

**DETERMINANTEN VAN IMMOBILITEIT EN
FYSIEKE ACTIVITEIT**

Een pilotstudie onder zelfstandig wonende ouderen van
75 tot 85 jaar, die op de wachtlijst thuiszorg staan.

NIPG-publicatienummer
94.007

Februari 1994

M. Hopman-Rock

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hopman-Rock, M.

Determinanten van immobiliteit en fysieke activiteit : een pilotstudie onder zelfstandig wonende ouderen van 75 tot 85 jaar, die op de wachtlijst voor thuiszorg staan / M. Hopman-Rock. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO NIPG-publicatienummer 94.007. - Pilotstudie uitgevoerd als onderdeel van de programmalijn 'Ouderen, mobiliteit en omgeving' van de afdeling Omgeving Gedrag en Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO in samenw. met de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland'. - Met lit. opg. ISBN 90-6743-307-1
Trefw.: zelfredzaamheid ; ouderen / thuiszorg ; ouderen.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 94.007.

	pagina
VOORWOORD	i
SAMENVATTING	ii
1. INLEIDING	1
1.1 Verlies van zelfstandigheid: een maatschappelijk probleem	1
1.2 Fysieke activiteit en gezond en zelfstandig functioneren van ouderen	2
1.3 Gezondheidsbevordering voor ouderen	2
1.4 Korte beschrijving van de pilotstudie en opzet van het rapport	3
2. DOELSTELLING, VRAAGSTELLINGEN EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	4
2.1 Doelstelling en vraagstellingen	4
2.2 Opzet van het onderzoek	4
2.2.1 Inleiding	4
2.2.2 Samenwerking met thuiszorgorganisatie 'Groot Rijnland'	5
2.2.3 Theoretische achtergrond van de vragenlijst	6
2.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep	8
2.3.1 De wachtlijst van de thuiszorg	8
2.3.2 Respons en non-respons	9
2.3.3 Achtergrondvariabelen	10
3. ONDERZOEKSMETHODEN EN -INSTRUMENTEN	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Organisatie van de interviews	13
3.3 Inhoud van het interview	13
3.3.1 Achtergrondvragen en de reden voor de hulpvraag	13
3.3.2 Gezondheid	13
3.3.3 Cognitief vermogen	14
3.3.4 Actieradius	14
3.3.5 Stressoren van de omgeving	14
3.3.6 Lichamelijke beperkingen	15
3.3.7 Algemene Dagelijkse en Huishoudelijke Levensverrichtingen	15
3.3.8 Depressiviteit	15
3.3.9 Belangrijke gebeurtenissen	16

	pagina
3.3.10 Leefstijl	16
3.3.11 Eenzaamheid	16
3.3.12 Fysiek functioneren	16
3.3.13 Mening over fysieke activiteit	17
3.3.14 Looptest	17
3.3.15 Afsluiting van het interview	18
4. RESULTATEN	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Resultaten per onderdeel van het interview	19
4.3 Inventarisatie van mogelijke bewegingsinterventies	26
5. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	28
5.1 Inleiding	28
5.2 Conclusies en discussie over de gebruikte methode	28
5.3 Conclusies en discussie over het gebruik van de vragenlijst	29
5.4 Conclusies en discussie over eventuele bewegingsinterventies	33
5.5 Beantwoording van vraagstellingen en aanbevelingen	33
LITERATUUR	35
BIJLAGEN	39

VOORWOORD

Deze pilotstudie is uitgevoerd als onderdeel van de programmalijn 'Ouderen, mobiliteit en omgeving' van de afdeling Omgeving Gedrag en Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO. Doel van deze programmalijn is het uitvoeren van onderzoek ter bevordering van de gezondheid en het zelfstandig functioneren van ouderen.

Deze studie is uitgevoerd met medewerking van de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland' te Leiden. Wij danken de directie voor het in ons gestelde vertrouwen en tevens de rayon-manager mevr. L. Huisman voor de prettige samenwerking.

Adviezen over het gebruik van de Actieradius, de ADL en de IADL-lijsten en het stellen van vragen over ziekte en gezondheid aan een oudere populatie zijn gegeven door mevr. Drs. K. van den Brande, arts bij de sectie gerontologie van de medische faculteit van de Universiteit van Leiden, waarvoor onze hartelijke dank.

SAMENVATTING

Verlies van zelfstandigheid door afnemende fysieke mogelijkheden, beweeglijkheid en mobiliteit, is bij uitstek een probleem bij ouderen tussen de 75 en 85 jaar. Zeer veel ouderen doen een beroep op thuiszorg. Een snelle toename van de hulpbehoefte kan tevens leiden tot opname in een verzorgings- of verpleeghuis.

In deze pilotstudie is nagegaan of er mogelijkheden zijn om in de beschreven groep door middel van bewegingsinterventies verlies van zelfstandigheid te voorkomen. Hiertoe is een kleine groep ouderen geïnterviewd (N=30) die op de wachtlijst voor thuiszorg stond. De ontwikkelde vragenlijst en de methode (interview met behulp van een notebookcomputer) zijn uitgetest. Door middel van literatuurstudie is nagegaan welke bewegingsinterventies voor een dergelijke groep bruikbaar zouden zijn.

De gebruikte vragenlijst is in het algemeen goed bevallen. Bij het vragen naar gezondheid, dient vooral gelet te worden op het onderscheid tussen ziekten en klachten. De vragen over depressiviteit en cognitief vermogen leverde soms problemen op (irritatie en ophoud). Goede ervaring is opgedaan met de Physical Performance test en de OECD-indicator voor lichamelijke beperkingen.

Er worden enkele suggesties gedaan voor het gebruik van (buitenlandse) bewegingsinterventies.

Het lijkt dat 'immobiliteit' in de onderzochte groep een belangrijke rol speelt. Bij veel personen is sprake van overgewicht en gewrichtsklachten. Nader onderzoek is nodig naar veranderbare en onveranderbare oorzaken. In het algemeen vindt men 'goed bewegen' en 'beweeglijk blijven' erg belangrijk. Eventuele interventies dienen in de buurt van de woning te zijn (soms het liefste aan huis) en moeten rekening houden met bestaande ziekten en klachten.

Aanbevolen wordt om een grotere studie uit te voeren waarbij simultaan een determinanten- en een interventieonderzoek wordt uitgevoerd.

1. INLEIDING

1.1 Verlies van zelfstandigheid: een maatschappelijk probleem

De groep 75- tot 85-jarigen is bij uitstek een groep waar, vaak in korte tijd, grote veranderingen optreden in fysieke mogelijkheden, beweeglijkheid en mobiliteit. Verlies van de partner en/of verlies van eigen fysieke mogelijkheden door het optreden van chronische kwalen kunnen gemakkelijk leiden tot een snelle toename van de hulpbehoefte, waardoor bijvoorbeeld een beroep op thuiszorg of opname in een verzorgingshuis onvermijdelijk lijkt.

Uit statistische gegevens uit de bejaardenoorden blijkt dat zowel bij mannen als bij vrouwen de snelste toename van opnamen in verzorgings- en verpleeghuizen plaatsvindt tussen de 75 en de 85 jaar. Van de totale populatie mannen in 1990 in verzorgingshuizen, was 16% tussen de 75 en 79 jaar en 28% tussen de 80 en 84 jaar. Bij de vrouwen is dat resp. 15 en 28,3 %. Er treedt dus een zeer snelle stijging op van het aantal opnamen als de oudere rond de 80 jaar is. Daaraan voorafgaand is er tevens een stijging van de vraag naar thuiszorg van zelfstandig wonende ouderen. Met name de groep tussen 75 en 85 jaar is ruim vertegenwoordigd als het gaat om aanvraag van thuiszorg.

In het kader van het onderzoeksgebied 'Ouderen, mobiliteit en omgeving' is het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO geïnteresseerd in interventies op het gebied van gezondheidsbevordering voor ouderen door meer en beter bewegen. Om verlies van zelfstandigheid te voorkomen is het van belang om na te gaan wat de mogelijkheden zijn van bewegingsinterventies die voorkomen dat men in een situatie raakt waarbij thuiszorg en daarna een eventuele opname in verzorgingshuis of verpleegtehuis onvermijdelijk is. Daarvoor is inzicht nodig in de relatieve bijdrage van immobiliteit en instabiliteit aan het proces dat leidt tot verlies van de zelfstandigheid en bovendien in wat de mogelijkheden voor de ouderen zijn om fysiek actief te blijven of te worden. (Voor definities en gebruikte termen op het geschetste onderzoeksgebied wordt verwezen naar van Hell en de Kleijn (1993).)

De hierboven geschetste maatschappelijke doelstelling zou een kostenbesparing kunnen opleveren doordat er minder een beroep op zorgvoorzieningen hoeft te worden gedaan en zou tevens de kwaliteit van leven van de beschreven groep ouderen kunnen vergroten.

1.2 Fysieke activiteit en gezond en zelfstandig functioneren van ouderen

Fysieke activiteit heeft op de meeste orgaansystemen een positieve invloed. In relatie tot veroudering is bekend dat fysieke activiteit tot op zekere hoogte de afname van de functies van de meeste organen, inclusief het bewegingsapparaat, kan tegengaan (Shephard, 1987, 1990). Het blijkt dat het grootste relatieve effect van fysieke training is te verkrijgen bij mensen die het minst fit zijn (Laerum en Laerum, 1982). Tot zeer hoge leeftijd kan het starten met fysieke training door bewegingsoefeningen een verbeterde beweeglijkheid, een grotere spierkracht en uithoudingsvermogen en een hoger maximaal aeroboom vermogen bewerkstelligen (Hansen, 1982). Door deze verbeterde lichamelijke conditie kan men beter de algemene dagelijkse levensverrichtingen aan en verbetert het sociale contact. Ook is bekend dat een betere fysieke conditie leidt tot een groter gevoel van welbevinden en het gevoel dat men controle heeft over zijn of haar eigen leven (Heikkinen en Käyhty, 1978).

In relatie tot de voeding van ouderen is in Wageningen een onderzoek uitgevoerd (M. Poodt-ter Huurne e.a. 1978) bij zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder naar lichaamsbeweging, eenzaamheidsgevoelens, index Algemene Levensverrichtingen (ADL) en sociale contacten. Hieruit kwam naar voren dat bij vrouwen boven de 80 jaar relatief de meeste bewegingsproblematiek voorkomt.

1.3 Gezondheidsbevordering voor ouderen

Gezondheidsbevordering voor ouderen dient een tweeledig doel:

- 1- het vergroten van de invloed van ouderen zelf op hun eigen gezondheid en welbevinden;
- 2- het bieden van mogelijkheden aan ouderen, bijvoorbeeld het aanbieden van op maat gesneden bewegingsprogramma's, waardoor zij hun gezondheid en welbevinden daadwerkelijk kunnen verbeteren en hun zelfstandigheid kunnen handhaven.

In het kader van preventie van gezondheidsproblemen van ouderen is gezondheidsbevordering een belangrijk beleidsinstrument om de zelfstandigheid van ouderen te vergroten en/of te behouden. Bewegen wordt daarbij gezien als één van de determinanten van gezondheid die te beïnvloeden is (Prog.cie determinanten van gezondheid, 1990). Hoewel 'beweging' een belangrijk onderwerp is, blijkt het een van de minst voorkomende gezondheidsbevorderende activiteiten te zijn (Larson, 1988). Volgens Larson kan een zorgvuldig ontworpen bewegingsprogramma, waarin ook voorlichting is opgenomen over de redenen van het doen van bewegingsoefeningen, het gezondheidsprofiel van mensen boven de 65 jaar aanzienlijk verbeteren. Meer bewegen kan tevens bijdragen aan het langer

zelfstandig houden van ouderen (Buijssen, 1987). Kempen (1990) noemt in zijn proefschrift over individuele determinanten van het gebruik van thuiszorg ook 'meer en beter bewegen' als een mogelijke interventie om een hulpvraag te voorkomen of uit te stellen.

Gezondheidsbevordering voor ouderen verheugt zich in een toenemende aandacht (Beliën, 1990) en heeft niet alleen betrekking op voorlichting aan individuen maar ook op het veranderen van individueel gedrag en de sociale en fysieke omgeving.

Voor het veranderen van gedrag in de gewenste richting is inzicht nodig in de factoren die maken dat het gedrag tot stand kwam en zich vervolgens kan handhaven (Damoiseaux, 1987). Voor het bestuderen van determinanten van gedrag wordt meestal gebruik gemaakt van specifieke gedragsmodellen. Daarnaast is het van belang om omgevingskenmerken te bestuderen die vatbaar zijn voor verandering in positieve zin en voorwaarde scheppend zijn voor gezondheidsbevordering.

1.4 Korte beschrijving van de pilotstudie en opzet van het rapport

Ter voorbereiding van een grotere, nog op te zetten, studie naar determinanten van immobiliteit en fysieke activiteit van ouderen is een pilotonderzoek uitgevoerd. Hiervoor werd de medewerking gevraagd van de thuiszorgorganisatie 'Groot Rijnland' te Leiden. Hierdoor was het mogelijk om een groep ouderen te benaderen die thuiszorg hebben aangevraagd. Deze groep vertoont dus het gedrag waarvan gehoopt wordt dat het in de toekomst voorkomen of uitgesteld zou kunnen worden. Deze pilotstudie is opgezet om inzicht te krijgen in de problematiek van deze groep en de mogelijkheden die er zijn voor eventuele interventies. Hiertoe is er een vragenlijst ontwikkeld die in deze pilotstudie op zijn waarde en bruikbaarheid getest is. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan de Medisch Ethische Commissie van TNO en leverde geen bezwaren op.

Over de samenstelling van de vragenlijst is advies gevraagd aan de sectie Gerontologie van de Medische faculteit Leiden.

In het rapport worden allereerst de doelstelling en vraagstellingen en opzet van het onderzoek besproken en een beschrijving van de onderzoeksgroep gegeven (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt de onderzoeksmethode en de samenstelling van de vragenlijst besproken en verantwoord (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven die in hoofdstuk 5 bediscussieerd worden. Uiteindelijk leidt dit tot een aantal aanbevelingen voor de opzet van een grotere studie.

2. DOELSTELLING, VRAAGSTELLINGEN EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

2.1 Doelstelling en vraagstellingen

Doel van deze pilotstudie is na te gaan welke mogelijkheden en onmogelijkheden er zijn om een grotere studie op te zetten die inzicht dient te verschaffen in de factoren die bepalen of ouderen tussen 75 en 85 jaar hun zelfstandigheid dreigen te verliezen (bijvoorbeeld blijkend uit een aanvraag om hulp). Met name wordt gekeken naar de bijdrage van immobiliteit en fysieke activiteit. Uiteindelijk doel is het beïnvloeden van gedrags- en omgevingsfactoren van zelfstandig wonende ouderen in een gezondheidsbevorderende richting ter voorkoming van onnodig verlies van zelfstandigheid.

De volgende vraagstellingen komen in deze pilotstudie aan de orde:

- wat is de rol van immobiliteit en (gebrek aan) fysieke activiteit bij het verminderen van de zelfstandigheid, blijkende uit een aanvraag om thuiszorg ?;
- welke factoren bepalen of hulpvragende ouderen wel of niet fysiek actief kunnen (of willen) blijven?;
- welke, reeds ontwikkelde, bewegingsinterventies zouden geschikt kunnen zijn en voor welke doelgroepen?

Deze laatste vraag zal apart worden beantwoord, hiervoor is een korte literatuurstudie uitgevoerd.

Tenslotte wordt nagegaan wat de mogelijkheden zijn om door middel van een groter opgezet onderzoek, te komen tot de ontwikkeling en evaluatie van (bewegings)interventies bij ouderen tussen 75 en 85 jaar.

2.2 Opzet van het onderzoek

2.2.1 Inleiding

In oktober 1993 zijn ouderen tussen 75 en 85 jaar die voorkwamen op de wachtlijst van de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland' benaderd voor deelname aan het onderzoek (zie bijlage I). Personen die, door middel van een antwoordformulier (zie Bijlage II) aangaven dat zij hun medewerking zouden willen verlenen zijn in de maand november thuis bezocht door een interviewster. Met behulp van een notebookcomputer zijn de antwoorden op vooraf opgestelde vragen vastgelegd. Tijdens het interview is ingegaan op de redenen van de aanvraag voor thuiszorg, de algemene

dagelijkse levensverrichtingen en de huishoudelijke bezigheden, de mate van fysieke activiteit en de 'Actieradius'. Tevens is nagegaan wat de belemmeringen zijn om fysiek actief te zijn en te blijven. Er is ook nadrukkelijk aandacht gegeven aan psychologische en sociale factoren die tot een hulpvraag en een verminderde mobiliteit kunnen leiden. Voor de ontwikkeling van de vragenlijst is gebruik gemaakt van theoretische modellen. Door middel van een korte literatuurstudie is nagegaan welke bewegingsinterventies geschikt zijn voor ouderen in de onderzochte leeftijdscategorie.

