

University of Groningen

Promoting well-being in frail elderly people

Schuurmans, Johanna Engelberta Hendrika Maria

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Schuurmans, J. E. H. M. (2004). Promoting well-being in frail elderly people: theory and intervention. [S.l.]: [S.n.].

Copyright


Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Evaluatie van de huisbezoeken *(Evaluation of the home visits)*



In this chapter, we describe the patients' and the trainers' experiences with the intervention. We present cases of patients for whom the intervention had different effects. There were positive relations between patients' evaluations and scores on the outcome measures. The intervention seemed to work best when patients were intrinsically motivated; had a GFI score of above 5; are capable to consider their possibilities, restrictions, and main problems; were willing to (partly) change their way of living; and had a certain minimum level of mobility (i.e., their mobility should not be completely restricted). On the basis of the experiences, we create a profile of the 'ideal patient' and recommend some selection criteria. In addition, we present a profile of the 'ideal trainer' and recommend some changes to the intervention. The intervention needs to be restructured such that not all patients receive all modules, but only those that they need. Moreover, it may be useful to change or remove some topics, and to remove many assignments.

De casussen in dit hoofdstuk zijn geschreven door Henk-Jan van Rossum.

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van de patiënten en de trainers met de huisbezoeken. Er worden casussen gepresenteerd van patiënten bij wie de huisbezoeken verschillende effecten hebben gehad. Er bestaan positieve relaties tussen de evaluatie van de patiënten en de scores op de uitkomstmaten. De huisbezoeken lijken het beste te werken wanneer patiënten intrinsiek gemotiveerd zijn, een GFI-score boven de 5 hebben, enigszins kunnen reflecteren over hun mogelijkheden en beperkingen, bereid zijn hun manier van leven (deels) te veranderen, en niet geheel beperkt zijn in hun mobiliteit. Op basis van deze bevindingen komen we tot een profiel van 'de ideale patiënt' voor de huisbezoeken en doen we aanbevelingen voor de selectie van patiënten. Ook geven we een profiel van de 'ideale trainer' en doen we enkele aanbevelingen voor aanpassingen aan de huisbezoeken. De huisbezoeken zouden dusdanig hergestructureerd moeten worden dat patiënten alleen die modules krijgen aangeboden die ze ook echt nodig hebben. Ook zouden enkele thema's veranderd moeten worden en zou het goed zijn veel van de oefeningen te verwijderen.

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van patiënten¹ en trainers met de huisbezoeken (de SMA-interventie) beschreven. De ervaringen van de patiënten worden beschreven aan de hand van gegevens uit de vragenlijsten (kwantitatieve gegevens) en aan de hand van indrukken (kwalitatieve gegevens). De ervaringen van de trainers worden grotendeels beschreven met behulp van casussen. Aan het eind van het hoofdstuk doen we aanbevelingen voor de selectie van patiënten middels het 'profiel van de ideale patiënt' en geven we een 'profiel van de ideale trainer'. Daarnaast doen we aanbevelingen voor eventuele aanpassingen aan de huisbezoeken.

8.2 Ervaringen van de patiënten

8.2.1 Evaluatie van de huisbezoeken door de patiënten

Tijdens beide nametingen werd aan de patiënten een aantal vragen gesteld over hun ervaringen met de huisbezoeken (SMA-interventie). Tabel 8-1 geeft de percentages patiënten weer dat een positief antwoord gaf op de vragen.

In het algemeen hebben alle patiënten de huisbezoeken als plezierig ervaren, ook degene die aangaven er weinig of niets aan gehad te hebben. Minder dan de helft van zowel de ziekenhuis- als de huisartspatiënten had het gevoel iets of veel aan de huisbezoeken te hebben gehad. Na 4 maanden hadden al deze patiënten dit gevoel

1. In dit hoofdstuk worden uiteraard alleen de gegevens van de 49 interventiepatiënten gebruikt.

Tabel 8-1. Evaluatie van de huisbezoeken door de patiënten, in percentages

	Ziekenhuis- patiënten	Huisarts- patiënten
Algemene indruk van de bezoeken: prettig	100	96.3
iets aan de bezoeken gehad	38.1	44.4
De bezoeken aanraden aan anderen	94.4	74.1
Bezoeken niet vermoeiend	76.5	85.2
Besproken thema's niet moeilijk	83.3	66.7
Voorbeelden duidelijk	100	100
Voorbeelden van toepassing op zichzelf	52.9	40.1
Werkboek duidelijk	100	100
Herinnerde zich 4 maanden na afloop nog (redelijk) veel van het besprokene	38.9	28.0
Deed 4 maanden na afloop nog (redelijk) veel met het besprokene	25.1	8.0
Keek na 4 maanden de werkmap nog regelmatig in	16.7	8.0
Na 4 maanden nog steeds het gevoel iets aan de bezoeken gehad te hebben	38.1	44.4

nog steeds. Veertien procent van de ziekenhuispatiënten en 30% van de huisartspatiënten had het gevoel helemaal niets aan de huisbezoeken gehad te hebben. Na 4 maanden gaf een kwart van de ziekenhuispatiënten aan nog wel eens iets te doen met wat er tijdens de huisbezoeken besproken was. Van de huisartspatiënten was dit slechts 8%. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat we de indruk hebben dat een groot deel van de patiënten deze vraag zeer moeilijk te beantwoorden vond. Sommigen gaven aan de in de huisbezoeken besproken dingen altijd al wel gedaan te hebben, anderen zeiden dat ze niet konden aangeven of ze misschien toch onbewust iets van deze dingen hadden overgenomen in hun gedrag. Slechts een enkeling kon aangeven wat hij specifiek had overgenomen.

