berekend met behulp van Pearson's Chi-kwadraat. Met behulp van Spearman's rangcorrelatietoets is onderzocht of er een verband bestaat tussen de leeftijd en het aantal risicofactoren. Bij deze berekeningen is uitgegaan van een significantie-niveau van 0,01.

3 BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP

In totaal hebben de ergotherapeuten 134 huishoudens bezocht. Van deze huishoudens is er 98 keer één oudere ondervraagd en 36 keer twee ouderen, waarvan het 33 keer om partners ging. Dit komt neer op een totaal van 169 ondervraagde ouderen. Omdat de leeftijd van drie personen onder de 75 jaar lag, zijn de gegevens van deze personen niet meegenomen in de analyse. De onderzoeksgroep komt hiermee op een totaal van 166 personen.

3.1 Algemene gegevens

Vrouwen waren in de meerderheid met 64%. De gemiddelde leeftijd was 80 jaar (75-92 jaar). Hierbij was 52% van de onderzoeksgroep tussen de 75 en 79 jaar, 35 % tussen de 80 en 84 jaar en 13% 85 jaar of ouder. Er bleken in totaal 65 ondervraagden alleen te wonen.

Huishoudens

Ruim driekwart van de 134 huishoudens bewoont een reguliere woning. Bij 14% gaat het om een serviceflat of een seniorenwoning. De rest woont in een aanleunwoning (3%) of anders. Het woningtype is in 46% een eengezinswoning, in 17% een gelijkvloers benedenwoning. De resterende groep bewoont een flat met lift (13%), een bovenwoning (9%), een flat met trap (8%) of anders. In 80% van de huishoudens is er altijd wel iemand beschikbaar in geval van nood, terwijl bij 8% er doorgaans niemand beschikbaar is.

Gebruikte voorzieningen

Aan de ouderen is gevraagd of ze gebruik maken van speciale voorzieningen. Van de ouderen gaf 58% aan geen gebruik te maken van voorzieningen. Acht procent maakt gebruik van maaltijdvoorzieningen en vijf procent van sociale alarmering. Daarnaast maakt 15% gebruik van het buurtcentrum en eveneens 15% van aanvullend openbaar vervoer, zoals de servicetaxi. Vier procent krijgt wel eens hulp van vrijwilligers.

3.2 Stoornissen en eerdere behandeling door fysiotherapeut of ergotherapeut

Stoornissen

De ergotherapeut heeft samen met de geënquêteerde de aanwezige stoornissen geïnventariseerd. Negentig procent van de ondervraagden heeft minstens één stoornis. In tabel 3.1 is weergegeven hoeveel personen stoornissen hebben op verschillende gebieden. Omdat de respondenten vaak meerdere stoornissen hebben, komt het totaalpercentage boven de honderd uit. Uit de tabel blijkt dat meer dan de helft van de ondervraagden stoornissen heeft aan het bewegingsapparaat. Daarnaast heeft bijna de helft inwendige stoornissen; hieronder worden ziekten als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten verstaan. Ook is er een grote groep die stoornissen aan het gezichtsver-

mogen en/of het gehoor heeft. Bijna een kwart van de ondervraagde ouderen heeft cognitie- of geheugenstoornissen.

Tabel 3.1: Aantal personen en percentage van het totaal aantal personen met stoornissen op verschillende gebieden (N=166)

Stoornissen	Aantal personen	Percentage
Bewegingsapparaat	93	56
Inwendige	81	49
Gehoor	74	45
Gezichtsvermogen	73	44
Cognitie, geheugen	40	24
Taal	3	2
Overige	18	11

Eerdere behandeling door fysiotherapeut of ergotherapeut

Tien procent van de ondervraagden was op het moment van het huisbezoek onder behandeling van een fysiotherapeut. Ruim een derde van de groep was de afgelopen twee jaar behandeld door een fysiotherapeut. Negen procent is in het verleden wel eens door een ergotherapeut behandeld.

4 ERGOTHERAPEUTISCHE SCREENING EN ADVISERING

4.1 Ervaringen met het registratieformulier

Over het algemeen bleek het registratieformulier een goede leidraad te zijn voor de screening en advisering van preventieve ergotherapie bij ouderen. Een aantal vragen van het formulier bleek echter minder geschikt. Een van de eerste vragen die tijdens het huisbezoek gesteld werden, betrof de aandoeningen waar de geënquêteerde volgens eigen zeggen aan leed. Omdat hierop zo'n diversiteit aan antwoorden werd gegeven die niet te rangschikken waren, zijn de gegevens hiervan niet meegenomen in de analyse. Daarnaast bleken de open vragen met betrekking tot de toekomstverwachting volgens de ouderen en/of de ergotherapeut moeilijk te beantwoorden. Ook de antwoorden op deze vragen zijn daarom niet meegenomen in de analyse.

4.2 Observaties

Op basis van het gesprek met de oudere heeft de ergotherapeut per huishouden handelingen geobserveerd. Hierbij kon het gaan om spontane handelingen of handelingen op verzoek van de ergotherapeut. In tabel 4.1 is weergegeven welke handelingen geobserveerd zijn.

Tabel 4.1: Observaties van de ergotherapeuten (n=134)

Observaties	Aantal huishoudens	Percentage
Opstaan/gaan zitten	129	96
Verplaatsen in huis	125	93
Deur openen	104	78
Drinken	47	35
Koffie/thee zetten, drinken verzorgen	41	31
Traplopen	19	14
Eten	2	2

Opstaan, gaan zitten, verplaatsen in huis en het openen van een deur zijn het meest geobserveerd door de ergotherapeuten. Deze handelingen kwamen waarschijnlijk ook het meest spontaan voor.

4.3 Beperkingen en problemen

Op basis van de observaties en het gesprek met de oudere heeft de ergotherapeut geïnventariseerd op welke terreinen de ondervraagde beperkingen heeft. Wanneer geconstateerd is dat de ondervraagde een beperking op een bepaald gebied heeft, is gevraagd in hoeverre deze beperking als een probleem wordt ervaren. Tien procent van de onderzoeksgroep heeft in het geheel geen aanwijsbare beperkingen, terwijl een kwart van de ondervraagden aangaf geen problemen te hebben op de gevraagde gebieden. In tabel 4.2 zijn de beperkingen en ervaren problemen per hoofdgebied weergegeven. Voor een compleet overzicht van de beperkingen en problemen wordt verwezen naar bijlage 3. Uit deze tabel blijkt dat het aantal beperkingen telkens hoger ligt dan de ervaren problemen. Het merendeel van de ondervraagde ouderen blijkt beperkingen én problemen te hebben op het terrein van mobiliteit. Ook heeft meer dan de helft van de respondenten beperkingen op het terrein van productiviteit, ontspanning en persoonlijke verzorging. Een kleinere groep ervaart problemen bij deze beperkingen.

Tabel 4.2: Aantal personen en percentage van het totaal aantal personen met beperkingen en problemen op verschillende gebieden (N=166)*

	Beperkingen		Problemen	
	Aantal personen	Percentage	Aantal personen	Percentage
Mobiliteit ¹	129	78	100	60
Productiviteit ²	117	70	69	42
Ontspanning ³	111	67	76	46
Persoonlijke verzorging ⁴	84	51	57	35
Communicatie ⁵	65	39	45	27

* Omdat bij een aantal gebieden van één persoon alle bijbehorende gegevens ontbraken, is bij deze gebieden het totaal aantal mensen 165.

¹ Mobiliteit: staan, lopen (binnen), lopen en iets meenemen, openen deuren, drempels nemen, traplopen, buiten verplaatsen, gebruik van vervoer.

² Productiviteit: licht en zwaar huishouden, maaltijd verzorgen, boodschappen, zorg voor anderen, klussen in/om huis, administratie.

³ Ontspanning: winkelen, uitgaan, vakantie, (andere) hobby's, bezoek familie/vrienden.