Tijdschema:

oktober 1993 - ontwikkeling vragenlijst, organisatie interviews
november 1993 - interviews, literatuurstudie
december 1993 - analyses en rapportage

In de volgende subparagrafen worden achtereenvolgens de samenwerking met de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland' en de verschillende, op elkaar aansluitende, theoretische modellen besproken.

2.2.2 Samenwerking met de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland'

In een vroeg stadium is contact opgenomen met de directie van thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland' te Leiden. Na overleg is toestemming gegeven om de personen die per 1 oktober op de wachtlijst zouden staan, te benaderen voor deelname aan het onderzoek. De rayonmanager van Leiden Zuid werd als contactpersoon aangewezen. Met haar zijn in augustus nadere afspraken gemaakt. Benadering van de mogelijke respondenten gebeurde door de thuiszorgorganisatie; hiertoe is door NIPG-TNO een aanbiedingsbrief gemaakt. De vragenlijst is in conceptvorm besproken en bijgesteld.

Met behulp van de wachtlijst per 1 oktober 1993 zijn 85 personen van 75 tot 85 jaar aangeschreven die in aanmerking kwamen voor zogenaamde 'traditionele' hulp of voor 'alpha-hulp':

- *traditionele hulp* is de oudste vorm van hulp door de thuiszorgorganisatie. Deze wordt geboden door gezinsverzorgenden en -helpenden;

- *alpha-hulp* wordt ingezet als een cliënt alleen huishoudelijke hulp nodig heeft. De thuiszorgorganisatie bemiddelt in dat geval; formeel is de hulp in dienst van de cliënt.

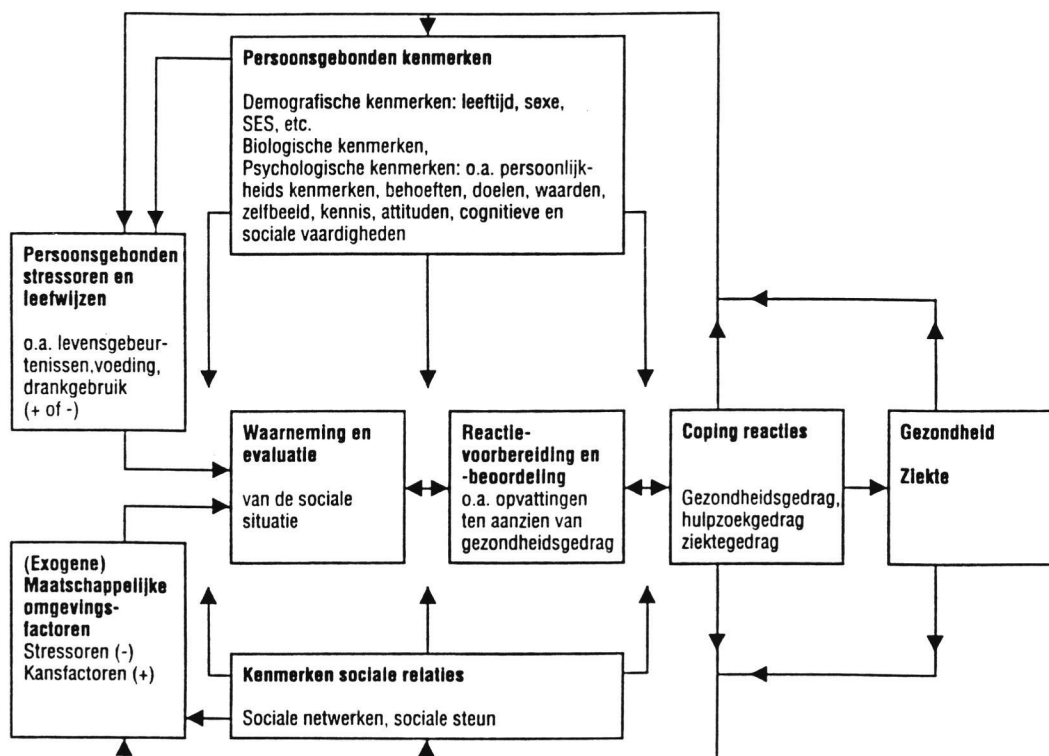
Van ieder persoon is behalve naam en adres ook de geboortedatum, de geboortedatum van de eventuele partner, het aantal geïndiceerde uren en de datum van de hulpvraag bekend.

Na enkele weken is een herinnering gestuurd.

2.2.3 Theoretische achtergrond van de vragenlijst

Voor de samenstelling van de vragenlijst is uitgegaan van een model (zie figuur 2.1) zoals dat is opgesteld door de programmacommissie 'Determinanten van gezondheid' (Programmatische Determinanten, 1990). In dit model wordt er vanuit gegaan dat gezondheid of ziekte mede wordt beïnvloed door verschillende gedragingen. Dit zijn resp. gezondheidsgedrag, hulpzoekgedrag en ziektegedrag. In het kader van het hier beschreven onderzoek wordt onder gezondheidsgedrag het regelmatig doen van bewegingsoefeningen verstaan en onder ziektegedrag wordt 'immobiliteit' verstaan. Deze pilotstudie is uitgevoerd onder mensen die recent hulpzoekgedrag vertoonden (d.w.z. op de wachtlijst staan voor thuiszorg). Volgens dit (zeer brede) onderzoeksmodel wordt het gezondheids- en ziektegedrag van deze onderzochte groep personen beïnvloed door vier groepen van determinanten.

Figuur 2.1 Model voor determinanten van gezondheid (Prog.cie Determinanten, 1990)



1- Persoonsgebonden kenmerken

Hieronder worden verstaan sekse, leeftijd, burgerlijke staat, sociaal economische status (bijvoorbeeld opleiding), biologische en psychologische kenmerken. (zie bladzijde 7) Binnen dit blok

persoonsgebonden kenmerken kunnen psychologische kenmerken nog nader worden gespecificeerd. Hieronder vallen behalve persoonlijkheidskenmerken ook behoeften, doelen, waarden, attitudes, sociale normen, etc.

2- Persoonsgebonden stressoren en leefwijzen

Hieronder worden verstaan voeding, beweging, gebruik van genotmiddelen, gebruik van geneesmiddelen. Tevens vallen in deze cluster de belangrijke levensgebeurtenissen, zoals overlijden van de partner, een verhuizing, etc.

3- Maatschappelijke omgevingsfactoren

Hieronder vallen werken, werkomstandigheden, wonen, veiligheid. In het kader van het hier beschreven onderzoek is bijvoorbeeld de woonsituatie belangrijk.

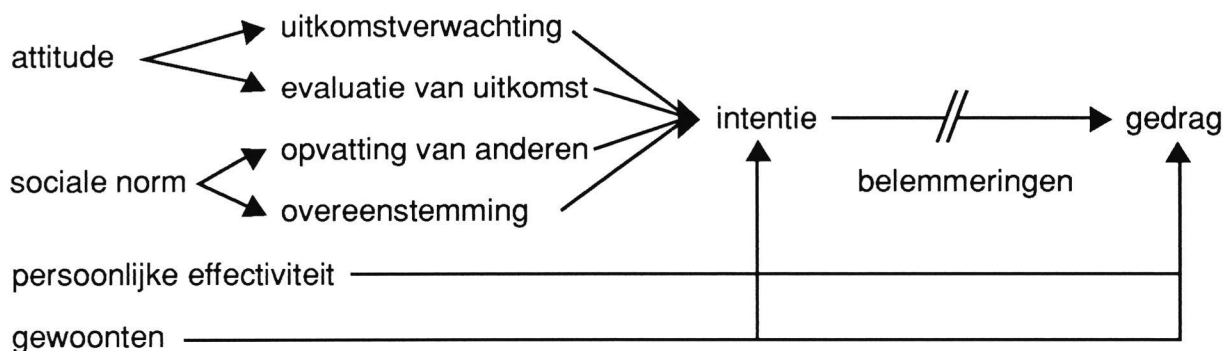
4- Sociale relaties

Hoeveel sociale steun ondervindt iemand? Is er sprake van eenzaamheid? Dit zijn allemaal kenmerken van sociale relaties die iemand in meer of mindere mate onderhoudt.

In het kader van gezondheidsbevordering zijn er aparte modellen ontwikkeld die met name ingaan op de rol van de persoonsgebonden kenmerken bij het ontwikkelen van een reactie. Deze reactie, d.w.z. de intentie tot specifiek gezondheidsgedrag, zou dan bepalen wat het uiteindelijke concrete gezondheids- of ziektegedrag is.

In figuur 2.2 is het model beschreven dat aangeeft op wat voor manier de verschillende kenmerken leiden tot een reactie (de intentie tot het uitvoeren van bepaald gedrag).

Figuur 2.2 Model voor determinanten van gedragsintentie



De volgende kenmerken spelen daarbij een rol:

- *Attitude*

Volgens Ajzen en Fishbein (1980) is de attitude een functie van de verwachte uitkomsten van het gedrag en de evaluaties van deze uitkomsten. Tevens vallen hieronder opvattingen over wat het gedrag zal opleveren en wat het gedrag zal kosten (Prohaska, 1985). Om deze afweging te maken gaat men bij zichzelf na wat de consequenties zijn als het preventieve gedrag niet wordt uitgevoerd en wat als het wel wordt uitgevoerd.

- *Sociale normen*

Hierbij gaat het om de ideeën die men heeft over het oordeel van belangrijke anderen (partner, kinderen, burens) over bepaald preventief gedrag en de mate van instemming met deze oordelen.

- *Persoonlijke effectiviteit*

Gedrag is ook afhankelijk van de overtuiging van het individu dat hij in staat is om het gewenste gedrag uit te voeren. Indien men hier niet van overtuigd is, kan dit een belemmering vormen voor het daadwerkelijk uitvoeren van het gedrag (waar men eventueel nog wel de intentie toe had).

Tenslotte is met name op het gebied van beweging de *gewoontevorming* belangrijk (Valois, 1988). De verschillende concepten uit de beschreven modellen zijn een leidraad geweest bij het opstellen van de vragenlijst.

2.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

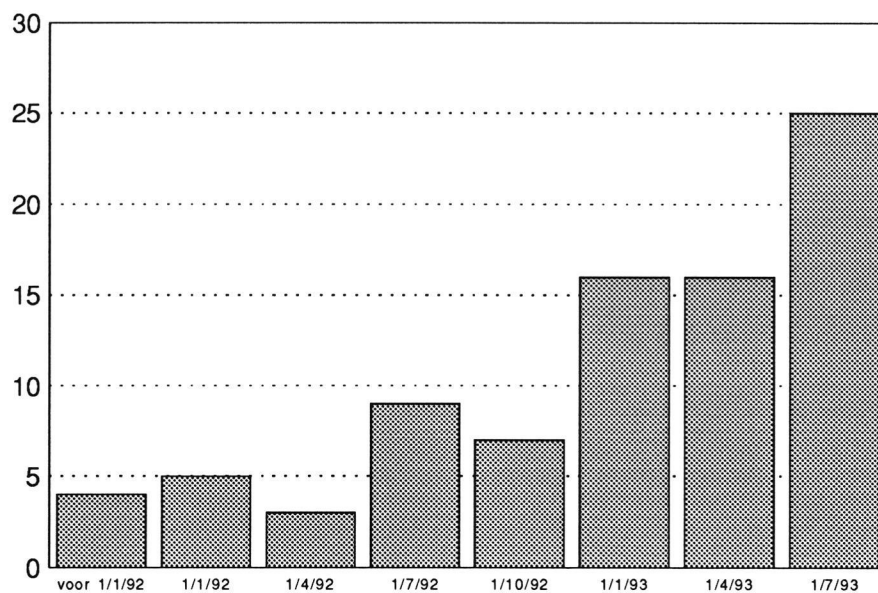
2.3.1 De wachtlijst van de thuiszorg

Het totale aantal ouderen van 75-85 jaar in Leiden (peildatum 31 december 1991) bedraagt 4978. Er zijn 1777 mannen en 4978 vrouwen. Van deze leeftijdsgroep hebben 621 personen traditionele thuiszorg en 241 alphahulp, er staan 85 personen op de wachtlijst. Dit houdt in dat bijna een vijfde deel van de totale leeftijdsgroep hulpbehoevend is. Het wekt geen verwondering dat de werkdruk op de thuiszorgorganisatie hierdoor erg groot is.

Naast naam en adres van de persoon die op de wachtlijst staat, is het cliëntnummer, de datum van de hulpaanvraag, het aantal geïndiceerde uren (voor traditionele- of alpha hulp) en de geboortedatum van de geïndiceerde persoon en de eventuele partner geregistreerd. In totaal waren er 85 personen van minimaal 75 jaar en maximaal 85 jaar die voor benadering in aanmerking kwamen. Alle personen

wonen in Leiden zelfstandig. In figuur 2.3 staat het aantal personen uitgezet tegen de lengte van de wachttijd. Hieruit blijkt dat een derde van de personen langer dan 9 maanden op de wachtlijst staat. Van de personen op de wachtlijst zijn er 40 die wachten op 'traditionele' gezinshulp en 46 personen die wachten op 'alpha' hulp. Bij de groep die wacht op traditionele hulp zijn de meeste geïndiceerd voor 3 uur hulp (N=25), 10 personen wachten op 1,5 uur traditionele hulp per week en 5 personen op meer dan 3 uur hulp per week. Bij de alpha hulp is ongeveer de helft geïndiceerd voor 1,5 uur en de andere helft voor 3 uur per week.

Figuur 2.3 Aantal personen op wachtlijst voor thuiszorg per 1 oktober 1993 (N=85), naar wachttijd.



wachtlijst thuiszorg per 1 oktober 1993 (N=85)
aantal personen per intreedatum
leeftijd: 75-85 jaar

2.3.2 Respons en non-respons

In de volgende tabel is het absolute aantal personen in de respons en non-respons groep aangegeven in percentages per leeftijdsgroep (jong = geboren ná november 1913 ; oud = geboren vóór november

1913), geslacht en aanmeldingstijd voor thuiszorg (vóór of in 1993). Tevens zijn de absolute aantallen voor de respons en non-respons vermeld.

Tabel 2.1 Vergelijking respons en non-respons groep op leeftijd, geslacht en aanmeldingstijd voor thuiszorg.

	jong (< 80 jr)	oud	man	vrouw	vóór 1993	in 1993
respons	65%	35%	29%	71%	35%	65%
non-respons	37%	63%	33%	67%	31%	68%
totaal resp/non-resp	20/20	11/34	9/18	22/36	11/17	20/37

Het aantal personen dat een antwoordformulier instuurde waarop werd medegedeeld dat men medewerking wilde verlenen was 37. Bij de telefonische benadering bleek dat 6 deelnemers terug kwamen op hun aanvankelijke toezegging. In verband met de voorschriften van de Medisch-Ethische commissie is niet gevraagd naar de reden van een weigering tot deelname. Er wilde uiteindelijk 31 personen meedoen aan het interview. Een van deze personen kon echter niet eerder dan in januari 1994, zodat de uiteindelijk verkregen respons 30 personen bedraagt. Bij vier respondenten bleek dat de aanvrager de man was geweest, terwijl de vrouw zich voor het interview had opgegeven. Deze aanvragen zijn gecorrigeerd voor het geslacht.

De verdelingen over leeftijdsgroep, geslacht en aanmeldingstijd voor de thuiszorg zijn voor de respons en non-respons groep statistisch getoetst. Chi-kwadraat voor de verdeling naar leeftijd is 5.96 (df=1, $p < .025$). Dit betekent dat er een significant verschil is tussen de twee groepen. Zoals ook uit tabel 2.1 blijkt, zitten er in de responsgroep relatief veel personen jonger dan 80 jaar. Chi-kwadraat toetsen voor de verdelingen van geslacht en aanmeldingstijd laten geen significante verschillen zien (Chi-kwadraat= resp. 0.14 en 0.14, df=1).

2.3.3 Achtergrondvariabelen

Alle verdere resultaten (zie hoofdstuk 4) worden gepresenteerd voor de groep van 30 personen die daadwerkelijk medewerking verleenden aan het interview. Dit waren 9 mannen en 21 vrouwen. Hun gemiddelde (tijdens het interview opgegeven) leeftijd was 78.6 jaar (minimum 74, maximum 85 jaar, SD 3.2). In de volgende tabel is de burgerlijke staat per geslacht en leeftijdsgroep aangegeven.

Tabel 2.2 Burgerlijke staat per geslacht en per leeftijdsgroep (absolute aantallen, totaal N=30)

	man	vrouw	leeftijd jonger dan 80 jaar	80 jaar of ouder
gehuwd/samenwonend	4	5	4	5
ongehuwd samen	1	1	2	0
gescheiden	1	1	1	1
weduwe/naar	3	13	11	5
nooit getrouwd	0	1	1	0

Opvallend is het relatief hoge aantal weduwen (N=13). De meeste verweduwde mensen zijn relatief jong (jonger dan 80 jaar).