Een deel van de patiënten kon niet specifiek aangeven wat het aan de huisbezoeken gehad had, met name niet meer na 4 maanden. Hoewel deze mensen wel het gevoel hadden er iets mee opgeschoten te zijn, konden ze dit niet verder specificeren dan 'aanspraak' (d.w.z. dat er eens iemand langskwam), 'er blijft altijd wel wat hangen van zoiets' of 'het was aangenaam'. Patiënten die wél aan konden geven wat ze aan de huisbezoeken gehad hadden, noemden onder andere:

- de gesprekken over voor hen belangrijke onderwerpen;
- steun;
- zich begrepen en serieus genomen voelen;
- oplossingen vinden voor bepaalde problemen;
- praten over dingen van het leven die belangrijk zijn;

- specifieke onderwerpen uit de huisbezoeken zoals het nemen van initiatief, positief denken en investeren;
- meer gaan nadenken over bepaalde dingen en anders tegen dingen leren aankijken (bijvoorbeeld niet denken dat je iets niet kunt, maar juist aanpakken);
- assertiever geworden zijn;
- welke mogelijkheden er nog voor je zijn als je ouder wordt en beperkingen hebt;
- vertrouwen in de toekomst;
- leren dat andere mensen nog meer problemen kunnen hebben;
- dat het belangrijk is om actief te blijven;
- meer contacten aangegaan zijn.

Een groot deel van de opmerkingen betrof meer algemene aspecten van de huisbezoeken, zoals steun en een luisterend oor. Een deel van de opmerkingen betrof echter ook specifiekere onderwerpen, gerelateerd aan de thema's van de huisbezoeken. Patiënten die aangaven niets of zeer weinig aan de huisbezoeken gehad te hebben, gaven vaak als reden het allemaal al wel te weten, zelf geen moeite te hebben met wat er in de huisbezoeken besproken werd, het flauwekul te vinden, of zichzelf te jong of juist te oud te vinden voor dit soort dingen.

Bijna alle ziekenhuispatiënten en ongeveer driekwart van de huisartspatiënten zouden de bezoeken aan anderen aanraden, ook als men zelf niet het gevoel had er iets aan gehad te hebben. Veel patiënten hadden duidelijke ideeën voor wie deze huisbezoeken (wél) geschikt zou zijn: voor oudere mensen die de deur niet uitkomen, voor jongere mensen, omdat die zouden moeten leren te investeren in hun toekomst, voor mensen die eenzaam zijn, voor mensen met problemen, of voor mensen met weinig hobby's. Het lijkt er een beetje op dat men in het algemeen geneigd is de huisbezoeken vooral geschikt te vinden voor anderen, maar niet voor zichzelf.

Het grootste deel van de patiënten heeft de huisbezoeken niet als vermoeiend ervaren. Enkelenvonden de bezoeken wel inspannend, maar niemand heeft de bezoeken als té inspannend ervaren. Kennelijk zijn huisbezoeken als deze voor deze groep 'fragiele'² ouderen niet te belastend. Met name de ziekenhuispatiënten vonden de besproken thema's niet moeilijk. Van de huisartspatiënten vond ongeveer eenderde de thema's toch wel moeilijk. Een enkeling (zowel van de ziekenhuis- als van de huisartspatiënten) gaf aan dat het geheel wat boven de pet ging en dat het allemaal wat gemakkelijker zou mogen zijn.

De voorbeelden (rolmodellen in de vorm van kleine verhaaltjes) werden door iedereen duidelijk gevonden. Ongeveer de helft van de ziekenhuispatiënten en iets minder dan de helft van de huisartspatiënten vond de voorbeelden op zichzelf van toepassing.

2. Bedoeld wordt ouderen die 'frail' zijn, d.w.z. die aan ouderdom gerelateerde kwetsbaarheid (frailty) hebben.

Voor het grootste deel van de patiënten waren de voorbeelden herkenbaar. We hebben echter de indruk dat een behoorlijk aantal van hen zichzelf veel beter vond functioneren dan de mensen in de voorbeelden en dat sommige zich niet eens konden voorstellen dat ze ooit in een dergelijke situatie terecht zouden komen. Andere vonden de mensen in de voorbeelden het juist weer veel beter doen dan zichzelf. Het werkboek werd door iedereen duidelijk gevonden. Slechts enkele patiënten hadden het boek in de 4 maanden na afloop van de huisbezoeken nog regelmatig (enkele keren per maand) ingekeken en gebruikt.

Tenslotte nog een opmerking over de 'oefeningen' (opdrachten, checklists, e.d.) die tijdens de huisbezoeken gedaan werden. Hoewel de trainers met alle patiënten de oefeningen doornamen, gaf een groot deel van de patiënten bij navraag aan geen oefeningen gedaan te hebben. Het bleek dat men de oefeningen veelal niet als dusdanig zag (men herinnerde zich wel dat de trainer iets had opgeschreven in de map) of er niet mee uit de voeten kon. Maar zeer weinig patiënten schreven zelf antwoorden op. Het merendeel kon niet schrijven vanwege reumatische klachten, visusklachten of analfabetisme, of was niet gewend te schrijven. Misschien dat door alle oefeningen de huisbezoeken een te schools karakter kregen en dat dit een deel van de patiënten niet aansprak.