⁴ Persoonlijke verzorging: wassen/verzorgen, douchen, baden, aankleden, uitkleden, medicijngebruik, toilet-bezoek, eten/drinken.

⁵ Communicatie: gesprek voeren, telefoneren, lezen, schrijven.

Bij het inventariseren van de beperkingen en problemen is ook de mate van ernst waarin de beperkingen en problemen voorkomen gemeten.

Ernstige beperkingen

De meest voorkomende ernstige beperking bleek het doen van zwaar huishoudelijk werk. Naar het oordeel van de ergotherapeuten heeft 37% van de onderzoeksgroep hierbij ernstige beperkingen; dit wil zeggen dat ruim een derde van de respondenten veel moeite heeft met of hulp nodig heeft bij zwaar huishoudelijk werk, of de taak helemaal niet kan uitvoeren. Er bleek echter maar vier procent van de ondervraagden ernstige tot zeer ernstige problemen te hebben met deze taak. Als tweede meest voorkomende ernstige beperking komt het houden van vakantie naar voren; volgens de ergotherapeuten ondervindt 30% hierbij ernstige beperkingen. Twaalf procent geeft aan dit als een ernstig probleem te ervaren. Klussen in en om het huis blijkt met 28% van

de ondervraagden de derde meest voorkomende ernstige beperking te zijn; 6% heeft hiermee ernstige problemen.

Ernstige problemen

Het meest genoemde ernstige probleem is het zich buiten verplaatsen; zestien procent gaf aan hier ernstige problemen mee te hebben, terwijl volgens de ergotherapeuten 20% ernstige beperkingen op dit terrein heeft. Het tweede meest genoemde ernstige probleem is het houden van vakantie; dit was tevens de tweede meest voorkomende ernstige beperking. Op de derde plaats van meest genoemde ernstige problemen komt met 11% het staan naar voren; een even hoog percentage had ernstige beperkingen op dit terrein.

Op het gebied van persoonlijke verzorging blijkt aankleden de meest voorkomende ernstige beperking. Tien procent van de ondervraagden heeft hierbij ernstige beperkingen. Vier procent ondervindt ernstige problemen bij het aankleden.

4.4 Risicofactoren

De ergotherapeut heeft naar aanleiding van de observaties, de inventarisatie van beperkingen en de ervaren problemen aangegeven welke risicofactoren aanwezig zijn die het zelfstandig functioneren in de komende twee jaar zouden kunnen belemmeren. Tabel 4.3 geeft het aantal en het percentage weer van het totaal aantal respondenten dat naar de mening van de ergotherapeuten bepaalde risico's loopt.

Tabel 4.3: Aantal personen en percentage van het totaal aantal personen dat volgens de ergotherapeuten op verschillende gebieden risico loopt om in de komende twee jaar niet meer zelfstandig te kunnen functioneren (n=155)*

Risicofactoren	Aantal personen	Percentage
Sterke beperking in mobiliteit	70	45
Progressie ziektebeeld	52	34
Onveilige woonsituatie	31	20
Weinig hulp van buitenaf	27	17
Situatie niet houdbaar als inbreng partner wegvalt	27	17
Weinig sociale contacten	14	9
Overbelasting partner, mantelzorg	12	8
Problemen in oriëntatie, oordeelsvorming, etc.	5	3

* Voor 11 personen was de situatie volgens de ergotherapeuten niet te beoordelen.

Naar het oordeel van de ergotherapeuten zijn bij 21% van de 155 ouderen (waarvoor de situatie beoordeelbaar was) geen aanwijsbare risicofactoren gevonden die in de nabije toekomst het zelfstandig wonen kunnen belemmeren. Een sterke beperking in mobiliteit kan bij 45% een belemmering vormen. Bij ruim een derde zou het zelfstandig functioneren belemmerd kunnen worden als er progressie van het ziektebeeld optreedt. Volgens de ergotherapeuten kan bij een vijfde van de ondervraagden de onveilige woonsituatie een belemmering vormen. De ergotherapeuten waren van mening dat de respondenten vaak meerdere risicofactoren hebben: terwijl bij 28% van de 155 ondervraagden één risicofactor aanwezig is, zijn bij nog eens 28% twee risicofactoren aanwezig, bij 12% drie en bij 11% vier of meer.

Onderzocht is of er in de onderzoeksgroep bepaalde risicogroepen zijn te onderscheiden. De leeftijd bleek niet gerelateerd te zijn aan het aantal risicofactoren. Alleenwonenden bleken niet een verhoogd risico te lopen om in de nabije toekomst niet meer zelfstandig te kunnen functioneren. Ouderen met stoornissen aan het bewegingsapparaat bleken wel een verhoogd risico te hebben ten opzicht van mensen zonder bewegingsstoornissen ($\text{Chi-kwadraat}=12,3$; $p=0,005$). Mensen met een cognitieve of geheugenstoornis bleken ook een verhoogd risico te hebben ten opzichte van mensen zonder deze stoornis ($\text{Chi-kwadraat}=9,1$; $p=0,003$). Ook het aantal stoornissen bleek gerelateerd te zijn aan het hebben van een risico om in de toekomst niet meer zelfstandig te kunnen blijven functioneren ($\text{Chi-kwadraat}=18,8$; $p=0,004$). Dit risico bleek eerder aanwezig te zijn als het aantal stoornissen groter is.

4.5 Voorlichting en advies

Na een zo volledige mogelijke probleeminventarisatie hebben de ergotherapeuten de bezochte huishoudens informatie en advies gegeven over bepaalde disciplines (zoals ergotherapie en fysiotherapie), hulpmiddelen en voorzieningen. Negentig procent van alle huishoudens heeft enige vorm van informatie en/of advies gekregen. Twaalf procent heeft geen *voorlichting, uitleg of informatie* gekregen. Ruim de helft van de huishoudens (69) heeft minstens één *advies* gekregen. In tabel 4.4 is weergegeven welke informatie en adviezen zijn gegeven. Uit deze tabel blijkt dat in een groot aantal huishoudens informatie en advies over het inschakelen van de buurtconciërge is gegeven. Een buurtconciërge kan klusjes verrichten en voorzieningen beneden de tweeduizend gulden aanbrengen. Ook is er vaak voorlichting, uitleg of informatie gegeven over hulpmiddelen. Regelmatig is het advies gegeven om een aanvraag in te dienen bij de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Hulpmiddelen ten behoeve van toiletgebruik en baden, wassen en/of douchen zijn de meest geadviseerde hulpmiddelen.

Tabel 4.4: Aantal huishoudens en percentages van het totaal aantal huishoudens dat voorlichting en advies heeft gekregen (n=134)

	Aantal huishoudens	Percentage
Voorlichting/uitleg/informatie		
Informatie over buurtconciërge	90	67
Hulpmiddelen, mogelijkheden en te volgen procedures	61	46
Disciplines, werkwijzen, behandelmogelijkheden ¹	26	19
Diensten, mogelijkheden en te volgen procedures ²	21	16
Ziektebeeld en gevolgen	10	8
Belang van handhaving/uitbreiding van activiteitenpatroon	3	2
Advies		
Inschakelen buurtconciërge	34	25
Indienen aanvraag WVG	24	18
Inschakelen ergotherapeut via arts	13	10
Huisarts aanvraag laten indienen bij ziektekostenverzekeraar	6	5
Advies met betrekking tot veiligheid	5	4
Werkwijze bij ADL-activiteit	2	2
Advies met betrekking tot hulpmiddelen/voorzieningen		
Hulpmiddel voor baden, wassen en/of douchen	26	19
Hulpmiddel voor toiletgebruik	20	15
(Onderdelen ten behoeve van) zitmeubilair	14	10
Steunhulpmiddelen	12	9
Loophulpmiddel	10	8
(Onderdelen ten behoeve van) een bed	9	7
Hulpmiddel voor aan- en/of uitkleden	7	5
Hulpmiddel(en) voor eten/drinken	2	2

¹ Disciplines: ergotherapie, fysiotherapie e.d.² Diensten: gemeentelijke voorzieningen, thuiszorg e.d.