De meeste respondenten (N=16) hebben een lagere beroepsopleiding of alleen lagere school (N=9). Eén persoon (man) had een opleiding op hoger niveau. Bijna alle respondenten hebben naast hun AOW nog andere inkomsten (N=24), het gaat dan voornamelijk om pensioen (N=21).

3. ONDERZOEKSMETHODEN EN -INSTRUMENTEN

3.1 Inleiding

Voor een onderzoek als dit zijn er twee mogelijkheden om de gegevens te verzamelen: schriftelijk of mondeling. Voordeel van een schriftelijke lijst is dat het relatief goedkoop is en dat gegevens snel te verzamelen zijn. Voordeel van een mondelinge verzameling is dat de respondent feedback kan geven op de vragen en tevens dat er functionele testen zijn uit te voeren. Naar verwachting kunnen ouderen ook meer moeite hebben met het lezen, begrijpen en invullen van vragenlijsten.

Er is gekozen voor het afnemen van een gestructureerd interview. Hierbij is gewerkt met notebookcomputers. Met behulp van het programma BLAISE (CBS, 1989) is de vragenlijst ingevoerd. Naast vragen met vastgelegde antwoordcategorieën is het ook mogelijk om open vragen op te nemen. Al de verzamelde gegevens konden na afloop eenvoudig worden omgezet in een SPSS systemfile. In de volgende paragraaf wordt de organisatie van de interviews uiteengezet en een overzicht gegeven van de in het interview opgenomen vragen.

3.2 Organisatie van de interviews

Voor het afnemen van de interviews is de hulp ingeroepen van 3 interviewsters met ervaring. Als voorbereiding is een training gegeven waarin werd geleerd te werken met de in de computer opgeslagen vragenlijst. Tevens bood dit de mogelijkheid om eventuele fouten in het programma op te sporen en te verbeteren. Er werd geïnstrueerd hoe de respondent (die zich door middel van een antwoordformulier had opgegeven) telefonisch benaderd moest worden.

Alle interviewsters werden geïnstrueerd om bij de functionele testen eerst aan de respondent te vragen of de uitvoering door hen problemen op zou kunnen leveren. Afspraak was dat bij een onverhoopt ongeval direct de huisarts gewaarschuwd zou worden. Daartoe was de naam en het telefoonnummer van de huisarts door de respondent op het antwoordformulier ingevuld.

Er is rekening gehouden met een tijdsduur van het interview van één uur.

De interviewsters maakten tijdens het interview gebruik van een map waarin in groot lettertype de verschillende antwoordcategorieën waren afgedrukt. Tevens waren zij in het bezit van instructies voor het afnemen van de verschillende in het interview opgenomen gestandaardiseerde vragenlijsten.

Er is een weloverwogen keuze gemaakt voor de volgorde van de verschillende vragenblokken die in het interview aan bod kwamen. Er is begonnen met enkele vragen over de achtergrond van de personen en vervolgens is ingegaan op de reden van de aanvraag om thuiszorg. Dit maakte het herkenbaar voor de respondent. Functionele testen werden pas later in het interview afgenomen. In de volgende paragraaf worden de onderdelen van het interview besproken in de volgorde zoals zij ook aan de respondenten zijn gevraagd.

3.3 Inhoud van het interview

De vragenlijst is als bijlage toegevoegd (Bijlage III).

3.3.1 Achtergrondvragen en de reden voor de hulpvraag

Na vragen over leeftijd, sekse, burgerlijke staat, schoolopleiding en inkomsten naast de AOW, is gevraagd naar de reden van de aanvraag om thuiszorg. Er is gevraagd hoe lang men al op de wachtlijst staat en of er in de tussentijd hulp is geweest.

3.3.2 Gezondheid

Hierna volgde een aantal vragen over gezondheid, ziekten en klachten. Er is gevraagd naar subjectieve gezondheid en in hoeverre de gezondheidstoestand een beletsel vormde om dingen te doen. Met behulp van een antwoordkaart is gevraagd naar het hebben van ziektes en naar de mogelijk daar op betrekking hebbende pijn.

Naar het idee van de Klachtenlijst SCL-90 (Arindell en Ettema, 1975) zijn een aantal items (N=10) opgenomen die te maken hebben met klachten waardoor men problemen kan hebben met beweging en mobiliteit. Dit zijn bijvoorbeeld: duizeligheid, angst voor open ruimten, trillen, moeilijk adem kunnen krijgen, moeheid, etc.

In verband met het schatten van de Queteletindex (verhouding gewicht en lengte ²) is gevraagd naar lichaamsgewicht en lengte van de respondent.

3.3.3 Cognitief vermogen

Om een indruk te verkrijgen van het cognitief vermogen van de respondenten werd de Cognitieve Screeningstest (De Graaf en Deelman, 1991) in de verkorte vorm (14 items) afgenomen. Deze test is gepresenteerd als een geheugentestje. Er zijn vragen in opgenomen als: 'hoe heet de straat waar u nu woont?' en 'wie is op het ogenblik onze koningin?'. Het gaat om een screeningstest, d.w.z. eventuele problemen kunnen hiermee worden gesignaleerd zonder dat er sprake kan zijn van enige diagnosestelling.

3.3.4 Actieradius

In overleg met de Sectie Gerontologie van de medische faculteit Leiden is de 'Actieradius' opgenomen als instrument om de mobiliteit van de respondenten na te gaan. De interviewers kregen van te voren instructie voor het gebruik van dit instrument (Van den Brande, 1993). De Actieradius is gebaseerd op een vragenlijst van Tinetti en Ginter (1990), ontwikkeld voor gebruik in verpleeghuizen. In de huidige vorm, ontwikkeld door de sectie Gerontologie te Leiden, is gekozen voor toepassing in de zelfstandige woonsituatie of in een verzorgingshuis.

De frequentie van de verplaatsingen binnen verschillende diameters (woonkamer, buiten woonkamer in huis, rondom huis, in de buurt en buiten de buurt) wordt nagegaan. Tevens wordt nagegaan of de verplaatsingen wel of niet zelfstandig worden uitgevoerd. Met behulp van een scoringsformule wordt er uiteindelijk een totaalscore berekend die een maat beoogt te zijn voor de mate van mobiliteit.

3.3.5 Stressoren van de omgeving

Met behulp van drie vragen is nagegaan of er naar de opvatting van de respondent sprake is van barrières in de gebouwde omgeving. Gevraagd is of het huis geschikt is, of men veilig over straat kan en of men kans loopt om op straat te vallen.

3.3.6 Lichamelijke beperkingen

De lichamelijke beperkingen zijn nagegaan met behulp van de zogenaamde OECD-indicator voor langdurige beperkingen. (OECD = 'Organization for Economic Co-operation and Development'). Deze lijst wordt internationaal veel toegepast en wordt voor gebruik in Nederland aangeraden (König-Zahn e.a., 1993). De vragenlijst bestaat uit 12 items (versie voor 55+) die gericht zijn op lichamelijk functioneren. De items hebben betrekking op lichamelijke verrichtingen en handelingen die geacht worden onafhankelijk te zijn van de leeftijd, geslacht of de culturele context. Iemand die met behulp van eventuele hulpmiddelen (bril, hoorapparaat) alle beschreven handelingen zonder moeite kan verrichten heeft volgens de OECD-definitie geen beperkingen. De vragen zijn geformuleerd in termen van vermogen en niet in termen van feitelijke verrichtingen. Er zijn vier antwoordcategorieën (zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite of nee, dat kan ik niet).

3.3.7 Algemene Dagelijkse en Huishoudelijke Levensverrichtingen

Naast de OECD-indicator zijn er twee ADL lijsten opgenomen. Het gaat om de ADL-lijst van Katz en de IADL van Fillenbaum (Mcdowell en Newell, 1990). De ADL-lijst (6 items) vraagt naar handelingen die de zelfverzorging betreffen ('Kleedt u zich zelfstandig aan?'), de IADL lijst (7 items) betreft de zogenaamde instrumentele ADL, hier gaat het om handelingen als telefoneren, bereiden van de maaltijd en medicijnbeheer. Er is niet gevraagd of men de taken zou *kunnen* uitvoeren maar of men ze ook daadwerkelijk uitvoert. De antwoorden hebben betrekking op het meer of minder zelfstandig uitvoeren. Beide lijsten leveren een totaalscore op. Voor de ADL is dit maximaal 12 punten, voor de IADL maximaal 14 punten.

3.3.8 Depressiviteit

Om een indruk te verkrijgen over de eventuele mate van depressiviteit is de Geriatric Depression Scale gebruikt (Yesavage e.a., 1986). De GDS is ontworpen om depressie bij ouderen te signaleren. De schaal bestaat uit 15 vragen waarop met ja of nee moet worden geantwoord (bijvoorbeeld 'vindt u het fijn om te leven?'). Iedere vraag levert een punt op. Scores van 5 punten of hoger vormen een indicatie voor een depressie.

3.3.9 Belangrijke gebeurtenissen

Met behulp van twee vragen is nagegaan of er het afgelopen jaar ingrijpende levensgebeurtenissen zijn opgetreden. Te denken valt aan het overlijden van de partner of een verhuizing. Ook een opname in het ziekenhuis kan daartoe gerekend worden. Allereerst is gevraagd of er zoiets gebeurd is en zo ja wat dat was. Dit is als open vraag in het interview opgenomen.

3.3.10 Leefstijl

Als indicatoren voor de leefstijl zijn vragen gesteld over roken en drinken. Hiervoor zijn vragen gebruikt afkomstig uit de Framinghamstudie (La Croix e.a., 1993). Andere leefstijl indicatoren zijn fysieke activiteit en de Queteletindex. Deze zaken zijn elders in het interview aan bod gekomen.

3.3.11 Eenzaamheid

Als operationalisatie voor de mate van aan- of afwezigheid van enige sociale steun is de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (1984) gebruikt. Dit is een schaal met 11 items. Er zijn 5 antwoordcategorieën die in meer of mindere mate de genoemde uitspraken bevestigen. Voorbeeld van een item is 'Ik mis een echt goede vriendin'. Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van deze schaal. De totaalscore op de 11 items is een maat voor het alleen zijn en voelen.

3.3.12 Fysiek functioneren

Zoals genoemd komt in een later stadium tijdens het interview een functionele test aan bod. Tot nu toe is met vragen geprobeerd na te gaan wat men nog wel en wat men niet meer kan of niet meer doet. Met behulp van de hieronder beschreven test is tevens nagegaan wat men daadwerkelijk nog kan. Hiertoe is gebruik gemaakt van een test voor het fysiek functioneren van ouderen (Physical Performance Test, PPT; Reuben en Siu, 1990). Voor zover bekend is er nog geen Nederlandse vertaling beschikbaar (Konijn en Hildebrandt, 1993). De test is hier en daar aangepast. Er is gevraagd om een zin op te schrijven ('walvissen leven in de blauwe zee'), 20 bruine bonen van een schoteltje in een kopje te scheppen, een boek op te tillen, een jas aan te trekken, een stuiver op te rapen, 360

graden te draaien en om 15 meter heen en terug te wandelen. De tijd die nodig is voor het uitvoeren van de verschillende opdrachten is geklokt met behulp van een stopwatch. Vervolgens worden de tijden ingedeeld in vier categorieën. Indien men niet in staat bleek om een opdracht uit te voeren of dat niet wilde, worden nul punten verkregen. Door de punten op te tellen wordt een totaalscore verkregen. Er zijn twee versies van de PPT, een met zeven en een met 9 items. De lange versie bevat ook trappenlopen. Bij ons onderzoek was het echter niet zeker dat er overal een trap in de buurt zou zijn, daarom is de korte versie gebruikt.

Tijdens de uitvoering van de PPT is geobserveerd of er gebruik werd gemaakt van een hulpmiddel (dat was toegestaan).

3.3.13 Mening over fysieke activiteit

Het hier beschreven gedeelte van de vragenlijst heeft geheel betrekking op vragen over determinanten van de intentie tot bepaald gedrag op het gebied van fysieke activiteit. Gevraagd is naar bewegingsgewoonten, hoe lang geleden men voor het laatst aan geregelde lichaamsbeweging deed en hoeveel tijd dit per week in beslag nam (of neemt). Vervolgens is gevraagd om zich voor te stellen dat er 10 oefeningen zijn die men in een stoel of staande uit zou kunnen voeren. Gevraagd is of men mee zou willen doen aan een instructiebijeenkomst hiervoor. Attitude, sociale normen en de zelf-efficiëntie ten opzichte van het regelmatig doen van bewegingsoefeningen zijn nagegaan. Tevens is gevraagd hoe belangrijk men het vindt om voldoende beweeglijk te blijven en naar de kans die men loopt om het komende jaar meer bewegingsproblemen te krijgen. Ook is gevraagd of men de gevolgen van slechter bewegen ernstig inschat en of bewegingsproblemen te voorkomen zouden zijn.

3.3.14 Looptest

Facultatief (ter beoordeling aan de interviewer als er genoeg tijd voor zou zijn) is een looptest afgenomen. Hierbij gaat het om de 'Timed up en go test' (Podsiadlo en Richardson, 1991). Deze test is ontwikkeld voor kwetsbare ouderen en bedoeld voor het voorspellen van de mogelijkheid van de persoon om veilig naar buiten te gaan. Bij de analyses van de verzamelde gegevens zal worden bekeken of deze test extra informatie toevoegt aan de al eerder afgenomen PPT (zie paragraaf 3.3.12). De 'Timed up en go test' meet in seconden de tijd die een individu nodig heeft om uit een standaard stoel (zitting van 46 cm. hoogte) omhoog te komen, 3 meter te wandelen om te draaien en weer te

gaan zitten. Hierbij wordt het normale schoeisel gedragen en mag een hulpmiddel worden aangewend. De tijd wordt geklokt met behulp van een stopwatch. Ook deze test is voorzover ons bekend nog niet in de Nederlandse situatie gebruikt.

3.3.15 Afsluiting van het interview

Aan het einde van het interview is aan de interviewer gevraagd om nog een aantal indrukken te noteren. Dit is de indruk van de fysieke conditie van de persoon, het postuur, de tijd die het interview in beslag nam en eventuele opvallende zaken.

4. RESULTATEN

4.1 Inleiding

Aangezien de uiteindelijke onderzoeksgroep klein is (N=30), wordt de bespreking van de resultaten voornamelijk beperkt tot het vermelden van frequenties en variatie in de antwoorden. Er zullen geen analyses worden gepresenteerd die een van de gebruikte theoretische modellen trachten te toetsen. Een dergelijke toetsing kan mogelijk wel in een grotere studie plaatsvinden. Verder wordt er nadrukkelijk aandacht besteed aan de kwalitatieve informatie die is verzameld, zoals bijvoorbeeld het antwoord op de vraag waarom men hulp heeft aangevraagd. Tenslotte wordt er een beknopte samenvatting gegeven van een inventarisatie van mogelijke (bewegings)interventies. In hoofdstuk 5 (conclusies) worden de resultaten besproken en wordt gekeken naar de bruikbaarheid van de verschillende onderdelen van de vragenlijst en van de methode (interview).

4.2 Resultaten per onderdeel van het interview

- *Achtergrondvragen en hulpvraag*

Voor de verdeling van sekse, leeftijd, opleiding en inkomen zie paragraaf 2.3.3

In bijlage IV staat een overzicht van de antwoorden op de vraag naar de reden van de aanvraag voor thuiszorg. Hieruit blijkt dat veel personen (N=10) aangeven dat ze het zware werk in huis niet meer kunnen. Negen personen geven aan last te hebben van knieën of heupen (waarschijnlijk is dat door artrose). Acht personen geven aan te kampen te hebben met ziektes. Vijf personen wisten niet dat ze op de wachtlijst stonden of dachten dat ze er af waren. Meerdere mensen uitten hun verontwaardiging over het feit dat ze nooit meer iets van de thuiszorgorganisatie hadden vernomen. De meeste mensen hebben hulp (N=21), meestal van een werkster (in 11 gevallen). Slechts in drie gevallen is hulp van kinderen vermeld.