8.2.2 Relaties tussen de evaluatie van de patiënten en hun scores op de verschillende metingen

Om te onderzoeken of er enig verband bestaat tussen de evaluatie van de patiënten en hun voor- of achteruitgang op verschillende uitkomsten, zijn correlaties berekend tussen de verschilcores nametingen - voormeting voor deze uitkomsten en de scores op de evaluatievragen. Zo bleek dat patiënten die op korte termijn (direct na de huisbezoeken) minder fragiel geworden waren, de bezoeken vaker aan anderen aanraadden. Patiënten die het gevoel hadden meer aan de huisbezoeken gehad te hebben, bleken op korte termijn ook meer vooruit gegaan te zijn in algemene zelfmanagementvaardigheden en in de specifieke deelvaardigheid initiatief nemen. Deze patiënten waren op lange termijn (4 maanden na afloop van de huisbezoeken) meer vooruitgegaan in de deelvaardigheden initiatief nemen, investeren, positief frame, in algemene zelfmanagementvaardigheden en gevoel van controle (mastery). Zij werden ook minder kwetsbaar en beperkt in mobiliteit tijdens de huisbezoeken. Zelf een positief gevoel hebben over de huisbezoeken lijkt een relatie te hebben met wat men op de metingen laat zien. Op lange termijn bestonden nog meer van dit soort positieve verbanden, bijvoorbeeld tussen zich nog veel herinneren van de bezoeken en afname van psychische klachten, of tussen aanraden aan anderen en vooruitgang in het nemen van initiatief en gevoel van controle (mastery). Hoewel niet uitgesloten kan worden dat deze verbanden door andere factoren veroorzaakt worden, geven ze toch een indicatie dat er een positieve relatie is tussen eigen ervaringen met de huisbezoeken en de scores op de uitkomstmaten. Patiënten die het gevoel hebben veel aan de huisbezoeken gehad te hebben, zijn kennelijk meer klaar voor en bereid tot verandering, en intrinsiek gemotiveerd. Uit de literatuur is voldoende bekend dat deze patiënten ook meer reageren op interventies [zie bijvoorbeeld 1-4].

Naast deze verbanden tussen eigen evaluatie en uitkomstmaten is ook gekeken of er samenhang bestaat tussen de eigen evaluatie en leeftijd, geslacht, burgerlijke status, frailty en het soort patiënt dat men was (ziekenhuis- of huisartspatiënt). Er bleken vooral duidelijke (en statistisch significante) verbanden te zijn met leeftijd: hoe ouder men was, hoe minder men het gevoel had er iets aan gehad te hebben (zowel op korte als op lange termijn), hoe minder men de bezoeken aan anderen zou aanraden, hoe minder men zich nog herinnerde na 4 maanden en hoe minder vaak men in de map keek. Een ander significant verband was dat tussen frailty en het gevoel er iets aan gehad te hebben. Patiënten die na 4 maanden nog steeds het gevoel hadden baat gehad te hebben bij de huisbezoeken, waren bij aanvang van de studie kwetsbaarder. Misschien dat zij door hun frailty meer behoefte hadden aan de huisbezoeken. Deze relatie lijkt tegengesteld aan de relatie met leeftijd. Men zou verwachten dat oudere patiënten fragieler zijn en dat leeftijd en frailty daarom dezelfde relatie zouden hebben met deze vraag. Het blijkt echter dat er maar weinig samenhang bestaat tussen leeftijd en frailty in deze groep en dat patiënten van 75 jaar of jonger gemiddeld fragieler zijn dan patiënten ouder dan 75. De gevonden relaties lijken hiermee niet tegengesteld te zijn. Hoewel leeftijd meer significante verbanden vertoonde met de evaluatie van de patiënten dan mate van frailty, denken we toch dat de negatieve evaluaties van patiënten eerder veroorzaakt worden door een lage mate van frailty dan door een hoge leeftijd. Een belangrijke indicatie hiervoor is de reeds genoemde schijnbare tegenstelling tussen de verbanden met frailty en leeftijd, en de lagere mate van frailty bij oudere oudere patiënten. Daarnaast zou de hoge leeftijd zelf nog een rol kunnen spelen. Een aantal van de oudere ouderen gaf aan dat 'dat gedoe niets is voor zulke oude mensen' en dat je toch niet meer kunt veranderen 'als je al zo oud bent'. Hoewel dit één van de onderwerpen was waaraan tijdens de huisbezoeken aandacht werd besteed, lijkt het hier toch om een moeilijk te veranderen gedachte te gaan.

8.2.3 Aanwijzingen voor selectie van patiënten

Uit de evaluatie van de patiënten en de verbanden met uitkomstmaten en kenmerken kunnen we enkele aanwijzingen halen voor de selectie van patiënten voor de huisbezoeken. De belangrijkste aanwijzing is dat patiënten zélf het gevoel moeten hebben dat ze deze huisbezoeken nodig hebben, vanwege hun frailty of om andere redenen. Men moet intrinsiek gemotiveerd en klaar zijn voor verandering [1,2,5,6]. Het puur preventief aanbieden van de huisbezoeken, wanneer men zelf vindt dat alles goed gaat, lijkt minder zinvol. Wanneer patiënten zich duidelijk niet tot de doelgroep van de huisbezoeken vinden behoren, is het moeilijk hen ervan te overtuigen dat ze wel tot deze doelgroep behoren. Dat kan er juist toe leiden dat patiënten dwars worden en meer weerstand opbouwen [6].

8.3 Ervaringen van de trainers

8.3.1 Evaluatie van het doen van de huisbezoeken

Beide trainers gaven aan dat het doen van de huisbezoeken een leuke, maar soms ook vermoeiende klus was. Met name het ‘vertalen’ van de verschillende thema’s naar het niveau van de betreffende patiënt en het steeds aansluiting zoeken bij de leefwereld van de patiënt konden lastig zijn. De trainers hadden een hoge mate van flexibiliteit en een groot improvisatievermogen nodig. Wanneer patiënten gemotiveerd waren, hadden de trainers het gevoel veel te kunnen bereiken met de huisbezoeken. Het continu blijven motiveren van de patiënten was één van de belangrijkste taken van de trainers. Goede communicatieve vaardigheden waren van belang. De trainers vonden dat voor het doen van de huisbezoeken meer nodig was dan alleen een goed luisterend oor. Juist het kunnen bieden van alternatieven voor problemen bleek van grote waarde.