4.6 Duur van het huisbezoek

Het huisbezoek duurde gemiddeld 63 minuten (range: 15-135 min.). Een huisbezoek waarbij één persoon werd geïnterviewd duurde gemiddeld 56 minuten (range: 15-105 min.), terwijl een huisbezoek bij twee personen gemiddeld 79 minuten (range: 30-135 min.) duurde. Op twee huisbezoeken na hadden de ergotherapeuten genoeg tijd om de situatie te beoordelen.

5 TELEFONISCHE EVALUATIE

Twee tot drie maanden na het huisbezoek heeft de ergotherapeut die het huisbezoek had afgelegd een telefonische evaluatie uitgevoerd. Hierbij is telkens naar de maximaal drie belangrijkste adviezen gevraagd. De telefonische evaluatie heeft per huishouden plaatsgevonden (n=130). Dit wil zeggen dat per huishouden slechts één persoon telefonisch is ondervraagd. Opvallend was dat 15% van de ondervraagden zich het huisbezoek aanvankelijk niet herinnerde.

5.1 Ervaringen met het evaluatieformulier

Met betrekking tot het evaluatieformulier bleken de vragen omtrent de bijdrage van de gegeven adviezen aan het langer zelfstandig wonen en aan de benodigde hoeveelheid hulp voor veel respondenten moeilijk te beantwoorden. De antwoorden op deze vragen zijn daarom bij de analyse achterwege gelaten.

5.2 Uitvoering van de adviezen

De ergotherapeuten hebben gevraagd hoe het stond met de uitvoering van de maximaal drie belangrijkste adviezen. Wanneer de gegeven voorlichting en informatie niet meegerekend wordt, zijn in totaal bij 69 huishoudens een of meerdere adviezen gegeven. In 32 huishoudens is er met minstens één van de adviezen iets gedaan, terwijl er 34 keer werd gezegd dat er nog niets met de adviezen is gedaan. Wat betreft de WVG-voorzieningen zijn er drie adviezen uitgevoerd en afgerond en in vier gevallen is het advies nog in behandeling. Van de adviezen die betrekking hadden op overige hulpmiddelen en voorzieningen zijn er acht afgerond en in vijf gevallen is men nog bezig met de uitvoering van het advies. In twee huishoudens heeft men adviezen met betrekking tot het inschakelen van een disciplines afgerond. Eveneens in twee huishoudens is men nog bezig met de uitvoering van een dergelijk advies. Van de overige adviezen zijn er vier afgerond.

Tien keer werd als reden voor het niet uitvoeren van het advies aangegeven dat het nog niet nodig was en vijf keer werd er aangegeven dat er nog geen mogelijkheid toe was. Vijftien personen gaven aan dat ze in de nabije toekomst nog wel gebruik zullen maken van het gegeven advies. Twaalf personen gaven aan dit misschien te doen of wisten dit nog niet. Van de 34 personen die gezegd hadden nog niets met de adviezen te hebben gedaan gaven zeven aan hier nog wel iets mee te zullen doen, terwijl negen personen het nog niet wisten.

Hoe verschillend er op de gegeven adviezen werd gereageerd blijkt uit de volgende twee citaten:

"Ik ga nog niet van die aanpassingen van te voren doen, want dat is net zoiets als je doodskist alvast in de hoek van je kamer zetten."

"Door de nadruk tijdens het huisbezoek op preventie hebben zij aanpassingen laten aanbrengen die ze voorheen nog wel wat uit hadden willen stellen. De aanpassingen bevallen heel goed."

5.3 Beoordeling van de huisbezoeken

Ouderen

Aan de ouderen is gevraagd wat zij van het huisbezoek vonden. De meeste ouderen (97%) waardeerden het huisbezoek van de ergotherapeut positief. Voor 84% was het vanaf het begin duidelijk waar de ergotherapeut voor kwam. Bij 15% van huishoudens werd later duidelijk waarvoor de ergotherapeut kwam. Het bezoek van de ergotherapeut werd door 84% van de huishoudens de moeite waard gevonden; 92% vond het bezoek ook de moeite waard voor andere ouderen in Haarlem.

Ergotherapeuten

Naar aanleiding van de telefonische evaluatie heeft de ergotherapeut aangegeven in hoeverre zij dacht dat het huisbezoek resultaat heeft gehad. De ergotherapeuten vonden bij 23% van de huisbezoeken het resultaat aanmerkelijk. In 53% was er volgens de ergotherapeuten enig resultaat bereikt. In 7% van de gevallen was er geen resultaat geboekt, hoewel de ergotherapeut wel een zinvolle inbreng had kunnen hebben. Bij 17% van de huisbezoeken waren er geen of nauwelijks problemen waar de ergotherapeut iets mee kon.

6 SAMENVATTING EN BESCHOUWING

In de veronderstelling dat preventieve ergotherapie een belangrijke gezondheidswinst op kan leveren, heeft in de gemeente Haarlem een pilot-studie met preventieve ergotherapie plaatsgevonden. Het doel van dit project was het ontwikkelen van een werkwijze bij screening en advisering door ergotherapeuten bij ouderen. Om te kunnen nagaan in hoeverre ergotherapie door middel van het doen van een preventieve screening kan bijdragen aan het functioneren van thuiswonende ouderen zijn huisbezoeken afgelegd. Het ging hierbij om een groep zelfstandig wonende personen van 75 jaar en ouder en hun eventuele partner. Hiertoe is een steekproef getrokken uit het adressenbestand van de gemeente Haarlem; 56% hiervan heeft aan het onderzoek deelgenomen. Omdat er geen gegevens bekend zijn over degenen die wel benaderd zijn, maar niet deel hebben genomen aan dit project, is de representativiteit van de onderzoeksgroep niet onderzocht. Om deze reden kunnen de conclusies van dit onderzoek slechts met enige voorzichtigheid worden doorgetrokken naar de totale groep zelfstandig wonende 75-plussers van de gemeente Haarlem.

Ten behoeve van dit project is een registratieformulier ontwikkeld. Het registratieformulier was voor een groot deel gebaseerd op het Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP), een meetinstrument dat toegepast wordt in de revalidatie om de beperkingen en problemen in activiteiten van het dagelijks leven te inventariseren. Met behulp van dit registratieformulier hebben twee ergotherapeuten (elk afzonderlijk) huisbezoeken afgelegd. De vragen van het registratieformulier zijn zoveel mogelijk ook de vragen die een ergotherapeut stelt tijdens een intake waarin een totale probleeminventarisatie plaatsvindt. Met dit formulier konden gegevens zoveel mogelijk op uniforme wijze worden verzameld. Op enkele vragen na was het formulier goed te gebruiken. Nadat de ergotherapeuten een zo volledig mogelijke inventarisatie hadden gedaan van de leefomstandigheden en mogelijk risicofactoren die het zelfstandig functioneren in de nabije toekomst zouden kunnen belemmeren, hebben ze, indien nodig, voorlichting en adviezen gegeven.

De ergotherapeuten hebben geïnventariseerd op welke terreinen de ondervraagden beperkingen hebben. Vervolgens hebben ze aan de betreffende personen gevraagd in hoeverre ze problemen ondervinden bij de beperkingen. Het merendeel van de ondervraagde ouderen blijkt beperkingen en problemen te hebben op het terrein van mobiliteit. Ook heeft meer dan de helft van de respondenten beperkingen op het terrein van productiviteit, ontspanning en persoonlijke verzorging. Een kleinere groep ervaart problemen bij deze beperkingen. De meest voorkomende *ernstige* beperking blijkt het doen van zwaar huishoudelijk werk. Als tweede meest voorkomende ernstige beperking komt het houden van vakantie naar voren. Klussen in en om het huis blijkt van de ondervraagden de derde meest voorkomende ernstige beperking te zijn. Het meest genoemde ernstige probleem is het zich buiten verplaatsen. Het tweede meest genoemde ernstige probleem is het houden van vakantie. Het derde meest genoemde ernstige probleem is het staan.