- *Gezondheid*

In het algemeen beschrijft men de eigen gezondheidstoestand als 'redelijk' (N=18), in 5 gevallen is aangegeven dat de gezondheid 'slecht' is. De verdeling over de categorieën van deze vraag is wat onevenwichtig met een grote sprong tussen 'redelijk' en 'slecht'. De vraag over hoe vaak de gezondheidstoestand de persoon belet heeft om dingen te doen heeft een betere spreiding over de

antwoordmogelijkheden. 'Meestal' en 'soms' zijn het meeste genoemd (resp. N=9 en N=8). Bij de vraag over medische problemen werden één maal vier problemen genoemd. De meeste personen geven twee of drie problemen aan. Veel genoemd zijn hoge bloeddruk (N=8), ziekte van hart- en/of bloedvaten (N=12) en ziekten van spieren of botten (N=14). Minder genoemd zijn longziekten (N=6), maag- en darmziekten (N=5), beroerte (N=3) en suikerziekte (N=3). Een enkele persoon lijdt aan kanker of nierziekte. In de categorie 'anders' kwamen er toch nog 12 antwoorden. Genoemd werden: artrose, bronchitis, CARA, gal, hoesten, incontinentie, kortademigheid en oogproblemen. Gevraagd naar van welke ziekte men de meeste last ondervindt, zijn vooral gewrichtsaandoeningen en spierkwalen genoemd (N=12). Van dezelfde ziekten ondervindt men meestal ook de meeste pijn. Acht mensen hadden geen pijnklachten. Dit klopt met de antwoorden op de volgende vraag naar de frequentie van de pijnklachten, hier geven 22 mensen aan dat er 'af en toe' (N=5) tot 'altijd' (N=5) pijnklachten zijn. Deze vraag vertoont een goede spreiding over de antwoordcategorieën. Ook de ernst van de pijn is goed verdeeld, alleen had dit een doorverwijzingsvraag moeten zijn voor mensen zonder pijn. Voor 15 mensen is de pijn 'tamelijk erg', 'erg' of 'ondraaglijk'.

Gevraagd naar het voorkomen van klachten, blijken de ondervraagde personen vooral (in 50% of meer van de gevallen) gehinderd te worden door: duizeligheid, gebrek aan energie, pijn in de spieren, kortademigheid, angst om te vallen en moeheid. In absolute aantallen en frequentie van de klacht komt 'pijnlijke spieren' het meeste voor: 21 mensen hebben hier klachten over waarvan 14 'tamelijk veel' of 'heel erg'. Zaken als hoofdpijn, trillen en angsten komen vrij weinig voor. Veertien mensen worden ook nog door andere (niet in de lijst genoemde) klachten gehinderd. Dit zijn bijvoorbeeld: keelontsteking, zeer been door motorongeluk, oogspierverlamming, slecht zien, incontinentie, staar, moeite met bukken, stijfheid, valpartijen. Meerdere keren werden oogklachten en incontinentie genoemd.

Ter afsluiting van het vragenblokje over gezondheid is gevraagd naar lengte en gewicht. Hiermee kan een schatting worden verkregen van de Queteletindex. Om naast de schattingen van de respondenten nog een maat te hebben ter vergelijking, is aan het einde van het interview gevraagd naar het oordeel van de interviewster over het postuur van de persoon.

De gemiddelde lengte was 164 cm en het gemiddelde gewicht 70.5 kilo. De Queteletindex varieert van 18.3 tot 38.57 met een gemiddelde van 26.1. Van overgewicht is sprake als de index groter dan 25 is, dit geldt voor 50% van de respondenten. Vergelijking van de op deze manier geschatte Queteletindex met het oordeel van de interviewster geeft een Kappa van .80. Slechts in drie gevallen is de persoon naar het oordeel van de interviewster van normaal postuur, terwijl de Queteletindex boven de 25 is (duidend op overgewicht). Een Queteletindex boven de 30 duidt op zwaarlijvigheid, dit komt in vijf gevallen voor.

- *Cognitief vermogen*

De Cognitieve Screeningstest (CST) bracht nogal wat wrevel teweeg bij de respondenten. Men begreep goed waar het omging: of er sprake is van beginnende dementie. Op een enkel gemist item na hadden alle respondenten een goede score (ruim boven de norm voor cognitief verval van 10.1 punten). Tweeëntwintig personen scoorde de maximale score van 14 punten, vijf personen scoorden 13 punten en drie personen 12 punten.

- *Actieradius*

De vragen over de actieradius gaven minder problemen dan de CST, eerst werd gevraagd om na te denken over hoe vaak men de afgelopen tijd buiten de buurt was geweest en voor welke activiteiten. Uiteenlopende activiteiten werden genoemd zoals bezoek aan familie en kennissen, boodschappen, kapper, doktersbezoek en ziekenhuisbezoek. Daarna maakte de interviewster samen met de respondent een schatting van het aantal keren in de laatste twee weken. Alle antwoordcategorieën kwamen aan bod, het meeste de categorie 'wekelijks (1 of tweemaal per week)'. Veertien personen hadden daarbij de hulp van iemand anders nodig.

Activiteiten in de buurt die werden genoemd zijn: op bezoek, boodschappen doen (N=12), naar postkantoor, naar de soos. Ook hier werden alle categorieën van de frequentievraag gebruikt, maar het meeste het antwoord 'meer dan twee maal per week'. Voor de activiteiten in de buurt was minder hulp nodig, vier mensen kregen hierbij hulp.

De meeste personen bewogen zich één tot drie maal per dag rondom het huis, in drie gevallen met steun van anderen. Binnen het huis beweegt men zich meer dan zes maal per dag (N=21), twee personen met behulp van iemand anders. Tenslotte verplaatst men zich in de woonkamer ook meer dan 6 maal per dag (N=24). Binnen de woonkamer hebben drie personen de hulp van iemand anders nodig. De met de Actieradius verzamelde gegevens zullen nader worden uitgewerkt en gebruikt ter validering en ontwikkeling van het instrument.

- *Stressoren van de omgeving*

Bijna iedereen (N=29) is het er mee eens dat het huis geschikt is voor iemand met zijn of haar problemen. Slechts 1 persoon gaf aan het niet te weten. Dit is een wat verrassend resultaat, we zouden verwacht hebben dat er bij zelfstandig wonende ouderen meer problemen met het huis zouden zijn. In de discussie wordt daarop terug gekomen.

De vraag over de veiligheid in de buurt leverde meer variatie op: elf personen vinden het niet veilig om in de buurt over straat te gaan. Verder vinden 9 personen dat ze op straat grote kans lopen om te vallen.

- *Lichamelijke beperkingen*

Bij deze vragen wordt vooral gelet op het voorkomen van de categorieën anders dan 'ja, zonder moeite'. Bij het deelaspect 'horen' (2 items) blijkt dat 10 van de 30 mensen moeite hebben met het volgen van een gesprek en dat zes moeilijk een gesprek kunnen voeren. Veertien personen hebben moeite met zien: kleine lettertjes lezen geeft 14 personen moeilijkheden, een gezicht herkennen op 4 meter afstand lukt 7 personen maar met moeite. Hard voedsel kauwen geeft bij 11 personen problemen. Het subschaaltje 'bewegingsvrijheid' (4 items) geeft als resultaat dat 20 mensen moeite hebben met tillen, 16 mensen met bukken, 19 mensen met 400 meter lopen en 20 mensen met traplopen. Tenslotte zijn er 3 items over de ADL-zelfredzaamheid: 8 personen hebben moeite met aan- en uitkleden, 8 met in- en uit bed stappen en 6 hebben problemen met het van de ene naar de andere kamer gaan. Dingen die meer dan 9 van de 30 mensen in het geheel niet kunnen zijn: een voorwerp van 5 kilo tillen, 400 meter aan een stuk lopen, een trap van 15 treden op- en aflopen.

- *Algemene Dagelijkse en Huishoudelijke Levensverrichtingen*

De gebruikte ADL-lijst van Katz bevat zes items. De items vertonen weinig variatie: slechts 2 mensen zeggen hulp nodig te hebben bij het wassen, 1 heeft hulp nodig bij het aantrekken van steunkousen. Een derde van de ondervraagde personen heeft last van ongewild urineverlies!

De IADL-lijst van Fillenbaum bestaat uit 7 items die duidelijk meer variatie vertonen dan de ADL lijst van Katz. Iedereen kan zelfstandig telefoneren, 11 personen krijgen hulp bij het gaan naar bestemmingen (dat bleek al eerder uit de resultaten van de Actieradius), eveneens 11 personen krijgen hulp bij het boodschappen doen, 5 personen bereiden de maaltijd niet zelfstandig, 19 personen krijgen hulp bij het huishouden en voor 3 personen wordt de hele huishouding gedaan. Een persoon beheert niet zelfstandig de medicijnen en 5 krijgen er hulp met betalingen. Er is inhoudelijk een aanzienlijke overlap met de OECD-indicator.

- *Depressiviteit*

De vervolgens gestelde vragen over depressieve gevoelens leverde een flink oponthoud op. Hoewel alleen de antwoorden 'ja' of 'nee' gegeven mochten worden, kwam er bij iedere vraag meestal een lang verhaal. Dit maakte het moeilijk voor de interviewsters om door te gaan naar de volgende vragen. Van depressiviteit is sprake bij een score van 5 of meer punten. Eén vraag is per ongeluk niet in het computerprogramma opgenomen. De gemiddelde score op 14 vragen was 2.2 met een standaardafwijking van 2.0. Vijf personen vertoonden volgens de normen van de GDS een zekere mate van depressiviteit.

- *Belangrijke gebeurtenissen*

Bij 16 personen is er in het afgelopen jaar een belangrijke levensgebeurtenis opgetreden. Hierbij zijn genoemd: overlijden broer, gedwongen verhuizing, bijna-dood ervaring, moeilijkheden met de kinderen, familieomstandigheden, 50-jarig huwelijk, sterfgevallen, hartaanval van vriendin, overlijden van zuster, overlijden kleindochter, overlijden nichtje, overlijden vrouw. In het algemeen dus geen prettige ervaringen. Deze groep heeft vooral veel te maken met overlijden van dierbare personen.

- *Leefstijl*

In de groep ondervraagde personen zijn 8 rokers en 17 personen die vroeger geregeld gerookt hebben. Er zijn 6 mensen die meer dan een glas per week alcoholhoudende drank drinken en 19 die de afgelopen maand niets dronken.

- *Eenzaamheid*

Net als de lijst over depressiviteit leverde ook deze lijst oponthoud door de lange verhalen die men begint te vertellen om uitleg te geven bij het gegeven antwoord. Indien per vraag minimaal 1 en maximaal 5 punten gescoord kan worden is de gemiddelde score op de eenzaamheidsschaal 22.9 met een standaarddeviatie van 7.9. Het aantal personen wat meer dan één standaarddeviatie afwijkt van het gemiddelde bedraagt 5. Bij officieel gebruik van de test wordt er een dichotome scoring aangehouden met een maximum van 11 punten.

- *Fysiek functioneren*

Op dit moment van het interview is gevraagd of men mee wilde doen aan een test op het gebied van het fysieke functioneren. Eén persoon gaf daarop te kennen niet mee te willen doen. Van de overgebleven personen konden er twee niet de gevraagde zin opschrijven, één persoon kon niet een boek tot schouderhoogte optillen, twee personen konden niet zelfstandig hun jas aan- en uittrekken, eveneens twee personen konden geen stuiver van de grond oppakken, vier personen konden niet 360 graden om hun as draaien en vijf personen konden niet 15 meter lopen. Achteraf blijkt dat de test van Reuben en Siu niet helemaal correct is toegepast: er is gevraagd om 20 bonen op te scheppen bij de simulatie van eten terwijl dit er vijf hadden moeten zijn. Verder dient er bij het 360 graden draaien niet een tijd te moeten worden gescored maar een oordeel over de manier waarop men de opdracht uitvoert. Als het scoringssysteem van Reuben en Siu (voor zover dat mogelijk was) wordt gehanteerd dan blijkt dat het gemiddelde aantal punten 13.2 is met een standaarddeviatie van 4.2. Indien de draaitest buiten beschouwing wordt gelaten (bij goede uitvoering geeft die 4 punten) is de maximaal te behalen score 24 punten. Reuben en Siu melden op de 7-itemschaal (maximum 28 punten) bij een

zelfstandig wonende populatie ouderen een gemiddelde score van 20.3. In een geriatrische praktijk is deze score gemiddeld 18.1. Dit duidt er op dat de door ons onderzochte populatie relatief veel problemen heeft met het lichamelijk functioneren.

In het algemeen vonden mensen het wel leuk om mee te doen aan deze test. Er traden weinig problemen op. De loopafstand van 15 meter werd door de interviewsters in het algemeen geschat, in plaats van dit met het meegegeven meetlint op te meten.

In tweeëntwintig gevallen werd er geen hulpmiddel gebruikt bij het lopen, er waren drie mensen die een stok gebruikten en vier personen met een zgn. 'rollator'. Het gebruik van meerdere hulpmiddelen kwam niet voor.

- *Mening over fysieke activiteit*

Iets meer dan de helft van de dertig ondervraagde personen blijken aan een geregelde vorm van lichaamsbeweging te doen, vijf hadden dat vroeger (waaronder 2 personen langer dan 10 jaar geleden) wel gedaan maar nu niet meer. Negen respondenten hebben in het geheel geen geregelde lichaamsbeweging en vroeger ook niet. Vroeger werd gedaan aan zwemmen (2 maal genoemd), yoga, gymnastiek en bewegingsoefeningen. Mensen die nog steeds aan bewegingsactiviteiten doen geven aan te fietsen (3 maal genoemd), aan gymnastiek te doen (3 maal), aan Mensendieck oefeningen (1 maal), yoga (1 maal) en aan bewegingsoefeningen (5 maal). Twee personen hebben een hometrainer en 1 persoon laat geregeld de hond uit. Bij de meeste personen neemt deze activiteit minder dan 1 uur per dag in beslag. Op de vraag of men naar een instructiebijeenkomst zou willen gaan waarop bewegingsoefeningen worden uitgelegd zeiden 12 personen dat zij dit wel zouden willen, 7 personen dachten van niet en 10 wilden dat absoluut niet. Gevraagd naar de reden om dit niet te willen is geantwoord:

'blijf liever thuis', 'zie geen nut', 'niet leuk', 'wil niet verplicht zijn om uit huis te gaan', 'moeilijk om er te komen', 'kan het niet meer', 'al moe na ademhalingsoefeningen', 'ik beweeg nog goed voor mijn leeftijd', 'vermoeiend, ik hou niet van clubs', 'erheen gaan is vervelend', 'wil niet samen met anderen', 'hou het zelf al aardig bij', 'te gemakzuchtig voor', 'heb CARA', 'vertrouwt er niet op dat dat goed gaat', 'kan het zelf wel en heeft de attributen thuis'.

Problemen die men ziet om naar een instructiebijeenkomst te gaan liggen bij 6 personen op het gebied van vervoer en 2 vinden het moeilijk om met onbekenden om te gaan. In elf gevallen zijn andere oorzaken aangegeven (zie bovenstaande opsomming). Er is vier keer gebruik gemaakt van de mogelijkheid om meerdere belemmeringen aan te geven (in de categorie 'anders').

Om na te gaan wat die andere belemmeringen zijn werd hiernaar expliciet gevraagd. De volgende problemen werden genoemd: 'gaat niet', 'voor aap staan', 'kan fysiek niet', 'pijn', 'zie het nut niet',

'te weinig energie', 'vervelend om er heen te gaan', 'pijn aan knie', 'niet te ver', 'niet in groep', 'wil niet', 'wil met bekende, niet alleen', 'zou wel met anderen willen', 'forceren', 'is bang dat het fout gaat', 'wil niet'.

Op de vraag of men thuis iedere dag eenvoudige bewegingsoefeningen zou willen doen zeiden 21 personen dat zij dat wel zouden willen (13 zelfs heel zeker!). Vier personen dachten van niet en 3 personen zouden dat absoluut niet willen, twee wisten het niet. Degenen die het niet wilden gaven daarvoor de volgende redenen op: 'wil niet verplicht zijn het te doen', 'ik ben zo buiten adem, het kan niet', 'heeft altijd wat, denkt dat het niet helpt', 'gemakzucht', 'laksheid', 'ik beweeg nog goed voor mijn leeftijd'.

Gevraagd naar of men denkt dat men door het doen van bewegingsoefeningen weer meer dingen zelf kan doen, antwoorden 10 mensen dat ze dat wel denken (6 zelfs heel zeker), 9 denken van niet, 8 denken 'absoluut niet' en 3 weten het niet. In het algemeen laat men zich bij het nemen van dergelijke beslissingen niet leiden door naasten (22 personen). Negentien personen voelen zich eigenlijk wel verplicht aan zichzelf om bewegingsoefeningen te doen. Daar staan negen personen tegenover die dat helemaal niet vinden. Op de vraag of men bewegingsoefeningen vol zou houden antwoorden 16 personen dat ze denken van wel, negen mensen zijn daar onzeker over. Vrijwel iedereen vindt het heel erg belangrijk om beweeglijk te blijven. Elf mensen schatten de kans dat zij het komende jaar meer bewegingsproblemen krijgen als 'groot' of 'erg groot' in. Vijf mensen achten die kans klein. Bij deze vraag is het aantal personen zonder antwoord groot: 14 personen gaven geen antwoord. Elf personen schatten de gevolgen van de bewegingsproblemen in als 'heel ernstig' en zeven als 'een beetje ernstig'. Ook hier is er een grote groep die geen antwoord gaf: 10 personen. Tenslotte werd de vraag gesteld of men denkt dat bewegingsproblemen bij het ouder worden te voorkomen zijn. Door meerdere respondenten werd hierop nogal wrevelig gereageerd. Men beschouwt een dergelijke vraag als ongepast. Elf mensen gaven hierop een positief antwoord, 13 mensen dachten dat dit soort problemen nu een keer hoort bij het ouder worden en 6 mensen gaven geen antwoord.