Het bleek lastig om patiënten aan de oefeningen te krijgen. Men vond het veelal te schools, kon niet schrijven of was niet te motiveren om echt zélf zulke oefeningen te doen. Samen een oefening doen – dat wil zeggen, samen nadenken over de oefening, waarna de trainer het opschreef – werkte wel. Ook wat betreft de ‘huiswerk oefeningen’ (oefeningen die men voor de volgende keer moest doen) bleken veel patiënten wel te bewegen iets af te spreken of iets te doen, maar niet volgens het stramien van het werkboek. Het doen van alle oefeningen was wat te hoog gegrepen en sloot misschien niet aan bij de stijl van de patiënten. Het vooraf geven van de samenvattingen van het volgende huisbezoek, zodat men die alvast kon doorlezen en voorbereid aan een bezoek kon beginnen, vonden de trainers daarentegen vaak goed werken.

Met name de thema’s verkeerde gedachten opsporen, het nemen van initiatief en evaluatie hiervan (inclusief het maken van een stappenplan), en investeren, vonden de trainers bepalend voor de huisbezoeken. Het waren de thema’s waar de trainers het meeste mee konden, die ook het meest relevant leken voor veel patiënten en die het beste werden onthouden. Het thema verkeerde gedachten opsporen vonden de meeste patiënten overigens wel moeilijk en het was aan sommige lastig uit te leggen. Thema’s die minder goed aan leken te sluiten, waren ‘twee vliegen in één klap slaan’ (multifunctionaliteit), ‘niet alles op één paard wedden’ (niet te veel multifunctionaliteit) en ‘ergens trots op zijn’ (status).

Tenslotte gaven de trainers aan dat intrinsiek gemotiveerd zijn voor de huisbezoeken bij de patiënten van groot belang was. Dit kwam al uit de evaluatie van de patiënten zelf naar voren, maar werd ook door de trainers geobserveerd. Met wie wilde, kon veel meer bereikt worden. Dit lijkt een enigszins triviale observatie en is ook een bekend gegeven [zie bijvoorbeeld 2,5,6], maar voor de patiëntselectie is deze observatie wel van groot belang. De studie ging ervan uit dat wanneer patiënten een bepaalde mate van frailty hadden, ze problemen zouden ervaren die ze ook zouden willen oplossen. Dit lijkt niet altijd een correcte aanname te zijn. Een eigen ‘hulpvraag’ (intrinsieke

motivatie) lijkt minstens zo'n belangrijke factor en is niet automatisch voorhanden wanneer men fragiel is. Bovendien is lang niet iedereen die fragiel is ook klaar voor en bereid tot verandering, noch ervan overtuigd dat verandering goed zou zijn.

8.3.2 Patiënten voor wie de huisbezoeken zeer geschikt waren

Voor de patiënten in de onderstaande drie casussen waren de huisbezoeken zeer geschikt en succesvol.³

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Dagonderzoekcentrum Geriatrie AZG
Persoonlijke gegevens	83-jarige vrouw, gehuwd
Sociale gegevens	Voor pensionering gewerkt als apothekersassistente. Echtgenoot werkte als zelfstandige in de confectiebranche.
Relevante voorgeschiedenis	COPD, Atriumfibrilleren. Forse Maculadegeneratie ODS met zeer beperkte visus. Patiënte kan alleen lezen met behulp van een loepbeeldscherm. Sinds enkele jaren in toenemende mate aanvalsgewijs optreden van pijnklachten in de nek-schoudergordel, doortrekkend naar het achterhoofd.
Gegevens partner	Somatisch, de laatste jaren regelmatig problemen verband houdend met een zwak hart. Regelmatig gedecompenseerd. Ten tijde van de huisbezoeken werd de partner opgenomen in het ziekenhuis vanwege een myocard infarct, waarvoor hij een dotterbehandeling onderging met inbrengen van 2 stents. Voorgaande jaren behandeling van een prostaatacarcinoom.
Woonsituatie	Echtpaar woont in een ruime, smaakvol ingerichte aanleunwoning in een dorp en kan zich grotendeels zelfstandig redden.
Maaltijdvoorziening/Hulp	Er is particuliere huishoudelijke hulp. De warme maaltijd wordt verzorgd door Tafeltje Dekje.
Hobby's	Patiënte kan vanwege haar slechte visus moeilijk lezen, maar doet dit nog wel graag. Corresponderen is haar grootste hobby. Voorts luistert zij naar aangeleverde gesproken boeken en de radio. Zij blijkt opmerkelijk goed op de hoogte van alle ontwikkelingen in het wereldgebeuren en heeft hierover een uitgesproken eigen mening. Zij gaat graag met haar echtgenoot een wandeling maken en dan ergens in het dorp koffie drinken. Ook probeert zij goede sociale contacten te onderhouden met vrienden en kennissen.

3. Zie Appendix VI voor een verklaring van medische termen.

GFI-score	5
Beperkingen	Zelfstandig boodschappen doen kan niet meer vanwege slechte visus. Zelfstandige mobiliteit buitenshuis beperkt vanwege slechte visus. Gewichtsafname zonder aanwijsbare oorzaak. Klachten van somberheid de laatste tijd, veroorzaakt door pijnklachten in nek-schoudergordel waarvoor geen duidelijke oorzaak.
Grootste beperkende factor	Visusstoornis waardoor zelfstandig functioneren zonder partner bijna onmogelijk is geworden. De pijnklachten in nek-schoudergordel spelen hierbij een secundaire rol.