Naar het oordeel van de ergotherapeuten heeft ruim driekwart van de onderzoeksgroep risico om in de komende twee jaar niet meer zelfstandig te kunnen functioneren. Dit

risico blijkt eerder aanwezig te zijn als het aantal stoornissen groter is. Twee groepen blijken een verhoogd risico te hebben om in de nabije toekomst nog zelfstandig te kunnen functioneren: ouderen met stoornissen aan het bewegingsapparaat en ouderen met cognitieve- of geheugenstoornissen. Omdat meer dan de helft van de ondervraagden stoornissen heeft aan het bewegingsapparaat en bijna een kwart cognitieve- of geheugenstoornissen lijkt te hebben, lijkt het er op dat veel ouderen een verhoogd risico lopen om niet meer zelfstandig te kunnen functioneren in de nabije toekomst. Om dit risico zo klein mogelijk te maken, zou preventieve ergotherapie voor deze groep mogelijk een uitkomst bieden.

Een groot aantal huishoudens heeft informatie of advies gekregen over het inschakelen van de buurtconciërge. Ook is regelmatig het advies gegeven om een aanvraag in te dienen bij de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Hulpmiddelen ten behoeve van toiletgebruik en baden, wassen en/of douchen zijn de meest geadviseerde hulpmiddelen. Opvallend is dat hoewel de grootste groep beperkingen en problemen heeft op het terrein van mobiliteit, de adviezen vooral gericht zijn op persoonlijke verzorging. Mogelijk hadden de ergotherapeuten het idee dat ze weinig adviezen konden geven die de mobiliteit zou kunnen verbeteren. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat door het geven van adviezen op het terrein van persoonlijke verzorging de beperkingen en problemen met betrekking tot mobiliteit zouden kunnen verminderen. Wanneer iemand bijvoorbeeld beperkingen en problemen heeft met staan, zou dit ook onder de douche beperkingen en problemen kunnen geven. Adviezen op dit gebied zouden dan de mobiliteits-beperkingen en -problemen kunnen verminderen.

Uit de telefonische evaluatie kwam naar voren dat in bijna de helft van de huishoudens een of meerdere adviezen zijn uitgevoerd. Doordat de evaluatie telefonisch heeft plaatsgevonden, is het de vraag of er geen sociaal-wenselijke antwoorden zijn gegeven. Het zou kunnen dat de respondenten sneller geneigd zijn te zeggen dat ze een bepaald advies hebben uitgevoerd, om de ergotherapeuten niet teleur te stellen; zij hebben immers de moeite genomen om de situatie te beoordelen en adviezen te geven. Omdat er naar de uitvoering van maximaal drie adviezen is gevraagd, bestaat er tevens een kans op onderrapportage; het is niet duidelijk wat er met de overige adviezen is gedaan.

Het zou om bovengenoemde redenen beter zijn om de evaluatie middels een tweede huisbezoek te laten plaatsvinden. Op deze manier kan ook worden nagegaan of de geadviseerde hulpmiddelen of voorzieningen op een juiste manier gebruikt worden of aangebracht zijn. Daarnaast zouden ergotherapeuten bij zo'n thusevaluatie kunnen helpen bij het te volgen adviestraject.

Uit een onderzoek naar het gebruik van thuiszorgtechnologie (Bosma e.a., 1995) is gebleken dat ouderen er moeilijk toe komen op basis van alleen adviezen zelf een hulpmiddel aan te schaffen. Ook kwam uit dit onderzoek naar voren dat bij de keuze en de implementatie van een hulpmiddel praktische begeleiding en instructie noodzakelijk is, omdat anders de kans groot is dat het hulpmiddel niet of niet optimaal gebruikt wordt. Daarnaast is gebleken dat verkeerde of onjuiste installatie van een hulpmiddel kan leiden tot onveilige situaties en onnodige ongevallen. Dit pleit ervoor om naast preventieve screening en advisering aandacht te besteden aan het traject van nazorg.

Om te onderzoeken of preventieve ergotherapie een bijdrage kan leveren aan het langer zelfstandig functioneren van ouderen is een onderzoek met een interventie-groep, die preventieve ergotherapie krijgt aangeboden, en een controle-groep, waarbij geen interventie plaatsvindt, noodzakelijk.

Volgens de ergotherapeuten was in ruim driekwart van de huisbezoeken op z'n minst enig resultaat bereikt. Het merendeel van de bezochte ouderen was positief over het huisbezoek, zowel met betrekking tot hen zelf als met betrekking tot andere ouderen.

In de gemeente Haarlem wordt een actief ouderenbeleid gevoerd. De buurtconciërge is hier een voorbeeld van. Deze is aangesteld om klusjes in en om huis te verrichten en voorzieningen beneden de tweeduizend gulden aan te brengen. Daarnaast wordt er veel aan ouderenvoorlichting gedaan. Zo is er een speciale ouderenadviseur die voorlichting geeft en helpt bij het aanvragen van bijvoorbeeld WVG-voorzieningen. Ondanks dit actieve ouderenbeleid, blijkt uit dit onderzoek dat het merendeel van de ondervraagde ouderen volgens de ergotherapeuten informatie en advies kon gebruiken met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven. Hierbij moet nog in ongeschouw worden genomen dat het hier om vitale ouderen gaat; ouderen die zelfstandig wonen en geen hulp krijgen van de thuiszorg. Mogelijk hebben minder vitale ouderen en ouderen in andere gemeenten nog meer baat bij preventieve ergotherapie.

Hoewel uit de resultaten van dit onderzoek geen zwaarwegende conclusies getrokken kunnen worden, lijkt preventieve ergotherapie bij ouderen toch een bijdrage te kunnen leveren aan het verbeteren van de leefsituatie van zelfstandig wonende ouderen.

LITERATUUR

BENNEKOM, C.A.M. VAN, JELLES, F., LANKHORST, G.J. Revalidatie Activiteiten Profiel: handleiding en beschrijving. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1994

BOSMA, E.S., GIEZEN-BIEGSTRATEN, L.M.G.M.J., HEUVEL, M. VAN DEN, RUITER, P. DE (RED). Het KITZ-Randstadproject thuiszorgtechnologie: de resultaten. Groningen: KITZ, 1995

CLARK, F., AZEN, S.P., ZEMKE, R., JACKSON, J., CARLSON, M., MANDEL, D., HAY, J., JOSEPHSON, K., CHERRY, B., HESSEL, C., PALMER, J., LIPSON, L. Occupational therapy for independent-living older adults. JAMA; 278, 1997, no. 16. p. 1321-1326

DRIESSEN, M.J., HARMSSEN, J., DEKKER, J., BOSVELD, W., HINGSTMAN, L. Inventarisatie extramurale ergotherapie 1996. Utrecht: NIVEL, 1996

DRIESSEN, M.J. Occupational therapy in hospital based care in the Netherlands. Utrecht: NIVEL, 1997 Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam

GUNNING-SCHEPERS, L.J. Grondslagen van preventie. In: Maas, P.J.van der, Mackenbach, J.P. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1995. p. 139-185

KLERK, M.M.Y. DE. Het gebruik van ADL-middelen door ouderen: een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam

NEDERLANDESE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: NVE, Uitgeverij LEMMA, 1999

REED, K., SANDERSON, S.R. Concepts of occupational therapy. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992

RIJKEN, P.M., VAN HEUGTEN, C.M., DEKKER, J. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 1996

VEEN, P. Ergotherapie op maat; project ergotherapie gemeente Bergh. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie; 21, 1993, no. 1. p. 3-7

BIJLAGE 1

Omdat de populatie en werkwijze van de pilot 'preventieve ergotherapie' op een aantal punten afwijken van de populatie en werkwijze in reactiverings- en revalidatieklinieken, zijn voor deze pilot een aantal aanpassingen van het RAP gedaan.