- *Looptest*

Als er nog tijd voor was is er een looptest (Timed up en go test) gedaan. Uiteindelijk is deze test bij 14 personen afgenomen. Het opstaan, lopen en weer gaan zitten deed de snelste persoon in zes seconden en de langzaamste in 27 seconden. De gemiddelde tijd is 12,2 seconden. Deze test verliep wat rommelig omdat het bijna aan het einde van de interviewtijd was, bovendien vertoonde deze test veel overlap met de eerder uitgevoerde PPT.

- *Afsluiting van het interview*

Bij de afsluiting van het interview noteerde de interviewster nog een aantal indrukken. Allereerst was dit de indruk over de lichamelijke conditie van de persoon, (gesteld als open vraag). Twaalf keer werd de conditie omschreven in termen van 'goed' (soms zelfs 'geweldig'), vijf maal was er sprake van een redelijke conditie en dertien keer werd de conditie 'slecht' genoemd (4 maal 'heel slecht').

Volgens de interviewsters hadden 12 personen een te dik postuur, 14 hadden een normaal postuur en 4 waren er te mager. Opvallende factoren die gesignaleerd zijn door de interviewsters staan vermeld in bijlage V.

Tenslotte is bijgehouden hoe lang het interview in totaal duurde. Het kortste interview nam 50 minuten in beslag, het langste duurde ruim twee uur. Gemiddeld duurde het interview 91 minuten (=anderhalf uur).

4.3 Inventarisatie van mogelijke bewegingsinterventies

Ter beantwoording van één van de vraagstellingen is tenslotte nagegaan welke bewegingsprogramma's er in Nederland en in het buitenland voorhanden zijn om te dienen als mogelijke interventie.

In Nederland kunnen ouderen vanaf 55 jaar meedoen aan Meer bewegen voor Ouderen (MbvO). De Stichting Meer bewegen voor Ouderen te Bunnik stimuleert en coördineert plaatselijke initiatieven op dit gebied. Het betreft dan meestal activiteiten als gymnastiek, volksdansen en zwemmen. In het algemeen zijn de deelnemers vrij gezond en niet zo oud. Een onderzoek in Limburg (Thyssen e.a., 1993) laat zien dat vooral lager opgeleiden vrouwen tussen 65 en 74 jaar deelnemen. Wetenschappelijke evaluatie van MbvO activiteiten heeft tot nu toe niet plaatsgevonden (Opmeer, 1993; Thyssen e.a., 1993). MbvO-leiders worden regelmatig uitgenodigd om in verzorgingshuizen bejaardengymnastiek te leiden. De determinanten van het bewegingsgedrag van ouderen in verzorgingshuizen (c.q. deelname aan MbvO) is bestudeerd door Postma (1986). Hieruit blijkt dat het percentage ouderen dat meedoet aan georganiseerde bewegingsactiviteiten laag is (5%). Mensen die deelnemen aan MbvO hebben vaker een sportverleden. Indien de oudere meer gaat bewegen ontlokt hij daarmee reacties uit de omgeving, die weer invloed op het gedrag kunnen hebben. Verder concludeert Postma dat de sociale omgeving en de hulpverleners meer moeten weten over en positiever moeten staan tegenover MbvO.

In de revaliderende sfeer wordt het een en ander gedaan aan bewegingsactiviteiten, bijvoorbeeld door fysiotherapeuten. Het gaat dan vaak om bewegingsactiviteiten voor reumapatiënten of artrosepatiënten (Van Hell en Hopman, 1993).

Wulp en Huijting (1981) geven een overzicht van oefenprogramma's voor ouderen. Een cursus voor immobiele kwetsbare ouderen om beweeglijker te worden werd echter in Nederland niet aangetroffen.

In het buitenland zijn interventies ontwikkeld voor het omgaan met artritis (reuma en artrose), die voor toepassing bij Nederlandse patiënten zijn vertaald (Taal e.a., 1991). Dekker e.a. (1993) geven een overzicht van bewegingsinterventies voor mensen met gewrichtsklachten en de werkzaamheid daarvan. Door de auteurs wordt geconcludeerd dat het doen van oefeningen die het meest lijken op de dagelijkse activiteiten het effectiefste is.

Een op de kwetsbare groep ouderen toegespitste cursus is het bewegingsprogramma SMILE (Hickey e.a., 1992). SMILE betekent So Much Improvement with a Little Exercise. Door het twee keer per week uitvoeren van bewegingsoefeningen kan de oudere zijn of haar functionele capaciteiten behouden of uitbreiden. SMILE bestaat uit 41 oefeningen (strek- beweeglijkheids- en ademhalingsoefeningen) die makkelijk te leren zijn en geen speciale uitrusting vragen. Een videotape en instructieboeken zijn beschikbaar. Het programma is getest bij ouderen van 60 tot 96 jaar. De serie instructiebijeenkomsten duurt 12 weken. Ook na afloop bleek men spontaan met de oefeningen door te gaan.

In Canada is het 'Canadian Red Cross society's fun and fitness Program' voor ouderen geëvalueerd. Ook dit betreft een gestructureerd lage-intensiteit bewegingsprogramma voor ouderen van 55 tot 100 en ouder. Resultaat van het evaluatieonderzoek (Myers en Hamilton, 1985) was ondermeer een substantiële toename van het aantal fysieke activiteiten van een grote groep participanten (58%). Het programma past goed bij redelijk gezonde maar inactieve ouderen.

Een search op CD-ROM (in 1992) op de steekwoorden 'aged' en 'exercise program', leverde slechts een klein aantal andere buitenlandse studies op (Emery and Blumenthal, 1990; Rikli and Edwards, 1991). Hierbij ging het om wetenschappelijke evaluatie van meer revaliderende interventies.

5. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

5.1 Inleiding

Het belangrijkste doel van deze pilotstudie was om na te gaan wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om onderzoek te doen naar factoren die bepalen of ouderen tussen 75 en 85 jaar hun zelfstandigheid verliezen. Met name is de aandacht gericht geweest op de rol van immobiliteit en fysieke activiteit. Door de tamelijk geringe respons (35%) is het niet mogelijk om uitgebreide analyses te doen op het verzamelde materiaal. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op conclusies ten aanzien van de onderzoeksmethode en de gebruikte vragenlijst en worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd. Tevens is hierbij de inventarisatie van bewegingsprogramma's verwerkt.

5.2 Conclusies en discussie over de gebruikte methode

Om snel toegang te krijgen tot een groep ouderen waarbij verlies van zelfstandigheid optreedt of dreigt op te treden, is gekozen voor samenwerking met de thuiszorgorganisatie 'Groot-Rijnland'. Door de benadering van personen op de wachtlijst voor thuiszorg is toegang verkregen tot een groep 75-85 jarigen met problemen. Tegelijkertijd leverde dit een probleem op: mensen vonden het vervelend dat zij nog niets van de thuiszorg hadden vernomen en dus nog geen hulp hadden. Zij koppelden het al dan niet meedoen aan het onderzoek aan de (niet) verkregen hulp van de Thuiszorg. Op het deelname formulier was uitdrukkelijk vermeld dat deelname aan dit onderzoek niet eerder de gewenste thuiszorg zou opleveren. Voor een behoorlijk aantal mensen is dit waarschijnlijk reden geweest om dan maar niet hun medewerking te verlenen. De thuiszorgorganisatie zou kunnen overwegen om de mensen op de wachtlijst in ieder geval na verloop van een eerder vastgestelde tijd (bijvoorbeeld na 3 maanden) bericht te sturen over de plaats op de wachtlijst en eventueel opnieuw te indiceren. De wachttijd is nu soms zo lang dat mensen andere oplossingen hebben gevonden en niet eens meer weten dat zij opgegeven waren voor thuiszorg. Er ontstaat zo een 'vervuilde' wachtlijst. In een aantal gevallen is degene die geïndiceerd is niet degene die de zorg nodig heeft maar is dat bijvoorbeeld de partner; onduidelijk is hoe dit mogelijk is. Verder is het onduidelijk wat precies de criteria waren op grond waarvan een positieve indicatie voor thuiszorg is verstrekt. Door bovengenoemde factoren is de groep respondenten (30 personen) nogal select. In ieder geval hebben personen jonger dan 80 jaar relatief

meer hun medewerking verleend en deden enkele personen mee die eigenlijk geen hulp (meer) nodig hadden. Een voorbeeld van het laatste geval was een respondent van ruim over de 80 jaar die na het overlijden van zijn vrouw kort geleden is verhuisd naar een aanleunwoning. Deze heer heeft een zeer goede conditie en geen problemen met verzorging of huishouden.

De keuze voor het afnemen van interviews met behulp van notebook-computers bleek een gelukkige te zijn. Hierbij is geen enkel probleem ondervonden. Voordeel is dat ook teksten integraal opgenomen kunnen worden en een kwalitatieve analyse van het materiaal mogelijk maakt. Het gebruikte computerprogramma kent beveiligingen voor het intypen van onjuiste waarden zodat de verzamelde gegevens snel 'geschoond' konden worden. De benodigde tijd vanaf de afname van het laatste interview (op 8 december) tot het analyseren van de gegevens bedroeg slechts een halve dag.

Er zijn door de respondenten geen opmerkingen gemaakt over het gebruik van de computer (de notebook-PC werd bij de mensen thuis op het lichtnet aangesloten). De interviewsters waren in het bezit van een map met daarin in groot lettertype de antwoordmogelijkheden waaruit bij een aantal vragen gekozen kon worden. De interviewsters gaven aan dat dit handig was om bij de hand te hebben, maar uiteindelijk toch vrij weinig is gebruikt (veel mensen keken gewoon mee naar de antwoorden op het computerscherm). Door de lange verhalen van de ondervraagde personen liep het interview nogal eens uit. Rekening moet worden gehouden met een tijdsduur van anderhalf uur. Verder blijkt het soms moeilijk om een daadwerkelijke afspraak te maken: veel ouderen hebben een volle agenda, logeerpartijen en ziekenhuisopnamen komen geregeld voor. In vervolgonderzoek zal de interviewperiode ruim moeten worden gepland.

5.3 Conclusie en discussie over het gebruik van de vragenlijst

In volgorde van de vragenlijst wordt hier een aantal punten doorgelopen.

De vragen over de achtergrond van de respondenten leverden goed bruikbare informatie op. Zo laat de vraag naar de burgerlijke staat zien dat het vooral weduwen jonger dan 80 jaar zijn die aan het onderzoek meededen. De vraag over inkomsten leverde geen weigeringen op. Samen met de opleidingsvraag geeft dit voldoende indicatie voor het sociaal-economisch niveau van de respondent. Als reden voor de aanvraag voor thuiszorg is in de helft van de gevallen een medische oorzaak opgegeven (versleten knieën, botontkalking, suikerpatiënt, staar, etc.); de andere helft gaf als reden aan het zware werk niet meer aan te kunnen. De wachttijd varieert van 3 maanden tot enkele jaren. Negen personen redden zich in die tijd zonder verdere hulp. Indien men wel de beschikking had over hulp was dit meestal een werkster; slechts bij uitzondering helpen kinderen. Wellicht is in dit opzicht een

selectie opgetreden: uit onderzoek bij de Leidse 85+-bevolking blijkt dat er in het algemeen veel ondersteuning door kinderen is (mondelijke mededeling K. van den Brande). Uit ander onderzoek is bekend dat zulke informele zorggevers vaak zwaar worden belast (Kempen, 1990). In de praktijk is het kennelijk voor de onderzochte groep niet gemakkelijk om toch informele onbetaalde hulp te krijgen.

Over het functioneren van de (betaalde) werksters is verder niets bekend.

De vraag over de ervaren gezondheid heeft een wat onevenwichtige verdeling door het ontbreken van een antwoord tussen 'redelijk' en 'slecht'. Nu is in de meeste gevallen geantwoord dat de gezondheid 'redelijk' is. De meeste personen geven 2 of 3 medische problemen aan. Aangezien in 12 gevallen ook nog andere ziekten zijn genoemd dient deze vraag te worden uitgebreid met een aantal andere mogelijkheden (artrose, CARA, incontinentie, oog- en oorproblemen). Gedeeltelijk gaat het hierbij om klachten en niet om ziekten. Bij de klachtenlijst vallen 'hoofdpijn', 'trillen' en 'angsten' op: hiervan heeft men relatief weinig last, en deze vragen zouden wel weggelaten kunnen worden. Daarvoor in de plaats kunnen dan vragen over andere klachten komen zoals moeite met bukken, stijfheid e.d. Tevens dient bekeken te worden of het onderscheid tussen ziekten en klachten wel relevant is. Sommige interviewsters gaven aan daar problemen mee te hebben gehad. De vraag naar lengte en gewicht van de respondent heeft goed voldaan, er is een goede overeenstemming met het oordeel van de interviewster ($Kappa=.80$). Met behulp van deze gegevens kan de Queteletindex berekend worden. In de onderzochte groep blijkt zeer veel overgewicht en zelfs zwaarlijvigheid voor te komen.

De Cognitieve ScreeningsTest (CST) bleek geen succes. De respondenten raakten geïrriteerd, bovendien valt deze test achteraf met de computer moeilijk te scoren. Dit moest alsnog met de hand gebeuren. Geen van de respondenten bleek te lijden aan 'cognitief verval', er is dus geen sprake van een afname van het cognitief vermogen.

De "Actieradius" gaf veel minder problemen. Voor de respondenten is het een herkenbaar onderwerp waar ze makkelijk over praten. Nadeel is dat de interviewsters voor het gebruik van dit instrument goed getraind moeten zijn. Zoals uit de resultaten blijkt is er voldoende variantie binnen de groep om dit instrument nuttig te gebruiken.

Van de drie vragen over de gebouwde omgeving vertoonde één vraag nauwelijks variantie (is uw huis geschikt voor iemand met uw problemen). Rekening moet worden gehouden met antwoordtendenties bij het beantwoorden van deze vraag, als men niet tevreden is loopt men immers de kans doorverwezen te worden naar een niet zelfstandige woonvorm. De andere twee vragen over veiligheid in de buurt

en de kans om te vallen voldeden wel. Het valt te overwegen om voor dit soort vragen een schaalte te ontwikkelen. Hierin zouden dan meer (gespecificeerde) vragen over de situatie in huis kunnen worden opgenomen. Voor zover bekend is zo'n instrument nog niet ontwikkeld.

De OECD-indicator voldeed goed: er was een aanzienlijke mate van variantie binnen de onderzochte groep. Dit in tegenstelling tot de ADL-lijst van Katz en in mindere mate ook de IADL-lijst van Fillenbaum. Indien de vraag over urineverlies uit de ADL-lijst elders wordt opgenomen zou het aan te raden zijn om zowel de ADL als de IADL-lijst te laten vervallen. De OECD-indicator blijft dan als operationalisatie van de mate van beperking gehandhaafd.

De GDS als maat voor depressiviteit werkte op zich uitstekend maar leverde nogal wat oponthoud op, vooral door het geringe aantal antwoordmogelijkheden. Er zou bekeken kunnen worden of de Self-rating Depression Scale van Zung (1965, vertaald in 1985) een redelijk alternatief is. Dit zijn twintig vragen met vier antwoordcategorieën. Het blijft natuurlijk een probleem om dit soort vragen mondeling te stellen, omdat het zeer raakt aan de emoties van de personen. Aan de andere kant is het wel zo dat de interviewer in kan gaan op de reacties van de persoon, hetgeen niet mogelijk is bij een schriftelijke benadering. Het is wel zo dat dit onderwerp in een vragenlijst als deze beslist niet gemist kan worden.

Als belangrijke levensgebeurtenis werd spontaan meestal het overlijden van een dierbare gemeld. Het valt te overwegen om in de toekomst toch te werken met een vastgestelde lijst waardoor wordt voorkomen dat men zaken over het hoofd ziet. Deze lijst moet dan wel geschikt zijn voor een oudere populatie (dus geen opvoedingsproblemen met kinderen melden). Voor het onderzoek is het alleen van belang om hier globaal iets over te weten. Of het overlijden een zuster, broer of nicht betreft is dan niet zo belangrijk.

De leefstijlvragen over roken en drinken leverde geen problemen op: dit kan standaard als determinant worden meegenomen.