BESPREKING HUISBEZOEKEN. Alle contacten vonden plaats in de eigen woonsituatie. Zowel patiënte als partner zijn uiterst gastvrij tijdens mijn bezoeken. Patiënte vertelt hoge verwachtingen te hebben van de huisbezoeken en hoopt er haar voordeel mee te doen.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. Regelmatig heeft patiënte het gevoel, mede gezien haar leeftijd en de beperkte visus, lichamelijk achteruit te gaan en onzekerder te worden. De pijnklachten die zij heeft, versterken dit gevoel. Zij slaapt vaak slecht en piekert over het feit dat aan de klachten niets gedaan kan worden. Aan de andere kant is zij toch ook optimistisch over de dingen die zij nog wel kan. Er is sprake van evenwicht in mogelijkheden en beperkingen, maar deze balans is eigenlijk heel wankel en kwetsbaar.

POSITIEF DENKEN. Patiënte is zeer goed in staat om aan negatieve gevoelens een positieve kant te ontdekken. Zij is keer op keer, wanneer zij geconfronteerd wordt met haar beperkingen, in staat in te zien dat het de ene dag beter zal gaan dan de andere dag. Zij is afhankelijk van hulp van haar echtgenoot bij dagelijkse activiteiten. Zo zorgde de plotselinge opname van haar echtgenoot in het ziekenhuis, wegens cardiale problemen, voor een geheel nieuwe situatie. Patiënte stelde mij van de gebeurtenis op de hoogte en ik had tussen de huisbezoeken door enkele malen telefonisch contact met haar. Zij bleek zeer bezorgd over de toestand van haar echtgenoot, maar was resoluut in haar optreden. Zo regelde zij haar vervoer van en naar het ziekenhuis en wilde dat de huisbezoeken op afgesproken tijdstippen doorgang vonden. Het was opmerkelijk hoe zij, ook toen er sprake was van kritieke situaties van haar echtgenoot, de zaken bleef regelen en dagelijks aan zijn zijde aanwezig was. Ook zij zelf beseft tot hoeveel zij in staat bleek te zijn.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. De afhankelijkheid die zij in eerste instantie toonde ten opzichte van haar echtgenoot in haar doen en laten veranderde mede door de huisbezoeken in kordaat optreden en prioriteiten stellen. Zij regelde alle zaken en had duidelijk planmatig gedacht. De onzekerheid veranderde in meer vertrouwen krijgen in eigen kunnen. Wel waren er obstakels op haar weg die zij soms maar liet voor wat ze waren. Achteraf was zij trots op wat zij toch zelfstandig had ondernomen.

Na terugkeer uit het ziekenhuis van haar echtgenoot, die een dotterbehandeling onderging, was deze trots op haar en dit deed patiënte goed. Een enkele keer heb ik praktische hulp geboden door bijvoorbeeld haar loeplampje te repareren, zodat zij binnenshuis haar verwarmingsthermostaat kon afstellen en kon zien of bijvoorbeeld keukenapparatuur op de juiste wijze was uitgezet.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Hoewel zowel patiënte als haar echtgenoot kwetsbaar zijn, proberen beide de blik op de toekomst te richten. Zij proberen wanneer het enigszins mogelijk is erop uit te gaan, al is het vaak maar voor een korte wandeling. Ze gaan naar het dorp om inkopen te doen en combineren dit meestal met een kopje koffie drinken ergens. Wanneer ze te moe zijn, gaan ze met een taxi terug. Zij zijn sterk in het onderhouden van contacten met vrienden, familie en bekenden zowel in binnen- als buitenland. Ook hebben zij de laatste tijd, op aanraden van de medewerkers van het Dagonderzoekcentrum Geriatrie, contacten gelegd met de slechtienden organisatie Visio.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOEKEN. Bij aanvang van de huisbezoeken bestond er een wankel evenwicht tussen de mogelijkheden en de beperkingen van patiënte. Haar klachten (beperkte visus) en de daarmee samenhangende beperkte zelfredzaamheid in en om huis maakten haar onzeker. Haar echtgenoot was altijd een grote steun voor haar in het nemen van beslissingen. Toen deze wegens ziekenhuisopname wegviel in de thuissituatie, bleek zij op uitnemende wijze met behulp van de aangeleerde theorie in staat zich te redden. Zij profileerde zich als een zelfstandige vrouw die meer vertrouwen kreeg in eigen kunnen. Zij was achteraf trots op waartoe zij in staat was. Ook het continueren van de huisbezoeken in deze moeilijke periode toont hoe belangrijk zij dit achtte. Wel heb ik een aantal bezoeken extra verricht om (zonder interventie) haar problemen aandacht te geven.

Een bijkomend succes was dat er een betrekkelijk eenvoudige oorzaak voor haar nekklachten bleek te bestaan. In eerste instantie heb ik overwogen om via de huisarts een fysiotherapeut in te schakelen daar de klachten in toenemende mate bewegingsbeperkingen veroorzaakten. Toen ik ontdekte hoe zij met name 's nachts ook klachten had, heb ik haar gevraagd te laten zien hoe zij gewoonlijk in bed lag. Met name haar houding in bed riep bij mij vragen op. Zij lag meestal op haar zij. Het bed was in orde, maar zij ondervond geen goede steun aan hoofd en nek. Het kussen was veel te plat en te zacht, zodat zij een verkeerde anatomische houding aannam. Bij vervanging van haar kussen door een orthopedisch kussen bleken de klachten na enkele dagen sterk verminderd en na een paar weken geheel te zijn verdwenen.