De belangrijkste aanpassingen:

- a. Het RAP is bedoeld voor gebruik door een volledig revalidatieteam. In het nu ontwikkelde enquêteformulier is alleen gebruik gemaakt van de items die door ergotherapeuten te beoordelen zijn.
- b. Het RAP bestaat uit een globale lijst met hieraan gekoppeld een aantal meer gedetailleerde lijsten. Omwille van de overzichtelijkheid wordt in de nu ontwikkelde versie één lijst gebruikt die op een aantal punten meer gedetailleerd is dan de globale lijst van het RAP.
- c. Het RAP is bedoeld als screeningsinstrument in een revalidatiesituatie. Omdat wij te maken hebben met een andere doelgroep zijn sommige items komen te vervallen, anderen zijn toegevoegd of uitgesplitst in subitems.

Hieronder worden de genoemde aanpassingen besproken.

Ad a.

De volgende items zijn vervallen omdat deze niet geheel te beoordelen zijn door de ergotherapeut:

- 'Slapen' (item):

De ergotherapeut kan in principe niet zoveel met dit item. Het is dan ook vervallen, wel wordt geïnformeerd naar het liggen in bed, het omdraaien en het uit bed komen.

- 'Relaties' (categorie)

De categorie 'relaties' is vervallen, deze categorie is naar de mening van de projectgroep niet voldoende te beoordelen door de ergotherapeute alleen. Het lijkt hiernaast ook om praktische redenen niet mogelijk om, in het korte gesprek dat de ergotherapeut met de geënquêteerde heeft, in te gaan op de eventuele verandering in de relaties.

(Door het vervallen van deze categorie is het aangeven van de handicapscore zoals dat bij het RAP gedaan wordt, tevens komen te vervallen.)

Ad b.

Ten behoeve van de nieuwe lijst is gebruik gemaakt van de verzameling van meer gedetailleerde lijsten behorend bij het RAP. De hiervan voor onze doelgroep bruikbare items zijn samengevoegd tot één beoordelingslijst. De nieuwe lijst heeft nagenoeg dezelfde categorieën als de globale lijst van het RAP (Communicatie, Mobiliteit en Persoonlijke verzorging. Dagbesteding is vervangen de twee meer gedetailleerde categorieën Produktiviteit en Ontspanning)

Ad c.

1. De volgende items zijn vervallen of samengevoegd omdat zij niet of minder van toepassing zijn op de doelgroep van de pilot:
 - 'zich uiten', 'begrijpen' (items):

Deze items komen in de nu ontwikkelde versie minder uitgebreid aan bod. De in het RAP genoemde sub-items (nonverbaal-uiten, beelden begrijpen, geluiden begrijpen etc.) zijn vervallen. Problemen in de communicatie op dit niveau komen in de doelgroep van de pilot nauwelijks voor. Wel zijn de volgende items opgenomen: 'het voeren van een gesprek', 'het telefoneren', 'het lezen' en 'het schrijven'.
 - 'houding handhaven' (item):

Hieronder verstaat het RAP het handhaven van de lighouding, zithouding en stahouding. Omdat zich in de doelgroep van de pilot preventieve ergotherapie nauwelijks problemen voordoen bij het handhaven van de lig- of zithouding, is in de ontwikkelde lijst alleen het item 'staan' opgenomen.

Het item 'zitten' en 'liggen' is in een wat andere context wel in de lijst opgenomen, hierbij wordt nagegaan in hoeverre men prettig zit/licht in de huidige stoel/het huidige bed.
 - 'rolstoel rijden' (item):

In de doelgroep van de pilot preventieve ergotherapie komt men nauwelijks personen tegen die gebruik maken van een rolstoel. Indien gewenst kan in de lijst bij 'lopen (binnen)' aangegeven worden dat dit niet (volledig) mogelijk is, of kan bij 'verplaatsen buiten' aangegeven worden dat men van een rolstoel gebruik maakt.
 - 'zit/zit-transfers' (sub-item bij 'van houding veranderen')

Omdat de personen in de doelgroep van de pilot doorgaans nog op kunnen staan en kunnen lopen, is dit item niet van toepassing.
 - 'vervoer' (item)

Om de lengte van de lijst te beperken is dit item niet uitgesplitst naar soort vervoermiddel, hetgeen wel het geval is in het RAP. Omdat het er in het geval van de pilot ook minder toedoet *hoe* men zich verplaatst maar meer *of* men zich verplaatst over langere afstanden, wordt achter het item 'gebruik vervoer' aangegeven in hoeverre men dit nog doet. Het vervoermiddel kan er eventueel bij geschreven worden.
 - 'zich wassen en verzorgen', 'zich aankleden', 'zich uitkleden' (items)

Om de lengte van de totale lijst te beperken zijn sub-items die in het RAP genoemd zijn onder de items 'zich wassen en verzorgen', 'zich aankleden' en 'zich uitkleden' niet opgenomen in de lijst.

De sub-items zijn in dit geval ook niet zo van belang omdat er zich in de doelgroep van de pilot minder vaak en minder ernstige problemen voordoen op deze gebieden dan bij de doelgroep waar het RAP oorspronkelijk voor ontwikkeld is.
2. De volgende items zijn toegevoegd of uitgebreid omdat zij voor de doelgroep van de pilot juist relevant zijn:
 - 'lopen, iets meenemen', 'openen deuren' (items)

De mobiliteit van de doelgroep is doorgaans redelijk tot goed, echter: iets meenemen/iets doen tijdens het zich verplaatsen (deur openen) kan tot problemen leiden.

- 'douchen', 'baden' (items)
In een aantal gevallen lukt het personen van de doelgroep wel om zich (wat) te wassen maar wordt juist het douchen of baden als onveilig ervaren.
- 'medicijngebruik' (item)
In instellingen wordt dit veelal verzorgd door het personeel, thuiswonenden doen dit doorgaans zelf.
- 'dagbesteding' (categorie)
De oorspronkelijke categorie 'dagbesteding' heeft in de nieuwe lijst een totaal andere invulling gekregen omdat de doelgroep en de verblijf/leefomgeving van de groepen waarvoor de meetinstrumenten ontwikkeld zijn sterk van elkaar verschillen. De categorie is uitgebreider geworden dan de oorspronkelijke versie: dit omdat juist de verschillende aspecten van de dagbesteding problemen kunnen opleveren in de doelgroep van de pilot.

Sommige items hebben een andere naam gekregen. Dit is in de meeste gevallen gedaan om de lijst ten behoeve van het interview zoveel mogelijk in 'spreektaal' voorhanden te kunnen hebben. Soms zijn er hiermee inhoudelijk kleine veranderingen ontstaan.

- 'continentie handhaven' is vervangen door 'toiletgang'
- 'van houding veranderen lig/lig, lig/zit en zit/sta' is vervangen door resp. 'draaien in bed', 'in en uit bed', 'in en uit stoel'.

BIJLAGE 2

Enquêteformulier preventieve ergotherapie

ENQUÊTEFORMULIER PREVENTIEVE ERGOTHERAPIE

NUMMER ☐ ☐ ☐

(Ook hieronder invullen + op alle overige pagina's !)

naam: M/V

adres:

postcode:

geb:

tel:

Deze strook wordt na de evaluatie verwijderd, gegevens worden anoniem verwerkt !