De eenzaamheidslijst van de Jong-Gierveld deed het prima. Het is nog niet helemaal duidelijk hoe de scores moeten worden gedichotomiseerd. Hiervoor moet de instructie nog worden opgevraagd. De somscores leverden echter al voldoende relevante informatie op waaruit blijkt dat er in deze groep relatief veel sprake is van eenzaamheidsgevoelens. Dit is eerder ook gesignaleerd door Kempen (1990).

De test voor het fysiek functioneren verliep, op enkele schoonheidsfoutjes na in uitvoering en scoring, uitstekend. Slechts één persoon weigerde bij voorbaat om hieraan mee te doen. De rest vond het wel

een aardige onderbreking. De uitslagen laten zien dat we te maken hebben met een zeer slecht functionerende groep personen. Ook de interviewsters gaven achteraf aan onder de indruk te zijn van de problemen die mensen ondervinden bij het uitvoeren van relatief gemakkelijke opdrachten zoals het aantrekken van een jas. Personen die zich tot dan toe heel groot hadden gehouden, vielen bij deze test 'door de mand'. Misschien dient er ook bij het vragenlijstonderdeel 'klachten' aandacht aan schouderproblemen te worden besteed. Door een helder scoringssysteem kunnen de geklokte tijden eenvoudig in punten worden omgezet. Aangezien deze eerste pilot goed is verlopen kan overwogen worden om dit instrument verder te valideren voor gebruik in de Nederlandse situatie bij onderzoek in het veld. Mogelijk is dit instrument ook bruikbaar bij de indicatiestelling voor zorg. Hierover zou nader onderzoek gedaan moeten worden.

Het vragenblok over bewegingsoefeningen leverde veel en relevante informatie op over de mening van de respondent over het doen van bewegingsoefeningen en het volgen van een instructiebijeenkomst. Er is sprake van een actieve en een inactieve groep. Met name de open vragen geven een goed inzicht over de redenen waarom men iets wel of niet wil. Vaak wordt eerlijk toegegeven dat men er gewoon te lui voor is. Een hele grote groep (N=21) zegt dat men thuis wel eenvoudige bewegingsoefeningen zou willen doen. Ook vindt bijna iedereen dat oefeningen belangrijk zijn om beweeglijk te blijven. Hieruit kunnen we concluderen dat er wel degelijk mogelijkheden zijn, ook voor deze extreme groep, om op dit onderwerp door te gaan.

De looptest (opstaan uit een stoel en weer terug lopen) kwam een beetje als mosterd na de maaltijd. Gezien de goede resultaten met de PPT-test kan deze test in het vervolg achterwege blijven.

Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat de vragenlijst in het algemeen goed is bevallen. In het blok met vragen over de gezondheid dient nader te worden gekeken naar het vragen naar ziekten en klachten (hierbij kunnen ook nog schouderklachten worden opgenomen). Voor het meten van depressie wordt een andere schaal overwogen en de vragen over het cognitief vermogen (CST) dienen heroverwogen te worden. Vragen over stressoren van de omgeving dienen te worden uitgebreid. Zowel de ADL als de IADL-lijst kunnen vervallen. De OECD-indicator voor beperkingen en de Physical Performance Test (PPT) blijven daarentegen zeker gehandhaafd. De 'Timed up en go test' (looptest) kan achterwege blijven in verband met de overlap met de PPT.

5.4 Conclusie en discussie over eventuele bewegingsinterventies

Zoals blijkt uit de inventarisatie van mogelijke bewegingsinterventies in paragraaf 4.3 zijn er slechts weinig specifieke mogelijkheden. Waarschijnlijk komt het programma SMILE of het Canadese programma van het Rode Kruis het meeste in aanmerking. Voor zover bekend zijn geen van beide programma's in het Nederlands beschikbaar. Naast de problemen die er kunnen zijn met het motiveren van mogelijke deelnemers kunnen er ook problemen optreden met mensen in de omgeving van de ouderen. Zoals Postma (1986) aangeeft is het belangrijk dat ook hulpverleners er achter staan dat de persoon meedoet aan bewegingsinterventies. Voorbeelden van een onderzoeksaanpak waar naast de persoon zelf ook de omgeving wordt gemotiveerd (huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut) zijn te vinden in Finland bij het EVERGREEN project (Ruuskanen & Heikkinen, 1992; voor een overzicht zie Hopman-Rock, 1992). Hier is sprake van zogenaamd 'actieonderzoek' waarbij interventies telkens worden bijgesteld en er simultaan een determinanten onderzoek is opgezet. Misschien is het verstandig om zo'n aanpak ook in Nederland voor te stellen en niet te lang te blijven stilstaan bij determinanten onderzoek alleen.

5.5 Beantwoording van vraagstellingen en aanbevelingen

Zoals reeds eerder is vermeld was het niet mogelijk om uitgebreide analyses te verrichten met materiaal verzameld bij een groep van slechts 30 personen. Daarom kan er op sommige vragen alleen een globaal antwoord komen.

- wat is de rol van immobiliteit en (gebrek aan) fysieke activiteit bij het verminderen van de zelfstandigheid, blijkende uit een aanvraag om thuiszorg ?

Gezien de redenen van de aanvraag om thuiszorg (vooral problemen met zwaar werk, klachten over botten en spieren), de slechte scores op de PPT (test voor fysiek functioneren), de "Actieradius" (maat voor mobiliteit) en het feit dan men maar matig 'beweegt' en veel overgewicht heeft, lijkt het dat immobiliteit in de onderzochte groep een zeer belangrijke rol speelt. Er zal verder moeten worden uitgezocht welk deel van deze immobiliteit wordt veroorzaakt door onveranderbare oorzaken (zoals ziekten) en welke oorzaken wel te veranderen zouden zijn.

- welke factoren bepalen of hulpvragende ouderen wel of niet fysiek actief kunnen (of willen) blijven?

De vraag is nog niet volledig te beantwoorden. Er is wel een indicatie dat men goed bewegen en beweeglijk blijven erg belangrijk vind. Tevens is wat inzicht verkregen in de randvoorwaarden waaraan

het aanbieden van een interventie zal moeten voldoen: in de buurt (voor sommigen waarschijnlijk liefst aan huis met een persoonlijke instructie!) en rekening houdend met bestaande ziekten en klachten.

- welke, reeds ontwikkelde, bewegingsinterventies zouden geschikt kunnen zijn en voor welke doelgroepen?

Zoals in de vorige paragraaf is betoogd komen eigenlijk alleen buitenlandse bewegingsprogramma's in aanmerking. Bijvoorbeeld het programma SMILE (So Much Improvement with a little Exercise) of het Canadese programma van het Rode Kruis. Deze programma's zijn specifiek ontwikkeld voor kwetsbare immobiele ouderen met allerlei ziekten en klachten.

- wat zijn de mogelijkheden om middels een groter opgezet onderzoek te komen tot de ontwikkeling en evaluatie van (bewegings)interventies bij ouderen tussen 75 en 85 jaar?

Met enige aanpassing (zie paragraaf 5.3) is de hier ontwikkelde vragenlijst goed bruikbaar in een groter opgezette studie naar determinanten van immobiliteit en fysieke activiteit en wellicht ook voor de evaluatie van bewegingsinterventies in de totale populatie van zelfstandig wonende ouderen van 75 tot en met 85 jaar. Ook het gebruik van notebook-computers valt aan te raden. Met een aantal kleine aanpassingen is het programma zo weer gebruiksklaar te maken. Het wordt aanbevolen om naar model van het Finse EVERGREEN project een actieonderzoek op te zetten met simultaan een determinanten- en interventiestudie. Hierbij is het mogelijk om snel resultaatgericht te werken terwijl tevens de wetenschappelijke 'vinger aan de pols' wordt gehouden. Hierbij kan worden samengewerkt met plaatselijke professionele groepen zoals ouderenwerk, Meer bewegen voor Ouderen, huisartsen en fysiotherapeuten. In zo'n studie dient naast aandacht voor ouderen zelf ook ruimte en aandacht te zijn voor voorlichting aan de sociale omgeving van de persoon (partners, hulpverleners etc.).

LITERATUUR

- AJZEN I, FISHBEIN M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- ARRINDELL WA, ETTEMA JHM. Klachtenlijst. Lisse: Zwets & Zeitlinger, 1986.
- BĚLIĚN M, KANTERS H, JONKERS R. Gezondheidsbevordering bij ouderen. Utrecht: Landelijk Centrum GVO Utrecht, 1990.
- BETHLEHEM JG, HUNDEPOOL AJ, SCHUERHOFF MH, et al. Blaise 2.0: een eerste kennismaking. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, februari 1989.
- BRANDE KJS van den. Actieradius: handleiding bij het gebruik in het 'Determinanten' onderzoek NIPG/TNO, oktober 1993.
- BUIJSSEN H. Veel bewegen houdt oudere langer zelfstandig. MGZ 15e Jaargang/Nummer 5, Mei 1987.
- CASPERSEN CJ, POWELL KE, CHRISTENSON GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep 1985;100:126-31.
- DAMOISEAUX V, GERARDS FM, KOK GJ, et al. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Van analyse tot effecten. Assen (etc.): Van Gorcum, 1987.
- DEKKER J, MULDER PH, BIJLSMA WJ, et al. Exercise therapy in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis a review. Adv Behav Res Ther 1993;15:211-38.
- DISHMAN RK, SALLIS JF, ORENSTEIN DR. The determinants of physical activity and exercise. Public Health Rep 1985;100:158-71.
- EMERY CF, BLUMENTHAL JA. Perceived change among participants in an exercise program for older adults. Gerontologist 1990;30(4):516-21.
- GRAAF A de, DEELMAN BG. Cognitieve screening test: handleiding voor afname en scoring. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- HANSEN E. Maintenance of the physical capacity of the elderly. Danish Medical Bull 1972:113-5.
- HEIKKINEN E, KÄYHTY B. Gerontological aspects of physical activity- motivation of older people in physical training. In: Harris R, Frankel LJ, Harris S. Guide to fitness after fifty. New York (etc.): Plenum Press, 1978:191-205.
- HELL L van, KLEIJN de - VRANKRIJKER de MW. Ouderen en Zelfstandigheid: een discussie over begrippen, termen en definities. NIPG-rapport concept 1993.
- HELL L van, HOPMAN-ROCK M. Inventarisatie van cursussen en/of voorlichtingsinterventies voor mensen met artrose of andere gewrichtsklachten. NIPG-rapport, concept 1993.
- HICKEY T, WOLF FM, ROBINS LS, et al. The SMILE-Program. University of Michigan, 1992.
- HOPMAN-ROCK M. Bewegingsinterventies voor de oudste ouderen en risicogroepen. MBVO-informatiekrant. Landelijke stichting Meer Bewegen voor Ouderen. november 1992.
- HOWZE EH, SMITH M, DIGILIO DA. Factors affecting the adoption of exercise behavior among sedentary older adults. Health Educ Res 1989;4(2):173-80.
- JONG-GIERVELD J de. De eenzaamheid: een meersporig onderzoek. Deventer: van Loghum Slaterus, 1984.
- KEMPEN GIJM. Thuiszorg voor ouderen: een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 1990.
- KÖNIG-ZAHN C, FÜRER J, TAX B. Het meten van de gezondheidstoestand: beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. Assen: Van Gorcum, 1993.
- KONIJN G, HILDEBRANDT VH. Vragenlijsten over het functioneren van personen met aandoeningen van het bewegingsapparaat in ADL-en arbeidssituaties: een inventariserend literatuuronderzoek. Leiden: NIPG-TNO, 1993. Publ.nr. 93028.

- LACROIX AZ, GURALNIK JM, BERKMAN LF, et al. Maintaining mobility in late life II: smoking, alcohol consumption, physical activity and body mass index. *Am J Epidemiol* 1993;137:858-69.
- LAERUM M, LAERUM OD. Can physical activity counteract ageing? *Scand J Soc Med Suppl.* 1982;(suppl 29):147-52.
- LARSON EB. Health promotion and disease prevention in the older adult. *Geriatrics.* 1988;December; 43 Suppl: 310-9.
- MCDOWELL I, NEWELL C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* 1st ed., New York (etc.): Oxford University Press, 1987.
- MYERS AM, HAMILTON N. Evaluation of the canadian red cross society's fun and fitness program for seniors. *Can J Aging* 1985 -ISSN 0714-9808 4(4):201-12.
- NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE SPORTGEZONDHEIDSZORG. Jaarthemacongres 'bewegen en gezondheid', discussie en consensus over theorie en toepassing, Arnhem, oktober 1991
- OPMEER CHJM. *Het effect van een "Meer bewegen voor Ouderen" activiteit op het lichamelijk en geestelijk functioneren van ouderen.* NIPG-TNO, Leiden 1993.
- PODSIADLO D, RICHARDSON S. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
- POODT-TER HUURNE M, DOLK J, BURG van A, et al. *Zelfstandig wonende ouderen: twee kleine explorerende onderzoeken naar een relatie tussen beweeglijkheid, voeding en sociale contacten bij ouderen in een dorp en in twee centrale stadswijken.* Wageningen: Landbouw Universiteit Wageningen, 1979. Rapport Gezondheidsleer nr. 74.
- POSTMA A. *Wat..... beweegt u? Determinanten van bewegingsgedrag van ouderen: consequenties voor GVO.* Leiden, oktober 1986. doctoraalscriptie.
- PROGRAMMACOMMISSIE DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID. *Programma van onderzoek,* Groningen, 1990.
- PROHASKA TR, LEVENTHAL EA, LEVENTHAL H, KELLER ML. Health practice and illness cognition in young, middle aged and elderly adults. *J Gerontol* 1985;40:569-78.
- REUBEN DB, SIU AL. An objective measure of physical function of elderly outpatients: The Physical Performance Test. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1105-12.
- RIKLI RE, EDWARDS DJ. Effects of a three-year exercise program on motor function and cognitive speed in older women. *Res Q Exerc Sport* 1991;62(1):61-7.
- ROOSEN J, KROPMAN J. *Ouderen en sport: naar een permanente sportbeoefening.* Nijmegen: ITS, 1989.
- RUUSKANEN J, HEIKKINEN E. A community-based intervention program of physical exercise promotion and counseling for the elderly. 3rd Conference on Physical Activity, Aging and Sports, May 31-June 4, 1992. University of Jyväskylä, Finland.
- SHEPARD RJ. *Physical activity and aging.* 2nd ed. London (etc.): Croom Helm, 1987.
- SHEPARD RJ. The Scientific basis of exercise prescribing for the very old. *Geriatric Bioscience, Jags* 38:62-70, 1990.
- TAAL E, SEYDAL ER, RIEMSMA RP, et al. *Omgaan met reumatoïde artritis: een zelf-hulpboek voor mensen met reumatoïde artritis.* Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, Universiteit Twente, 1991.
- THIJSSSEN EJM, DIEDERIKS JPM, WILMSEN PMJ, VERSTAPPEN FTJ. Deelnemers aan bewegingsprogramma's voor 55-plussers: een exploratief onderzoek naar 'Meer bewegen voor Ouderen' in Limburg. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1993; 24:236-244
- TINETTI ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-26.
- TINETTI ME, GINTER SF. The nursing home life-space diameter: a measure of extent and frequency of mobility among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1311-5.

VALOIS P, DESHANAIS R, GODIN G. A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. *J Behav Med.* 1988;11:459-72.

WULP MA, HUIJING PAJBM. Het effect van bewegingsprogramma's bij ouderen. *Gerontologie* 1981;12:202-11.

Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psych Res* 1983;17:37-49.

BIJLAGEN

		pagina
BIJLAGE 1	Brief aan de respondenten	41
BIJLAGE 2	Antwoordformulier	45
BIJLAGE 3	De BLAISE vragenlijst	49
BIJLAGE 4	Reden van de hulpvraag	63
BIJLAGE 5	Opvallende factoren	67

BIJLAGE 1

Brief aan de respondenten

22~ 2~ 3~
4~ 5~
6~ LEIDEN

Leiden, 19 oktober 1993

Betreft: Onderzoek 'Bewegen en gezondheid'

referentie 93/ 5836.dif/LH/MH

Zeer geachte 23~ 2~,

Enige tijd geleden heeft u zich opgegeven voor hulp in het kader van dienstverlening van de thuiszorgorganisatie 'Groot Rijnland'. Helaas is er momenteel een wachtlijst in verband met de vele aanvragen en de beperkte capaciteit.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg van TNO (NIPG-TNO) in Leiden, gaat binnenkort een onderzoek starten naar 'bewegen en gezondheid' bij ouderen tussen 75 en 85 jaar. Goed bewegen is immers belangrijk voor het zo lang mogelijk zelfstandig uitvoeren van diverse dagelijkse bezigheden. Voor dit onderzoek is de hulp nodig van personen die momenteel op dit gebied problemen hebben. Aan hen worden vragen gesteld over de ondervonden problemen en over mogelijke oplossingen. Tevens wordt nagegaan wat iemand wel en wat iemand niet meer kan door middel van eenvoudige opdrachten, zoals opstaan uit een stoel. Het onderzoek dient te leiden tot aanbevelingen waardoor in de toekomst ouderen minder behoefte aan hulp krijgen. Het is uitdrukkelijk géén medisch onderzoek.