De patiënte uit deze casus was in alle opzichten een zeer geschikte kandidate voor de huisbezoeken. Zij had weliswaar reële beperkingen, maar daarnaast ook voldoende mogelijkheden. Bovendien was zij intelligent, beschikte over een hoge mate van zelfinzicht en had een zeer positieve houding. De zelfmanagementvaardigheden van deze patiënte leken op zich goed in orde, maar zij kon wel een extra 'zetje' gebruiken. Met name op het gebied van vertrouwen in eigen kunnen hadden de huisbezoeken haar nog veel te bieden. Deze patiënte was ook duidelijk intrinsiek gemotiveerd – het ging niet erg goed met haar, en zij wilde hieraan graag iets verbeteren. Omdat er ook voldoende mogelijkheden tot verbetering waren, leidden de steun en het inzicht die door de huisbezoeken gegeven werden hier tot succes.

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Dagonderzoekcentrum Geriatrie AZG
Persoonlijke gegevens	77-jarige vrouw, weduwe sinds enkele maanden
Sociale gegevens	Echtgenoot werkte in plaatselijke melkfabriek. Er zijn 2 kinderen die in de buurt wonen: 1 zoon, 1 dochter en 5 kleinkinderen.
Relevante voorgeschiedenis	Hypertensie, reflux oesophagitis, coxarthrosis, totale heuparthroplastiek rechts. Na heupoperatie delirant geweest. Slechte visus met beiderzijds cataract.
Woonsituatie	Boerderijtje ten westen van de stad Groningen. Patiënte woont alleen na het overlijden van haar echtgenoot. Zij slaapt op de begane grond. Rondom de woning is een grote tuin.
Maaltijdvoorziening/Hulp	Patiënte doet de boodschappen zelfstandig en kookt zelf. Er komt wekelijks particuliere hulp voor huishoudelijke werkzaamheden.
Hobby's	Patiënte heeft graag contacten in het verenigingsleven. Tevens houdt zij van tuinieren en planten verzorgen.
GFI-score	6
Beperkingen	Visusklachten vormen een grote beperking voor haar zelfstandig functioneren. Gebruik van meerdere soorten medicatie (duidend op comorbiditeit). Ervaren van leegte om haar heen na overlijden echtgenoot. Somberheidsklachten. Nervositeit en angstklachten.
Grootste beperkende factor	Na overlijden man depressieve klachten en de laatste tijd in toenemende mate visuele hallucinaties. Patiënte ziet vreemde mannen in de voorkamer zitten die zij niet kent. Als zij erop afstapt zijn deze mannen verdwenen. Deze verschijnselen maken haar erg angstig en stemmen haar somber. Zij is bang dement te worden en voor gek versleten te worden.

BESPREKING HUISBEZOEKEN.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. Op het Dagonderzoekcentrum werd uitvoerig gekeken naar de klachten van depressieve aard en de visuele hallucinaties. Behandeling met neuroleptica had onvoldoende resultaat tot dusverre. Zij werd in deze fase enkele malen gezien door de GGZ. Patiënte werd in toenemende mate angstig en belde vaak met de kinderen omdat zij de beelden niet kon verklaren. Ze waren er in haar beleving, maar zij wist dat ze niet op realiteit berustten. Mogelijk speelde de slechte visus een rol in het geheel. Zij probeerde steeds weer te denken dat het niet bestond dat er vreemde mannen op haar bank zaten. Op het dak van de burens zag zij de schoorstenen aan voor mannen.

Zij was heel erg bang dat de beelden nooit meer zouden weggaan en dat dit het begin van het einde voor haar zou betekenen. Het verdriet om haar overleden man versterkte deze gevoelens. Ook durfde patiënte eigenlijk niet voor langere tijd de deur uit daar zij bang was dat haar man toch terug zou komen en een dichte deur zou aantreffen.

We hebben tijdens de huisbezoeken uitgebreid stilgestaan bij de actuele problematiek die patiënte ervoer. Zij sprak er graag over en hoopte dat er medicamenten zouden bestaan die haar weer beter konden maken. Om haar te overtuigen dat zij niet dement was, heb ik een eenvoudig cognitief functieonderzoek bij haar gedaan. Zij scoorde optimaal hierop.

POSITIEF DENKEN. Dit wilde patiënte steeds proberen, maar de somberheid en de hallucinaties hadden vaak de overhand. Zij heeft op mijn aanraden geprobeerd haar verdriet een plaats te geven in haar dagelijks leven. Tot dusverre beheerste dit haar hele dag en kon zij tot niets komen. We hebben heel eenvoudig een moment genomen na de middagmaaltijd waarop zij altijd in haar stoel voor het raam zat om wat uit te rusten. In die periode kon zij goed nadenken over haar verdriet en haar tranen de vrije loop laten. Zij heeft dit wonderbaarlijk goed gedaan en was dan meestal na een uur weer in staat haar dagelijkse dingen te doen. Ik moet vermelden dat patiënte inmiddels met beter resultaat behandeld werd voor haar somberheidsklachten en hallucinaties.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. Patiënte is langzaam aan weer initiatief gaan nemen om naar de bejaardensoos te gaan. Diverse kerkelijke bijeenkomsten gaven haar steun, evenals het bezoek van de predikant. De afleiding die zij kreeg was zeer welkom en soms had zij het moeilijk weer naar huis terug te keren en alleen te moeten zijn.