NUMMER ☐ ☐ ☐

DATUM HUISBEZOEK 1998

WONING, SAMENSTELLING HUISHOUDEN EN AANWEZIGE ZORG

- woning
 - ☐ aanleunwoning
 - ☐ serviceflat / seniorenwoning
 - ☐ reguliere woning
 - ☐ anders, nl:
- type
 - ☐ eengezinswoning
 - ☐ benedenwoning gelijkvloers
 - ☐ bovenwoning
 - ☐ flat, trap
 - ☐ flat, lift
 - ☐ flat, lift, galerij
 - ☐ anders, nl:
- geenquêteerde(n)
 - ☐ één persoon
 - ☐ twee personen, partners
 - ☐ twee personen, anders, nl:
- overige inwonenden
(meerdere antwoorden mogelijk)
 - ☐ kind, kinderen
 - ☐ overige familie
 - ☐ onderhuurder
 - ☐ anders, nl:
 - ☐ geen
- (mantel-) zorgers:
(meerdere antwoorden mogelijk)
 - ☐ kinderen
 - ☐ overige familie
 - ☐ kennissen/vrienden/buren
 - ☐ huishoudelijke hulp
 - ☐ wijkverpleging/wijkziekenverzorging
 - ☐ geen
- in geval van nood is er:
(ziekte, calamiteiten)
 - ☐ altijd iemand beschikbaar
 - ☐ niet altijd iemand beschikbaar
 - ☐ doorgaans niemand beschikbaar

NUMMER: ☐ ☐ ☐

GEGEVENS GEËNQUÊTERDE

- geslacht ☐ man
☐ vrouw
- geboortedatum
.....
- aandoeningen/ziekten
(volgens geëenquêterde):
.....
.....
.....
.....
- stoornissen: (volgens et./ geëenquêterde)
☐ bewegingsapparaat
☐ gezichtsvermogen
☐ gehoor
☐ taal
☐ cognitie, geheugen
☐ inwendige
☐ overige
☐ geen
- gebruikte voorzieningen:
☐ maaltijdvoorziening
☐ telefoonkring
☐ sociale alarmering
☐ buurtcentrum
☐ vrijwilligers
☐ aanvullend OV
☐
☐ geen
- eerder behandeld door een ergotherapeut:
☐ nee
☐ ja, in het verleden
☐ ja, nu onder behandeling
- laatste 2 jaar behandeld door een fysiotherapeut:
☐ nee
☐ ja, nu uit behandeling
☐ ja, nu onder behandeling

NUMMER: ☐ ☐ ☐

- (beginnende) beperkingen (1 = beperking, 2 = probleem)

	1	2	
mobiliteit			
staan	☐	☐	(langere tijd op een plek staan tijdens een activiteit)
lopen (binnen)	☐	☐	(binnen lopen, geen grote niveauverschillen)
lopen, iets meenemen	☐	☐	(binnen, iets meenemen als schaal/pan, koffie, kleding etc.)
openen deuren	☐	☐	(klink/slot/sleutel hanteren)
nemen drempels, stoep	☐	☐	(niveauverschillen in en bij huis)
traplopen	☐	☐	(in/bij eigen huis, indien van toepassing: bij kennissen etc.)
verplaatsen buiten	☐	☐	(buiten lopen: bereiken burens, winkels, postbus, park etc.)
gebruik vervoer	☐	☐	(bus, auto, fiets etc. relatie omgeving/ buurt)
 zitten	☐	☐	(zithouding, zitten in andere stoelen bij bijv. familie)
in en uit stoel	☐	☐	(stoel verschuiven, opdrukken/gaan zitten)
liggen	☐	☐	(lighouding, veiligheid)
in en uit bed	☐	☐	(van lighouding naar (lang)zit, van zit naar stand en vice versa)
draaien in bed	☐	☐	(wisselen van houding, naar voeteneind/hoofdeind etc.)
 persoonlijke verzorging			
wassen/verzorgen	☐	☐	(kraan hanteren, wassen/drogen, scheren, opmaken, haren, nagels)
douchen	☐	☐	(douche/kraan hanteren, staan/lopen (natte vloer), wassen/drogen, haren)
baden	☐	☐	(in/uitstappen, zitten, douche/kraan hanteren, wassen/drogen)
aankleden	☐	☐	(bovenkleding, onderkleding, schoenen, sokken, sluitingen)
uitkleden	☐	☐	(bovenkleding, onderkleding, schoenen, sokken, sluitingen)
medicijngebruik	☐	☐	(plannen, openmaken verpakking, innemen)
toiletbezoek	☐	☐	(dag/nacht: zitten, (op)staan, doortrekken, hanteren kleding/papier/inc.mat)
eten/drinken	☐	☐	(smeren, snijden, naar de mond brengen)
 productiviteit			
huishouden, licht	☐	☐	(opruimen, afstoffen, wassen, strijken)
huishouden, zwaar	☐	☐	(ramen lappen, zuigen, dweilen)
maaltijd verzorgen	☐	☐	(plannen, voorbereiden, koken, afwassen)
boodschappen	☐	☐	(dagelijkse boodsch.: plannen, winkels bereiken, geld hanteren, tillen)
zorg voor anderen	☐	☐	(huisgenoten/buren/vrienden/familie, huisdieren)
klussen in/om huis	☐	☐	(iets ophangen, reparaties, onderhoud tuin, herstel kleding)
administratie	☐	☐	(rekeningen, bankzaken)
 ontspanning			
winkelen	☐	☐	(niet dagelijks/wekelijks boodsch.: kleding, meubels, cadeaus)
uitgaan	☐	☐	(schouwburg/ theaterbezoek, dagje uit, uit eten)
vakantie/camping	☐	☐	(voorbereiden, reizen, gebruik vakantiewoning)
(andere) hobby's	☐	☐	(t.v., handwerken, boek lezen, vissen, kaarten etc.)
bezoek fam./vrienden	☐	☐	(bezoek krijgen/verzorgen, op bezoek gaan (toegankelijkheid woning)
 communicatie			
gesprek voeren	☐	☐	(face to face, begrijpen/verstaan/uitdrukken)
telefoneren	☐	☐	(telnr., hanteren telefoon, vasthouden, begrijpen/verstaan/uitdrukken)
lezen	☐	☐	(post, krant, ondertiteling)
schrijven	☐	☐	(brief, boodschappenbriefje)

beperkingscore

0 = zonder moeite
1 = enige moeite
2 = veel moeite of met enige hulp
3 = niet

probleemscore

0 = geen
1 = licht
2 = ernstig
3 = zeer ernstig

NTB = niet te beoordelen NVT = niet van toepassing

NUMMER: ☐ ☐ ☐

TOEKOMSTVERWACHTING

- belangrijkste stoornissen/beperkingen, samenvatting:

1. _____
2. _____
3. _____

- Stel dat in de toekomst een achteruitgang plaatsvindt op bovengenoemde gebieden, wat zijn dan de gevolgen voor:

. het wonen ?

. de benodigde hulp ?

. de dagbesteding ?

NUMMER: ☐ ☐ ☐

ORDEEL ERGOTHERAPEUT:

- welke nu aanwezige 'risicofactoren' kunnen in de toekomst (≤ 2 jaar) het zelfstandig functioneren van deze persoon gaan belemmeren: (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ onveilige woonsituatie
- ☐ weinig hulp van buitenaf
- ☐ weinig sociale contacten
- ☐ overbelasting partner, mantelzorg
- ☐ situatie niet houdbaar als inbreng partner wegvalt
- ☐ progressie ziektebeeld
- ☐ problemen in oriëntatie, oordeelsvorming etc.
- ☐ sterke beperking in mobiliteit
- ☐ anders, nl:

- samenvatting:

.....

.....

.....

.....

- opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

- nog doen: (nog doorgeven aan de gemeente, nog opsturen etc.)

.....

.....

.....

.....