Wij vragen vriendelijk of u aan dat onderzoek medewerking wilt verlenen. In dat geval kunt u het bijgevoegde antwoordformulier invullen en (zonder postzegel) in de bijgeleverde enveloppe opsturen aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg. U wordt dan in de maand november opgebeld door een interviewer die een afspraak met u maakt voor een interview bij u thuis van maximaal één uur. Indien u dit wenst kunt u zich op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken. Mocht u vragen hebben, dan kunt u ons op werkdagen van 10.00-14.00 uur bereiken onder telefoonnummer 071-181728. Wij hopen van harte dat u aan het onderzoek wilt meewerken, waarvoor wij u bij voorbaat hartelijk willen bedanken.

Hoogachtend,

L. Huisman
Rayonmanager thuiszorg 'Groot Rijnland'

Drs. M. Hopman-Rock
Onderzoeksleider NIPG-TNO

BIJLAGE 2

Antwoordformulier

ANTWOORDFORMULIER

Ja, ik wil mijn medewerking verlenen aan het onderzoek 'Bewegen en Gezondheid' van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO te Leiden.

Ik heb begrepen dat er binnenkort gebeld wordt om een afspraak te maken voor een interview van een uur bij mij thuis. Tijdens het interview worden ondermeer vragen gesteld over problemen met dagelijkse activiteiten en met huishoudelijke activiteiten en over houding en gewoonten ten opzichte van 'bewegen'. Tevens wordt gevraagd om enkele eenvoudige opdrachten uit te voeren (bijvoorbeeld opstaan uit een stoel).

Het instituut houdt zich aan de richtlijnen van de Wet Persoonsregistraties waardoor mijn privacy gewaarborgd is. Ik kan mij op ieder gewenst moment weer uit het onderzoek terugtrekken.

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

datum:

Handtekening:

Naam huisarts:

Telefoonnummer huisarts:

N.B. Deelname aan dit onderzoek betekent **niet** dat u eerder aan de beurt bent voor thuiszorg.

BIJLAGE 3

De BLAISE vragenlijst

VRAGENLIJST: DETER1
Blaise 2.39

04-11-1993 16:13

-
1. Type het persoonsnummer in _____
 2. Type je eigen naam in _____
 3. type de datum in _____
 4. Wat is uw leeftijd? _____
 5. Invullen wat de sexe is
 - man 1
 - vrouw 2
 6. Wat is op dit moment uw burgerlijke staat?
 - gehuwd/samenwonend 1
 - ongehuwd samenwonend 2
 - gescheiden 3
 - weduwe/weduwnaar 4
 - nooit getrouwd of samenwonend geweest 5
 7. Wat is de hoogste schoolopleiding die u heeft afgemaakt?
 - universiteit, Hoger Beroeps Onderwijs 1
 - gymnasium, VWO, HBS, MMS 2
 - middelbaar beroepsonderwijs, HAVO, HBS (3 jaar) 3
 - ULO, MULO, MAVO 4
 - lager beroepsonderwijs (ambachtsschool), huishoudschool 5
 - lagere school 6
 8. Heeft u naast uw AOW nog andere inkomsten?
 - ja 1
 - nee 2
 9. Kunt u aangeven waaruit dit inkomen bestaat (pensioen, uitkering etc) _____
 10. wat is de naam van uw huisarts? _____
 11. wat is het telefoonnummer van uw huisarts? _____
 12. Wat is de reden van uw aanvraag om thuiszorg?
(geef aan met sleutelwoorden) _____
 13. Hoe lang staat u op de wachtlijst? _____
 14. Zijn er op dit moment ander mensen die u helpen?
 - Ja 1
 - Nee 2
 15. Wie helpen u op dit moment?
 - partner 1
 - kinderen 2
 - familie zoals broers en zussen 3
 - vrienden/kennissen 4
 - buren 5
 - werkster 6
 - (tijdelijke) professionele hulpverlening 7
 - andere mogelijkheid aanwezig 8

16. Hoe zou u uw gezondheidstoestand in het algemeen willen beschrijven?
- | | |
|------------------|---|
| uitmuntend | 1 |
| goed | 2 |
| redelijk | 3 |
| slecht | 4 |
17. Hoe vaak heeft uw gezondheidstoestand u de afgelopen maand belet dingen te doen die u eigenlijk zou willen?
- | | |
|------------------|---|
| altijd | 1 |
| meestal | 2 |
| regelmatig | 3 |
| soms | 4 |
| nooit | 5 |
18. Zie kaart 1
Heeft u één of meer van de volgende medische problemen?
..... _ _ _ _ _
19. om welke ander ziekte gaat het, kunt u de naam noemen

20. Van welke ziekte heeft u het meeste last in uw dagelijks leven?

21. Van welke ziekte heeft u de meeste pijnklachten?

22. Hoe vaak heeft u pijn tengevolge van deze kwaal?
- | | |
|-----------------------|---|
| zelden of nooit | 1 |
| af en toe | 2 |
| regelmatig | 3 |
| heel vaak | 4 |
| altijd | 5 |
23. als u pijn heeft kunt u dan aangeven hoe erg de pijn dan is?
- | | |
|--------------------|---|
| nauwelijks | 1 |
| niet zo erg | 2 |
| tamelijk erg | 3 |
| erg | 4 |
| ondraaglijk | 5 |
- Vragen 24 tot en met 33 :
Betekenis van de labels:
- | | |
|---------------------|-----|
| helemaal niet | (1) |
| een beetje | (2) |
| nogal | (3) |
| tamelijk veel | (4) |
| heel erg | (5) |
24. Interviewer: we gaan het nu hebben over eventuele klachten die u hinderen in het dagelijks leven
: In welke mate wordt u gehinderd door duizeligheid 1 2 3 4 5
25. In welke mate wordt u gehinderd door angst in open ruimte of op straat? 1 2 3 4 5
26. In welke mate wordt u gehinderd door het hebben van weinig energie? 1 2 3 4 5
27. In welke mate wordt u gehinderd door trillen? 1 2 3 4 5
28. In welke mate wordt u gehinderd door pijnlijke spieren en gewrichten? 1 2 3 4 5
29. In welke mate wordt u gehinderd doordat u moeilijk adem kunt krijgen? 1 2 3 4 5
30. In welke mate wordt u gehinderd door angst om te vallen? 1 2 3 4 5

31. In welke mate wordt u gehinderd moeheid? 1 2 3 4 5
32. In welke mate wordt u gehinderd door hoofdpijn? 1 2 3 4 5
33. In welke mate wordt u gehinderd door ander klachten? 1 2 3 4 5
34. Om welke andere klachten gaat het? _____
35. Wat is uw lengte? _____
36. Wat is uw gewicht in kilo's? _____
37. Graag willen we u nu enkele vragen stellen die te maken hebben met uw geheugen.
Weet u welk jaar het nu is? _____
38. Welke maand is het nu? _____
39. De hoeveelste van de maand is het vandaag? _____
40. Welke dag van de week is het vandaag? _____
41. Hoe heet de stad/het dorp waar u nu woont? _____
42. Hoe heet de straat waar u nu woont? _____
43. Hoe oud bent u nu? _____
44. In welk jaar bent u geboren? _____
45. In welke maand bent u geboren? _____
46. Op de hoeveelste van de maand bent u geboren? _____
47. Wie is op het ogenblik onze koningin? _____
48. Wie was voor haar koningin? _____
49. Nu mag u niet op de klok kijken: hoe laat is het nu? _____
50. Noteer de werkelijke tijd _____
51. -Ik zou graag willen weten hoe vaak u zich verplaatst, zowel binnen als buitenshuis
De vragen die ik u ga stellen gaan over de laatste twee weken.-
Kunt u een aantal activiteiten noemen die u buiten de buurt gedaan heeft?
interviewer: antwoorden noteren met sleutelwoorden

52. -De interviewer mag de activiteiten bij elkaar optellen- Dus in totaal bent u ongeveer(getal zeggen dat je zelf berekend hebt) keer in de afgelopen twee weken buiten de buurt geweest, klopt dit?
niet in de afgelopen 2 weken 1

- minder dan een keer per week 2
 wekelijks (1 of 2* per week) 3
 >2* per week 4
 1-3* per dag 5
 4-6*per dag 6
 >6 maal per dag 7
53. Kreeg u daarbij hulp van iemand anders?
 met hulp van een ander persoon (opgehaald worden door kinderen) ... 1
 zonder hulp van een ander persoon, eventueel met hulpmiddel (zelf
 regelen
 van taxi of openbaar vervoer 2
54. Kunt u een aantal activiteiten noemen die u de afgelopen twee
 weken buitenshuis maar binnen de buurt heeft gedaan?
 Interviewer: antwoorden noteren met sleutelwoorden
-
55. Dus u bent in totaal ongeveer.....(getal zeggen dat je zelf
 berekend hebt) keer in de
 afgelopen twee weken buitenshuis maar binnen de buurt geweest,
 klopt dit?
 niet in de afgelopen 2 weken 1
 minder dan een keer per week 2
 wekelijks (1 of 2* per week) 3
 >2* per week 4
 1-3* per dag 5
 4-6*per dag 6
 >6 maal per dag 7
56. Kreeg u daarbij hulp van iemand anders?
 met hulp van een ander persoon (opgehaald worden door kinderen) ... 1
 zonder hulp van een ander persoon, eventueel met hulpmiddel (zelf
 regelen
 van taxi of openbaar vervoer 2
57. Hoe vaak bent u de afgelopen twee weken rondom het huis geweest,
 dus
 in de tuin of op het balkon?
 Dus u bent in totaal.....(getal zeggen dat je zelf
 berekend hebt) keer rondom het
 huis geweest, klopt dit?
 niet in de afgelopen 2 weken 1
 minder dan een keer per week 2
 wekelijks (1 of 2* per week) 3
 >2* per week 4
 1-3* per dag 5
 4-6*per dag 6
 >6 maal per dag 7
58. Kreeg u daarbij hulp van iemand anders?
 met hulp van een ander persoon (opgehaald worden door kinderen) ... 1
 zonder hulp van een ander persoon, eventueel met hulpmiddel (zelf
 regelen
 van taxi of openbaar vervoer 2
59. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen twee weken in het hele huis
 verplaatst
 dus b.v. naar de keuken, het toilet of de slaapkamer? -
 Interviewer zegt:
 daarmee bedoel ik dus niet de woonkamer. Dus u heeft zich in
 totaal ongeveer.....(getal zeggen dat je zelf berekend hebt)
 keer verplaatst
 in het hele huis, klopt dit?
 niet in de afgelopen 2 weken 1
 minder dan een keer per week 2
 wekelijks (1 of 2* per week) 3
 >2* per week 4

- | | |
|--|---------|
| 1-3* per dag | 5 |
| 4-6*per dag | 6 |
| >6 maal per dag | 7 |
| 60. Kreeg u daarbij hulp van iemand anders? | |
| met hulp van een ander persoon (opgehaald worden door kinderen) ... | 1 |
| zonder hulp van een ander persoon, eventueel met hulpmiddel (zelf regelen van taxi of openbaar vervoer | 2 |
| 61. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen weken binnen de woonkamer verplaatst? | |
| Ik bedoel b.v. van stoel naar kast of van stoel naar tv? | |
| Dus in totaal.....(getal zeggen dat je zelf berekend hebt), klopt dit? | |
| niet in de afgelopen 2 weken | 1 |
| minder dan een keer per week | 2 |
| wekelijks (1 of 2* per week) | 3 |
| >2* per week | 4 |
| 1-3* per dag | 5 |
| 4-6*per dag | 6 |
| >6 maal per dag | 7 |
| 62. Kreeg u daarbij hulp van iemand anders? | |
| met hulp van een ander persoon (opgehaald worden door kinderen) ... | 1 |
| zonder hulp van een ander persoon, eventueel met hulpmiddel (zelf regelen van taxi of openbaar vervoer | 2 |
| 63. Nu volgen er drie stellingen waarvan u kunt aangeven of u het er wel of niet mee eens bent | |
| Mijn huis is geschikt voor iemand met mijn problemen | |
| volledig mee eens | 1 |
| mee eens | 2 |
| niet mee eens | 3 |
| helemaal niet mee eens | 4 |
| dat weet ik niet | 5 |
| 64. In onze buurt is het veilig om als oudere alleen over straat te gaan | |
| volledig mee eens | 1 |
| mee eens | 2 |
| niet mee eens | 3 |
| helemaal niet mee eens | 4 |
| dat weet ik niet | 5 |
| 65. Als ik de straat op ga loop ik grote kans om te vallen | |
| volledig mee eens | 1 |
| mee eens | 2 |
| niet mee eens | 3 |
| helemaal niet mee eens | 4 |
| dat weet ik niet | 5 |
| Vragen 66 tot en met 77 : | |
| Betekenis van de labels: | |
| ja, zonder moeite | (1) |
| ja, maar met enige moeite | (2) |
| ja, maar met grote moeite | (3) |
| nee dat kan ik niet | (4) |
| 66. Ik wil u nu enkele vragen stellen over eventuele beperkingen die u ondervindt | |
| Kunt u, eventueel met hoorapparaat, een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen? | 1 2 3 4 |
| 67. Kunt u, eventueel met hoorapparaat, een gesprek volgen als u met een persoon spreekt? | |
| | 1 2 3 4 |
| 68. Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te | |

kunnen lezen? (eventueel met bril?)	1	2	3	4
69. Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen?	1	2	3	4
70. Kunt u hard voedsel bijten en kauwen zoals bijvoorbeeld een appel?	1	2	3	4
71. Kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen?	1	2	3	4
72. Kunt u als u rechtop staat, buigen en iets van de grond oppakken?	1	2	3	4
73. Kunt u zichzelf aan- en uitkleden?	1	2	3	4
74. Kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan?	1	2	3	4
75. Kunt u zelf in- en uit bed stappen?	1	2	3	4
76. Kunt u zich op dezelfde verdieping van de ene kamer naar de andere kamer verplaatsen?	1	2	3	4
77. Kunt u een trap van 15 treden op- en aflopen zonder stil te staan?	1	2	3	4
78. Wast u zich zelfstandig?				
volledig zelfstandig				1
hulp bij een lichaamsdeel of een wasbeurt in de week				2
volledig met hulp				3
79. Kleeft u zich zelfstandig aan?				
volledig zelfstandig				1
hulp bij steunkousen of schoenen (1 kledingstuk)				2
volledig met hulp				3
80. Komt u zelfstandig uit uw bed of uit uw stoel?				
volledig zelfstandig				1
hulp bij in en uit bed of stoel komen				2
komt niet uit bed				3
81. Gaat u zelfstandig naar het toilet?				
volledig zelfstandig				1
hulp bij de toiletgang				2
gaat niet naar het toilet				3
82. Verliest u wel eens ongewild urine of ontlasting?				
geen verlies van urine of ontlasting				1
minder of gelijk aan 2 maal per week ongewild verlies van urine of ontlasting				2
meer dan 2 maal per week ongewild verlies van urine of ontlasting .				3
83. Telefoneert u zelfstandig?				
volledig zelfstandig				1
telefoneert met hulp (b.v. voor draaien van nummer, of opnemen				2
telefoneert niet-heeft geen telefoon en/of telefoneert nooit				3
84. Gaat u zelfstandig naar bestemmingen die verder zijn dan loopafstand?				
gaat volledig zelfstandig, al dan niet met (zelfgebelde)taxi, bus of trein				1
wordt gehaald				2
gaat niet verder meer dan loopafstand				3
85. Doet u zelfstandig uw boodschappen				
volledig zelfstandig				1
hulp met boodschappen of een deel van de boodschappen worden gedaan				
door iemand anders				2
alle boodschappen worden door iemand anders gedaan				3