Het vertrouwen dat zij weer zelfstandig kon functioneren, groeide langzaam. De ene dag ging het beter dan de andere dag. Af en toe was zij radeloos wanneer alles op haar afkwam. Zij liet dan bijvoorbeeld de hele dag de pannen op het gas staan omdat haar man wel eens thuis zou kunnen komen.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Het was moeilijk voor haar om toch dingen te ondernemen die goed voor haar waren. Zij heeft erg haar best gedaan om structuur in haar dagelijks leven te brengen en er op uit te gaan met vrienden en kennissen. Zij was erg blij dat mensen haar serieus namen en dat zij kon praten over haar problemen. De huisbezoeken (een groter aantal dan gepland) hebben haar zeker steun gegeven. De kinderen hebben haar waar nodig, soms dagelijks, bijgestaan met raad en daad.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOeken. Deze huisbezoeken waren een moeilijke opgave. Veel medische problemen speelden, naast rouwverwerking, een grote rol. In eerste instantie heeft de GGZ zich kort met haar bemoeid. Het bezoek aan het Dagonderzoekcentrum was aanleiding tot starten van de huisbezoeken. Enkele malen konden de modules niet worden gegeven daar zij radeloos en soms echt in paniek was. Patiënte werd ook door de klinisch geriater poliklinisch gevolgd. De medicatie werd gesaneerd en langzaam trad verbetering op. In het begin leken de beelden op illusionaire vervalsingen. In later stadium werden zij geduid als Charles Bonnet syndroom. In hoofdlijnen zijn de huisbezoeken een ondersteuning geweest voor patiënte. De rouwverwerking heeft een plaats in haar leven gekregen zodat de rouw haar niet verstikte en eenzaam maakte. Ik denk dat zonder de hulp van het Dagonderzoekcentrum, de polikliniek en de huisbezoeken patiënte verder achteruit zou zijn gegaan en dat zij zeker voor behandeling naar een psychiatrisch centrum zou zijn verwezen.

Bij deze patiënte hadden de huisbezoeken een duidelijk preventief effect: voorkomen van erger. De huisbezoeken lijken vooral gewerkt te hebben door het aanspreken van een aantal zelfmanagementvaardigheden, maar zeker ook door de steun en de hulp bij de rouwverwerking die door de trainer geboden werden. Het thema rouwverwerking is bij deze patiënte extra toegevoegd aan de huisbezoeken, omdat het niet zo expliciet aan de orde komt in de huisbezoeken, maar voor haar wel van groot belang bleek. Deze patiënte had met name beperkingen op psychosociaal gebied en deze bleken grotendeels goed te beïnvloeden. De lichamelijke beperkingen waren moeilijker te beïnvloeden. In deze casus vormden de huisbezoeken een extra ondersteuning bij de reguliere behandeling.

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Huisartspraktijk
Persoonlijke gegevens	66-jarige vrouw, gehuwd
Sociale gegevens	Echtpaar is enkele jaren geleden hier komen wonen. Woonde voorheen in de provincie Utrecht. Man had een goede betrekking als manager van een middelgroot advocatenkantoor. Er zijn 3 kinderen. Één dochter woont in de buurt. Twee zonen, waar nauwelijks contact mee bestaat, wonen in het centrum van het land. Vroeger bestond er een hechte band in het gezin. Nu hebben de 2 zonen ook nauwelijks meer contact met hun zuster. Er bestaan weinig contacten met de Groningse samenleving. De reden daarvan is onder andere dat patiënte kort na de verhuizing ernstig ziek werd.
Relevante voorgeschiedenis	Patiënte is langere tijd bekend met hypertensie, 30 jaar geleden een cholecystectomie. Ook langere tijd Diabetes Mellitus type II. In 2002 werd zij geopereerd aan een goedaardige hypofyse tumor. Haar klachten bestonden uit een snel achteruitgaande visus. Momenteel is 1 oog nagenoeg blind en het andere oog is slecht. Forse adipositas.
Woonsituatie	Prachtig gelegen, vrijstaande, verbouwde boerderij met diverse schuren erachter. Grote tuin met oprijlaan naar de woning toe. De woning is zo verbouwd dat enkele slaapkamers op de begane grond zijn gesitueerd.
Maaltijdvoorziening/Hulp	Patiënte doet samen met haar echtgenoot de boodschappen en kookt zelf.
Hobby's	Schilderen, bridgen en aquarelleren
GFI-score	4

Beperkingen	Zeer matige inspanningstolerantie, mede gezien forse adipositas. Slechte visus beperkt haar in haar hobby's. Een groot probleem is het wegvallen van het contact met een van haar zonen. Via een oproep in de media is getracht ten tijde van de operatie aan de hypofyse contact met hem te krijgen. Hij is korte tijd langs geweest, maar wil geen contact met de ouders hebben. Een oorzaak is niet gevonden. Het wonen in het noorden is, gezien de beperkte contacten die zij heeft, tegengevallen. Het echtpaar trekt er graag op uit om vrienden uit de vorige woonomgeving op te zoeken.
Grootste beperkende factor	Slechte mobiliteit, snel vermoeid en geen zin iets te ondernemen. Draait in een cirkel rond en komt er niet goed uit.

BESPREKING HUISBEZOEKEN.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. Wil graag wat meer bewegen en lopen. Het lukt allemaal niet zoals zij wil. Zij wordt snel moe van het werk in huis en een korte wandeling zou allerlei klachten van rugpijn en pijn in de liezen geven. Zij probeert het eigenlijk niet meer, zit een beetje in de stoel en komt niet tot activiteiten. De gedachte dat het toch niet lukken zal, zit haar duidelijk in de weg. Hierbij komt natuurlijk ook haar stemmingsprobleem, dat na enige tijd duidelijk wordt. Het wegvallen van het contact met een van haar zonen zit haar dwars. Zij weet niet wat er voorgevallen is waardoor het contact niet meer bestaat. Zij voelt zich in het noorden niet erg op haar gemak daar zij weinig contacten heeft en voorheen in allerlei groepen actief was.