NUMMER: ☐ ☐ ☐

ACTIES ERGOTHERAPEUT TIJDENS DE SCREENING

- observatie activiteiten, spontaan of uitgelokt. (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ opstaan/gaan zitten
- ☐ verplaatsen in huis
- ☐ traplopen
- ☐ deur openen
- ☐ drinken
- ☐ eten
- ☐ koffie/thee zetten, drinken verzorgen
- ☐
- ☐
- ☐ onderzoek functie/vaardigheid
- ☐ geen

- voorlichting/uitleg/informatie (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ ziektebeeld en gevolgen
- ☐ disciplines, werkwijzen, behandel mogelijkheden
- ☐ informatie over buurtconciërge
- ☐ hulpmiddelen, mogelijkheden en te volgen procedures
- ☐ diensten, mogelijkheden en te volgen procedures
- ☐ belang van handhaving/uitbreiding activiteitenpatroon
- ☐ anders, nl:
- ☐ geen

- advies (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ inschakelen buurtconciërge
- ☐ indienen aanvraag WVG
- ☐ huisarts aanvraag laten indienen bij ziektekostenverzekeraar
- ☐ indienen aanvraag overig, bij: door:
- ☐ advies aanschaf hulpmiddel/voorziening
- ☐ advies inschakelen ergotherapeut via arts, behandel/adviesvraag:
- ☐ advies inschakelen andere discipline nl: via huisarts behandel/advies/zorgvraag:
- ☐ advies m.b.t. werkwijze bij ADL-activiteit, nl:
- ☐ advies m.b.t. veiligheid, nl:
- ☐ ander advies, nl:
- ☐ geen

- indien van toepassing, geadviseerd zijn: (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ hulpmiddel voor aan- en/of uitkleden
- ☐ hulpmiddel voor toiletgebruik
- ☐ hulpmiddel voor baden, wassen en/of douchen
- ☐ loophulpmiddel
- ☐ rolstoel
- ☐ hulpmiddel(en) voor eten en/of drinken
- ☐ (onderdelen t.b.v.) zitmeubilair
- ☐ (onderdelen t.b.v.) een bed
- ☐ steunhulpmiddelen (grepen e.d.)
- ☐ anders, nl:
.....
(naam van de artikelen opschrijven)
- ☐ geen

- duur consult: uur min. (afroonden op kwartier)

- voldoende tijd gehad om de situatie te kunnen beoordelen ?

- ☐ ja
- ☐ nee

NUMMER:

ADVIESBLAD

PROJECT ERGOPREVENT
postadres:
JANSKLINIEK,
AFDELING ERGOTHERAPIE
RIDDERSTRAAT 32
2011 RS HAARLEM
tel: 023-5319282

geb datum: _____

PROBLEMEN:

ADVIEZEN:

FOLDERS ACHTERGELATEN:

NAAM ERGOTHERAPEUTE:

ENQUÊTEFORMULIER PREVENTIEVE ERGOTHERAPIE

EVALUATIE

NUMMER: ☐ ☐ ☐

Datum huisbezoek: _____ (overnemen van voorblad enquête)

Tijdens het huisbezoek zijn de volgende adviezen gegeven: (samenvatten van het laatste blad van de enquête + het adviesblad, de drie belangrijkste noemen)

1. _____
 2. _____
 3. _____
- (In het evaluatiegesprek tenminste deze 3 aan de orde laten komen, eventueel meer)

START EVALUATIEGESPREK

U bent (datum) bezocht door een ergotherapeute van het project 'Ergoprevent'. Om erachter te kunnen komen in hoeverre u iets gehad heeft aan dit bezoek, wil ik u een aantal vragen stellen.

1- Wat vond u van het huisbezoek ?

- ☐ positief want _____
- ☐ niet positief want _____

overige opmerkingen over het huisbezoek:

2- Was het u van het begin af aan duidelijk waar de ergotherapeute voor kwam ?

- ☐ nee, het werd gaandeweg ook niet echt duidelijk
- ☐ nee maar het werd in de loop van het gesprek duidelijk
- ☐ ja, het was meteen duidelijk

3a- De ergotherapeute heeft u tijdens het huisbezoek geadviseerd om, om..... en om, Met welke adviezen heeft u iets gedaan?

NUMMER: ☐ ☐ ☐

3b- *Hoe staat het op dit moment met de uitvoering van deze adviezen?*
betreffende:

☐ W.V.G.-voorzieningen:

☐ overige hulpmiddelen/voorzieningen:

☐ inschakelen disciplines:

☐ overige adviezen:

4a- *Met welke adviezen heeft u (nog) niets gedaan / (nog) niets kunnen doen?*

4b- *Wat is de reden dat u hier (nog) niets mee heeft gedaan:*

- ☐ advies niet duidelijk
- ☐ niet eens met advies
- ☐ gebrek aan ondersteuning bij de uitvoering
- ☐ financiële redenen
- ☐ anders:

4c- *Gaat u in de nabije toekomst (het komende half jaar) nog gebruik maken van deze adviezen?*

- ☐ nee
- ☐ ja, nl:

(vermelden voorgenomen actie)

☐ misschien/ weet niet

NUMMER: ☐ ☐ ☐

Algemene vragen

5- In hoeverre denkt u dat de adviezen zoals aan u (en uw partner) gegeven ertoe zullen bijdragen dat u (beiden) langer zelfstandig zult kunnen blijven wonen?

- ☐ niet
- ☐ enigszins
- ☐ weldegelijk
- ☐ weet niet

6- In hoeverre denkt u dat de adviezen zoals aan u (en uw partner) gegeven ertoe zullen bijdragen dat er minder hulp van buitenaf nodig is (bij bijvoorbeeld zelfverzorging/huishouding/uitgaan etc.)

Het gaat hierbij om minder benodigde hulp nu of in de toekomst.

- ☐ niet
- ☐ enigszins
- ☐ weldegelijk
- ☐ weet niet

7- Vond u het bezoek van de ergotherapeute aan u (en uw partner) al met al de moeite waard?

- ☐ nee
- ☐ ja, want: _____
- ☐ weet niet

8- Vindt u een dergelijk bezoek (ook) zinvol voor andere ouderen in Haarlem?

- ☐ nee
- ☐ ja, want: _____
- ☐ weet niet

Hartelijk dank voor uw medewerking.

EINDE EVALUATIEGESPREK

- Opmerkingen:

- Gesproken met:

geb.datum: _____

geslacht: m/v

- Indruk ergotherapeut:

Welk resultaat heeft de screening voor deze persoon/personen gehad ?

- ☐ geen, er waren geen of nauwelijks problemen waar de ergotherapie iets mee kon
- ☐ geen, alhoewel de ergotherapie in deze situatie een zinvolle inbreng had kunnen hebben
- ☐ wel enig resultaat nl: _____
- ☐ een aanmerkelijk resultaat nl: _____

Is van de drie belangrijkste adviezen (zie blad 1) genoteerd wat ermee gebeurd is ?

BIJLAGE 3

Overzicht van het aantal personen en het percentage van het totale aantal personen met beperkingen en problemen (N=166)*

	Beperkingen		Problemen	
	Aantal personen	Percentage	Aantal personen	Percentage
Mobiliteit				
Staan	78	47	48	29
Lopen (binnen)	39	24	25	15
Lopen, iets meenemen	47	28	30	18
Openen deuren	10	6	4	2
Nemen drempels, stoep	44	27	24	15
Traplopen	73	44	27	16
Verplaatsen buiten	89	54	71	43
Gebruik vervoer	55	33	33	20
Zitten	35	21	16	10
In en uit stoel	41	25	23	14
Liggen	23	14	17	10
In en uit bed	27	16	15	9
Draaien in bed	18	11	12	7
Persoonlijke verzorging				
Wassen/verzorgen	29	18	16	10
Douchen	40	24	25	15
Baden	12	7	7	4
Aankleden	44	27	22	13
Uitkleden	21	13	7	4
Medicijngebruik	11	7	3	2
Toiletbezoek	29	18	20	12
Eten/drinken	9	6	4	3
Productiviteit				
Huishouden, licht	43	26	22	13
Huishouden, zwaar	82	49	25	15
Maaltijd verzorgen	24	15	9	6
Boodschappen	57	34	23	14
Zorg voor anderen	31	19	15	9
Klussen in/om huis	65	39	28	17
Administratie	21	13	5	3
Ontspanning				
Winkelen	62	38	32	20
Uitgaan	54	33	28	17
Vakantie/camping	73	44	36	22
(Andere) hobby's	39	24	31	19
Bezoek familie/vrienden	27	16	12	7
Communicatie				
Gesprek voeren	30	18	23	14
Telefoneren	19	11	11	7
Lezen	24	15	16	10
Schrijven	25	15	16	10

* Omdat de antwoorden niet altijd bij alle respondenten zijn genoteerd, en omdat sommige items niet voor iedereen waren te beoordelen, verschilt het aantal respondenten per item van 161 tot 166 personen.