86. Bereid u zelfstandig de warme maaltijd?
- | | |
|--|---|
| volledig zelfstandig | 1 |
| bereidt de maaltijd met hulp of wordt soms volledig door anderen
gedaan | 2 |
| bereidt niet zelf de warme maaltijd | 3 |
87. Doet u zelfstandig uw huishouden?
- | | |
|--|---|
| volledig zelfstandig | 1 |
| krijgt hulp in de huishouding, maar doet zelf ook nog een gedeelte
huishouding wordt volledig door iemand anders gedaan | 2 |
| | 3 |
88. Beheert u zelf uw medicijnen?
- | | |
|--|---|
| beheert de geneesmiddelen, bepaalt het moment en wijze van inname
zelf
of gebruikt geen medicijnen | 1 |
| krijgt de medicijnen aangereikt (in verdeeldoosje of aan tafel) en
neemt
ze zelf in | 2 |
| medicijnen worden door anderen toegediend | 3 |
89. Beheert u zelf uw financiën?
- | | |
|---|---|
| beheert de financiën zelf, haalt geld zelf en geeft het zelf uit .. | 1 |
| krijgt hulp bij betalingsverrichtingen en/of krijgt geld
aangereikt
en geeft het zelf uit | 2 |
| doet niets met geld | 3 |
90. Ik wil u nu enkele vragen stellen over hoe tevreden u bent over uw leven
deze vragen moet u met Ja/Nee beantwoorden, mocht u twijfelen,
kies dan het naar uw idee meest beste antwoord. Wilt u het kort houden? Hier komt
de eerste vraag:
Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
91. Bent u met veel activiteiten en interessen gestopt?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
92. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
93. Verveelt u zich vaak?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
94. Hebt u meestal een goed humeur?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
95. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
96. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
97. Voelt u zich vaak hopeloos?
- | | |
|-----------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |

98. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?
 Ja 1
 Nee 2
99. Vindt u het fijn om te leven?
 Ja 1
 Nee 2
100. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?
 ja 1
 Nee 2
101. Voelt u zich energiek?
 Ja 1
 Nee 2
102. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?
 ja 1
 Nee 2
103. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?
 Ja 1
 Nee 2
104. Is er het afgelopen jaar iets in uw leven gebeurd wat erg ingrijpend voor u was?
 ja 1
 Nee 2
105. Wat is er het afgelopen jaar gebeurd? _____
106. Ik wil u nu wat vragen stellen over uw rook en drinkgewoontes:
 Rookt u nu geregeld?
 Ja 1
 Nee 2
107. Heeft u vroeger geregeld gerookt?
 Ja 1
 Nee 2
108. Hoeveel alcoholische dranken dronk u de afgelopen maand?
 niets in afgelopen maand 1
 1 glas of minder per dag 2
 meer dan 1 glas per dag 3
- Vragen 109 tot en met 119 :
 Betekenis van de labels:
 Ja!, precies op mij van toepassing(1)
 Ja, grotendeels op mij van toepassing(2)
 Min of meer op mij van toepassing(3)
 Nee, in beperkte mate op mij van toepassing(4)
 Nee!, helemaal niet op mij van toepassing(5)
109. Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?
 Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan 1 2 3 4 5
110. Ik mis een echt goede vriend(in) 1 2 3 4 5
111. Ik ervaar een leegte om mij heen 1 2 3 4 5
112. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan

- | | |
|--|-----------|
| terugvallen | 1 2 3 4 5 |
| 113. Ik mis gezelligheid om mij heen | 1 2 3 4 5 |
| 114. Ik vind mijn kring van kennissen veel te beperkt | 1 2 3 4 5 |
| 115. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen | 1 2 3 4 5 |
| 116. Er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel | 1 2 3 4 5 |
| 117. Ik mis mensen om mij heen | 1 2 3 4 5 |
| 118. Vaak voel ik mij in de steek gelaten | 1 2 3 4 5 |
| 119. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht | 1 2 3 4 5 |
| 120. Ik wil u nu vragen, voor zover u dit kunt, een aantal activiteiten te doen die ik u een voor een zal opnoemen. Mocht u een van de onderdelen niet kunnen of willen uitvoeren dan moet u dit zeker van tevoren tegen mij zeggen. Het is geen wedstrijd, u kunt het in uw eigen tempo doen. Mocht er toch iets met u gebeuren dan hebben wij de naam en het tel.no van uw huisarts. Bent u in principe bereid hier aan mee te doen? | |
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
| 121. Het gaat om de volgende opdrachten, na elke opdracht noteer ik de tijd, laten we elke keer beginnen na het commando 'start' schrijf de zin (walvissen leven in de blauwe zee),-interviewer noteert het aantal seconde dat respondent over de opdracht doet | _____ |
| 122. Wilt u de bonen met het lepeltje van het schoteltje in het kopje scheppen (simuleer eten)-start- | _____ |
| 123. Interviewer: laat de mensen staan. Instructie: Wilt u dit boek pakken, op schouderhoogte tillen (mag met twee handen) en leg daarna weer op de tafel -start- | _____ |
| 124. doe uw jas aan en uit,-start- | _____ |
| 125. pak de stuiver van de grond,-start- | _____ |
| 126. draai 360 graden,-start- | _____ |
| 127. loop ongeveer 15 meter-start- | _____ |
| 128. Observatie interviewer: welk hulpmiddel wordt er gebruikt? | |
| geen hulpmiddel | 1 |
| stok | 2 |
| rolstoel | 3 |
| rollator | 4 |
| looprek | 5 |
| krukken | 6 |
| grijparm/handyman | 7 |
| overig hulpmiddel | 8 |
| 129. Doet u aan een vorm van geregelde lichaamsbeweging? (gymnastiek, zwemmen, etc.) | |
| nee in het geheel niet, ook vroeger niet | 1 |
| nu niet, vroeger wel | 2 |
| ja | 3 |
| 130. Hoeveel jaar was dat geleden- eventueelaangeven in decimalen | _____ |

131. Aan welke lichaamsbeweging deed u toen?

132. welke geregelde lichaamsbeweging doet u nu?, noem ze maar op

133. Zie kaart 2
Hoeveel uren per week neemt dit in beslag? _
134. Stel dat er bewegingsoefeningen bestaan waarvan bekend is dat als u ze geregeld doet, dit leidt tot het beter kunnen bewegen; U kunt dan denken aan 10 oefeningen die u iedere ochtend zittend in een stoel of staande kunt uitvoeren. Stel dat er voor het doen van dat soort oefeningen bij u in de buurt instructie wordt gegeven. Zou u dan aan een of meer van zulke instructiebijeenkomsten mee willen doen?
- | | |
|------------------------|---|
| Heel zeker | 1 |
| ik denk het wel | 2 |
| ik denk het niet | 3 |
| absoluut niet | 4 |
| weet ik niet | 5 |
135. waarom niet? _____
136. Welke problemen zouden zich kunnen voordoen als u naar een instructiebijeenkomst wilt gaan?
- | | |
|-----------------------------------|---|
| ik voorzie geen problemen | 1 |
| vervoer | 2 |
| kosten | 3 |
| omgaan met onbekende mensen | 4 |
| onveilig om heen te gaan | 5 |
| anders | 6 |
137. Overig probleem niet meedoen aan instructie-bijeenkomst

138. Zou u zelf thuis iedere dag eenvoudige bewegingsoefeningen willen doen?
- | | |
|------------------------|---|
| heel zeker | 1 |
| ik denk het wel | 2 |
| ik denk het niet | 3 |
| absoluut niet | 4 |
| weet ik niet | 5 |
139. U zegt nee, waarom niet? _____
140. Denkt u dat het regelmatig doen van bewegingsoefeningen zal maken dat u weer meer dingen zelf kunt gaan doen?
- | | |
|------------------------|---|
| heel zeker | 1 |
| ik denk het wel | 2 |
| ik denk het niet | 3 |
| absoluut niet | 4 |
| weet ik niet | 5 |
141. Laat u zich door de mening van uw naaste omgeving (kinderen, partner) leiden bij dit soort beslissingen?
- | | |
|---------------------------|---|
| heel sterk | 1 |
| een beetje wel | 2 |
| soms wel, soms niet | 3 |
| niet zo erg | 4 |
| helemaal niet | 5 |
| weet ik niet | 6 |

142. Voelt u zich aan u zelf verplicht om bewegingsoefeningen te gaan doen, als blijkt dat u daardoor meer dingen zelf kunt doen?
- | | |
|-------------------------------|---|
| nee, in het geheel niet | 1 |
| nee, eigenlijk niet | 2 |
| ja, een beetje | 3 |
| ja | 4 |
143. Als u er voor zou kiezen om geregeld bewegingsoefeningen te doen, hoe zeker bent u er dan van dat u dit een jaar kunt volhouden?
- | | |
|--------------------------|---|
| heel zeker | 1 |
| een beetje zeker | 2 |
| een beetje onzeker | 3 |
| onzeker | 4 |
144. Hoe belangrijk vindt u het om voldoende beweeglijk te blijven?
- | | |
|---------------------------|---|
| heel erg belangrijk | 1 |
| niet zo belangrijk | 2 |
| maakt me niet uit | 3 |
| vrij onbelangrijk | 4 |
| erg onbelangrijk | 5 |
145. Hoe groot is de kans dat u in het komende jaar meer bewegingsproblemen krijgt dan u nu heeft?
- | | |
|--------------------------|---|
| kans is heel klein | 1 |
| kans is klein | 2 |
| kans is groot | 3 |
| kans is erg groot | 4 |
146. Hoe ernstig zijn de gevolgen denkt u als u zich in de toekomst slechter kunt bewegen dan nu het geval is?
- | | |
|-----------------------------|---|
| heel ernstig | 1 |
| een beetje ernstig | 2 |
| niet zo ernstig | 3 |
| helemaal niet ernstig | 4 |
147. Denkt u dat bewegingsproblemen bij het ouder worden voorkomen kunnen worden?
- | | |
|---|---|
| ja, in alle gevallen | 1 |
| ja, maar in sommige gevallen niet | 2 |
| nee, dat hoort bij het ouder worden | 3 |
148. Noot voor interviewer: bij tijdgebrek mag deze test worden overgeslagen. Wel iets invullen graag (alleemaal negens)
Als laatste willen wij u vragen op te staan uit uw stoel, (het liefst de stoel waarin men normaal zit, hiervan wordt de zithoogte opgemeten), wilt u 3 meter lopen, hierna omdraaien en weer gaan zitten. De tijd wordt opgenomen in seconden.
(De persoon draagt zijn normale schoeisel en zijn gewone loophulpmiddel en er wordt niet geassisteerd)
Laten we het een keer oefenen - start - _____
149. hierbij zijn we aan het eind gekomen van het interview, mag ik hartelijk danken, ik zal zelf nu gaan afsluiten -ALLEEN VOOR DE INTERVIEWER wat is de fysieke conditie van de persoon volgens jou? _____
150. ALLEEN VOOR DE INTERVIEWER:Wat is volgens jou het postuur van de respondent?
- | | |
|---------------|---|
| te dik | 1 |
| normaal | 2 |
| mager | 3 |

151. ALLEEN VOOR DE INTERVIEWER Opvallende factoren die gemeld moeten worden
-

152. ALLEEN VOOR DE INTERVIEWER Hoe lang duurde het interview ongeveer- graag vermelden in minuten? _____

Hier volgen de antwoordkaarten

Kaart nummer 1

hoge bloeddruk	(1)
ziekte van hart en/of bloedvaten	(2)
beroerte of attaque (o.a. verlamingsverschijnselen)	(3)
psychische ziekte	(4)
suikerziekte	(5)
kanker	(6)
longziekte	(7)
nierziekte	(8)
leverziekte	(9)
maag- of darmziekte	(10)
bloedziekte	(11)
ziekte aan spieren, botten en/of gewrichten	(12)
ziekte van zenuwstelsel of hersenen (noot voor de interviewer: Parkinson of dementie)	(13)
andere ziektes	(14)

Kaart nummer 2

minder dan 1 uur per week	(1)
1 tot 2 uur per week	(2)
2 tot 3 uur per week	(3)
3 tot 4 uur per week	(4)
4 tot 5 uur per week	(5)
5 tot 6 uur per week	(6)
6 tot 7 uur per week	(7)
7 tot 8 uur per week	(8)
meer dan 8 uur per week	(9)

BIJLAGE 4

Reden van de hulpvraag

BIJLAGE IV REDEN VAN DE HULPVRAAG

Sexe: 1=man 2=vrouw

Leeftijd: 1=onder 80 jaar 2=80 jaar en ouder

Burgerlijke staat: 1= gehuwd/samenwonend 2=ongehuwd samenwonend 3=gescheiden 4=weduwe/naar 5=nooit getrouwd.

Hulp (van anderen): 1= ja, 2=nee

Hulp van wie?: 1=partner 2= kinderen 3=familie 4=vrienden/kennissen 6=werkster 7=tijdelijke professionele hulp 8=andere mogelijkheid (hier kunnen meerdere mogelijkheden zijn genoemd)

sexe	leeft.	burg. staat	reden aanvraag	hoe lang op wachtl.	Hulp	van wie?
2	2	4	kan niet zware werk doen	0.5 jaar	1	6
2	2	1	mevr. kan het zelf niet meer	3 maanden	1	6
1	2	1	wegens ziekte, deed altijd veel in huis	1,5 jaar	1	1
2	2	3	zware werk	1 jaar	1	7
2	2	4	particuliere hulp ging weg	0.75 jaar	1	6
1	1	1	immobiel sinds beroerte + wond voet	n.v.t.	1	7
2	2	1	urgente hulp na opname, gevr d maats. w.	7 mnd.	1	1 6
2	1	4	operaties knie, staar	2 jaar	1	6
1	2	4	niet aangevraagd, voor vrouw,interkruis	weet niet	2	.
2	1	4	hart, suiker, duizelig enz kan niet werk	3 maanden	2	.
2	2	1	heup+oogoperatie, nu gaat het weer goed	8 maanden	2	.
2	1	4	rheuma, vocht in knieën	10 mnd	1	2
2	1	4	rug, heupen, botontkalking, hart	1 jaar	2	.
1	2	1	hersenvloeding, gevoelige spieren, been	niet meer	1	6
2	2	4	"ben niets meer"	paar jaar	1	6
2	1	1	versleten knieën, pijn in botten	8 maanden	1	2
2	1	4	versleten heup en knie, hartpatient, astma	bijna jaar	1	3
2	1	4	weet niet	weet niet	1	6
2	1	4	kuntheupen, moeite met bukken	4 maanden	1	6
2	1	2	Om de zware taken in huishouden te doen	10 maanden	1	3
1	1	2	door ziektes zware werk gaat niet meer	1 jaar	1	6
2	1	5	vernauwde bloedvaten, kan been niet buig	5 maanden	2	.
1	1	1	kunnen het zware werk niet meer	1 jaar	1	4
2	1	4	gauw duizelig, gevallen	bijna jaar	2	.
1	1	3	om zwaar werk te doen	weet niet	2	.
2	1	4	benen, artrose in knieën	1 jaar	2	.
2	1	1	zware klussen in huis gaan niet meer	5 maanden	2	.
2	1	4	versleten heup en knieën, zwaar werk niet	1 jaar	1	8
1	1	4	huishoudelijk werk	4 maanden	1	6
1	2	4	zieke vrouw, zelf geen thuiszorg nodig	2 jaar	1	3 2

BIJLAGE 5

Opvallende factoren

OPVALLENDE FACTOREN GENOTEERD NA HET INTERVIEW

R.=respondent

Volgorde is hetzelfde als in bijlage IV

Loopt altijd met looprek (ook bij opdrachten!)

Heeft gisteren relaps (?) gehad

Geen

Is goed bij de tijd doet waar ze zin in heeft

Is zeer bij de tijd en heel fit, door hulp thuiszorg niet nodig

Nee

R. heeft erg veel klachten, bewegingsproblemen zijn vnl. gevolg van hart long enz

Gaat nu redelijk, r. heeft erg veel operaties ondergaan (9) en in het ziekenhuis gelegen

R. heeft zieke vrouw verzorgd, hulp (interkruis) heeft thuiszorg aangevraagd, zonder r. erin te kennen

Nee

R. is de vrouw van degene die gereageerd heeft, voor haar was de thuiszorg bedoeld

Nog kwiek en geïnteresseerd.

Zeer kwiek, doet nog alles wat ze kan zelf.

Vrouw doet meer in huishouden dan hij, traditioneel. Is iemand die zich snel druk maakt

Gaat elke dag beneden in de hal de krant halen met de lift.

Doet alles met wagentje met wielen.

Zeer actief, rijdt nog auto

Doet veel, zegt zelf dat ze vergeetachtig is maar redt zich goed

-

Heeft 1x per 14 dagen hulp, woont samen met zus die meer klachten heeft

Meneer is vitaal heeft alleen last van evenwichtsstoornissen en zakt soms door een been

Zeer argwanend. Mevrouw, heeft nu sinds een paar weken hulp

Meneer heeft door CARA vooral buiten last, ook met lopen

Doet zich optimistischer voor dan ze is, loopt buiten met rolwagentje

Praat zeer veel laat het er niet bij zitten

Doet zich flinker voor dan ze is

Man is zwaar hartpatient, dat komt er nog bij

Heeft zeer veel last van artrose aan knie en heup

Heeft inmiddels particuliere hulp, is van de lijst af

Vroeger geturnd, is erg kwiek ondanks longproblemen

Reprografie: NIPG-TNO
Projectnummer: 5836