BIJLAGE 4

ErgoPrevent: bevindingen van de huisbezoeksters

In de maanden mei, juni, juli, augustus, oktober en november 1998 zijn in de gemeente Haarlem 169 mensen door twee ergotherapeuten bezocht.

Verreweg de meeste reacties waren positief. Men was zeer tevreden over het feit dat de gemeente Haarlem het initiatief neemt om ouderen persoonlijk voor te lichten over de mogelijkheden die geboden kunnen worden. Bij sommigen is door de enquête een proces op gang gebracht om na te denken over hun functioneren, over de belemmeringen die zij ondervinden en over het beroep dat zij doen op hulpverleners of mantelzorgers, terwijl dit niet altijd nodig is.

Naar aanleiding van de enquête valt het volgende op:

- Mensen zijn blij met wat aandacht, blij dat er eens iemand luistert, tonen veel vertrouwen, storten hun hart uit.
- Veel ouderen leggen zich zonder veel problemen bij 'ouderdomsverschijnselen' neer, ze accepteren de belemmeringen, die er volgens hen nu eenmaal bij horen.
- De vraag over de toekomstverwachting blijkt moeilijk in te vullen. Veel mensen weten niet wat ze met de vraag aanmoeten. In overleg met de projectgroep is daarom besloten deze vraag te laten vervallen.
- In een aantal gevallen staan mensen absoluut niet open voor adviezen; erkenning van een probleem is ook erkenning van ouderdom en achteruitgang. Dit geldt ook heel sterk voor mensen met lichte chronische klachten vanwege bijvoorbeeld reuma of artrose. Zij hebben vaak helemaal geen behoefte om preventief met hun klachten aan de gang te gaan. Onze indruk is dat hun weerzin tegen het 'medisch circuit' veel zwaarder weegt dan de behoefte iets aan de klachten te doen. Adviezen over gewrichtsbescherming sloegen ook niet aan, 'het zou hun tijd wel duren'.
- Veel mensen lijken een redelijk netwerk te hebben van kinderen, familie, burens of kennissen. In een aantal gevallen blijken de kinderen hun ouders gestimuleerd te hebben tot het meedoen aan de enquête of het doen van een aanvraag voor voorzieningen.
- De indruk is dat mensen vaak veel tijd nodig hebben om over de informatie na te denken en er eventueel iets mee te doen.
- Loket Schalkwijk is goed bekend bij iedereen. In Schalkwijk, een buurt in Haarlem, is er een centraal punt waar ouderen, gehandicapten en hun verzorgers met al hun vragen terecht kunnen. Dit kunnen vragen zijn over wonen, voorzieningen, zorg, geldzaken, hulp bij klusjes, advies en ondersteuningondersteuning.
- Er zijn veel klachten over de Thuiszorg. Mensen krijgen geen hulp, krijgen elke week een andere hulp (een mevrouw vertelde dat ze 15 hulpen had gehad in drie maanden), of de hulp zou met name zwaar huishoudelijk werk niet mogen doen, waar nu juist behoefte aan was.

- Kleine ADL-hulpmiddelen zijn tijdens het huisbezoek niet uitgetest. Mensen konden zich er geen voorstelling van maken en zagen er om die reden vaak van af.
- Er wordt geregeld gebruik gemaakt van buurtcentra of maaltijden in een bejaardenhuis.
- De buurtconciërge voorziet zeer duidelijk in een behoefte. De buurtconciërge verricht kleine woningbouwtechnische werkzaamheden voor alle inwoners in Haarlem vanaf 65 jaar en voor gehandicapten. Hierbij gaat het voornamelijk om het aanbrengen van kleine voorzieningen in de woning ter bevordering van de zelfstandigheid en de veiligheid.
- De gegeven informatie, mondeling en in de vorm van folders, wordt zeer op prijs gesteld en als de informatie niet direct wordt gebruikt wordt deze bewaard voor de toekomst.
Er is o.a. informatie gegeven over WVG-voorzieningen, de servicetaxi, aangepast vervoer, de Thuiszorg, ErgoThuis, Buurtconciërge, mogelijkheden voor dagbehandeling, personen-alarm.
- Op grond van onze ervaringen tijdens de huisbezoeken is, met de huidige WVG-regelgeving is, volgens de norm 'goedkoopste adequate oplossing', echt preventief werken niet altijd mogelijk. Want om in aanmerking te komen voor een WVG-voorziening moet er een indicatie zijn. De huidige WVG-regelgeving is niet toereikend wat preventief werken betreft.
Dit geldt bv. voor mensen die preventief van een bovenwoning of een flat zonder lift willen verhuizen naar een benedenwoning/flat met lift. Dit gaat nu gewoon via de woningkrant en lukt vaak moeizaam of niet.

Naar aanleiding van de telefonische evaluatie valt het volgende op:

- Bijna iedereen is positief over het huisbezoek.
- Men vindt het nuttig voor zich zelf, maar ook voor andere ouderen, deels vanwege de informatie (voor geval het ooit...), deels vanwege de daadwerkelijke adviezen, deels vanwege een soort check-up gevoel, deels vanwege de aandacht voor 'de oudere'.
- De telefonische evaluatie is in de meeste gevallen ook als heel positief ervaren.
- Nagenoeg alle geënquêteerden herinneren zich het huisbezoek heel goed na zo'n twee tot drie maanden en besluiten vaak alsnog iets met de adviezen te doen.

Aanbevelingen

- * Loket Schalkwijk heeft alle ouderenvoorzieningen bij elkaar en blijkt bij iedereen bekend. Zo zou het op meer plaatsen in de stad geregeld kunnen worden.
- * ErgoPrevent moet niet op zichzelf staan maar aansluiten bij/integreren in een bestaande voorziening.
- * De huidige WVG-regelgeving zou verruimd kunnen worden d.m.v een beleid wat ook gericht is op preventie bv. met betrekking tot huisvesting, vervoer en veiligheid.

Hiermee zou ErgoPrevent een betere aansluiting krijgen bij de huidige WVG-regelgeving.

- * De enquête moet aansluiten bij eventuele verwante enquêtes. Voor enquêtes moet niet steeds hetzelfde adressenbestand gebruikt worden.
- * Specifiek ergotherapeutisch is met name het afnemen en interpreteren van de RAP-lijst en het hebben van een totaaloverzicht over iemands situatie. Deze vaardigheden in combinatie met de kennis die een ergotherapeut heeft van de sociale kaart kunnen voorkomen dat iemand vroegtijdig in een zorgcircuit raakt. De ergotherapeut kan de 'goedkoopste adequate zorgvoorziening' adviseren.
- * Ergotherapeuten zouden goed passen als hoogwaardig intaker bij een RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) vanwege het totaaloverzicht over het functioneren van de geënquêteerden en het helder analyseren van de omgevingsfactoren in combinatie met de beperkingen.
- * Het verstrekken van voorlichtingsmateriaal in de vorm van folders en aanvraagformulieren blijkt zeer effectief. Ouderen hebben de mogelijkheid de informatie nog eens rustig te bekijken, eventueel te overleggen met anderen en kunnen er later nog eens op terugkomen, zoals is gebleken.

Wij vonden het een zinvol onderzoek en het was erg leuk om als ergotherapeute er aan mee te werken. Hiermee hopen we een bijdrage geleverd te hebben aan een nieuw aspect binnen ons beroep.

Monique v.d. Boon, ergotherapeute
S.H.D.H., Janskliniek
Boerhavelaan 1
2035 RB HAARLEM
023-5319282

A.M. Coenen, ergotherapeute
ZorgBalans Groep,
Verpleeghuis Zuiderhout
Beelslaan 9
2012 PK HAARLEM
023-5484545