We hebben deze problemen uitvoerig besproken. De echtgenoot was dankbaar dat de gevoelige snaren werden geraakt bij zijn vrouw. Hij wil niets liever dan met haar wandelen en van alles ondernemen. Hij krijgt haar echter niet uit de stoel. Ik heb patiënte aangeraden te proberen eerst kleine stukjes in en om het huis te gaan lopen en dit verder uit te breiden. Zij winkelt graag en ik raadde haar aan eens een wandeling te maken in het nieuwe winkelcentrum van Winschoten waar het op dat ogenblik uitverkoop was. Zij heeft dit samen met haar man gedaan en kwam tot de conclusie dat zij meer kon dan zij dacht. Ook heeft zij meer aandacht besteed aan haar eetgedrag. Zij kookt nu verstandiger en minder vet. Ook allerlei tussendoortjes behoren nu tot het verleden. De echtgenoot heeft veel beweging in en om het huis. Hij is blij dat zijn vrouw weer meer buiten de deur komt.

POSITIEF DENKEN. Het negatieve denken veranderde snel in een meer positieve vorm. Dit positieve denken gaf haar duidelijk steun om door te gaan waarmee zij bezig was. Zo hoopte zij weer te kunnen gaan fietsen. Het is de vraag in hoeverre haar visus dit mogelijk maakt, maar lichamelijk is zij hier wel toe in staat. Het positief denken heeft gezorgd dat zij meer structuur in haar dagritme aanbrengt. Samen met haar man bespreekt ze 's avonds wat ze de volgende dag gaan ondernemen. Zij is in het dorp gaan kijken of er bepaalde groepen actief zijn waaraan zij zou kunnen deelnemen.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. Eigenlijk nam patiënte in de situatie voor de huisbezoeken geheel geen initiatief meer. Zij liet alles op zich afkomen en de dagen hadden geen variatie en inhoud voor haar. De echtgenoot had het hier heel moeilijk mee, daar hij zijn dagen altijd goed had gepland. Het langzaam aan plannen en structuur geven aan haar leven en dagbesteding gaf haar meer vertrouwen. Al binnen enkele weken kwam zij tot de conclusie dat zij best aardig kon wandelen en er ook nog van kon genieten. Zij voelde zich innerlijk rustiger en was blij dat de huisarts, die haar bloeddruk gemeten had, haar vertelde dat de bloeddruk gedaald was. In het dorp heeft zij zich aangesloten bij de bridgeclub, waar zij veel nieuwe, leuke contacten heeft opgedaan.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Het is duidelijk dat patiënte ten tijde van de huisbezoeken veel dingen heeft ondernomen waardoor zij zich prettiger is gaan voelen. Zij ziet in dat de cirkel doorbroken is en dat zij tot veel dingen in staat is waarvan zij eerst dacht dat ze die niet meer kon. Er is een wereld voor haar opengegaan. Zij is resoluut van plan haar activiteiten voort te zetten.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOEKEN. De huisbezoeken kwamen voor deze patiënte precies op het juiste moment. Zij was terechtgekomen in een cirkel waar zij niet meer zonder hulp uit kon komen. Haar wereld had zich verengd en bestond eigenlijk alleen nog maar uit haar stoel voor de kachel en de televisie. Zij had duidelijk de indruk dat er geen mogelijkheden meer voor haar waren. Zij kon ook niet meer genieten van de omgeving en haar huis. Zij was niet duidelijk depressief maar wel somber gestemd.

De onderwerpen in de diverse modules sloten voor haar heel mooi bij elkaar aan. Het doorbreken van de cirkel was niet gemakkelijk. Zij was moeilijk te overtuigen en kwam steeds terug op haar lichamelijke problemen na de operatie aan de hypofyse. Toen snel bleek dat zij tot meer in staat was dan zij tot dusverre had ondernomen, verdwenen deze gedachten. Een bijkomende positieve factor was het omlaag gaan van haar bloeddruk. Het probleem in de relatie met vooral de ene zoon heb ik niet verder kunnen uitdiepen. Ik denk dat de oorsprong al vele jaren terug ligt. Misschien is zij nu beter in staat over de dingen na te denken en zelf initiatief te nemen tot herstel van het contact. Met de dochter die vlakbij woont, is het contact na de huisbezoeken alleen maar verbeterd. Patiënte ontvangt nu enkele malen per week haar kleinkinderen wanneer de dochter bepaalde zaken moet regelen. Dit was tevoren niet zo. Dan was de dochter genoodzaakt een oppas te nemen. Een maand na afsluiting van de huisbezoeken zag ik patiënte samen met haar kleinkinderen door het dorp heen wandelen.

Deze casus is wederom een 'successtory'. Hoewel deze patiënte een relatief lage GFI-score had (een 4) in vergelijking met andere patiënten, waren er toch voldoende aangrijpingspunten voor de huisbezoeken. Deze patiënte had nog veel mogelijkheden en relatief weinig beperkingen. Een aantal van haar zelfmanagementvaardigheden was duidelijk niet optimaal en kon wel 'een zetje' gebruiken. De huisbezoeken konden haar met succes dit zetje geven. Patiënte zat in een fase waarin het niet goed met haar ging en zij hier graag iets aan wilde doen. Zij was klaar voor en intrinsiek gemotiveerd om te veranderen.

8.3.3 Patiënten bij wie de huisbezoeken zeer moeilijk toe te passen waren

Bij de patiënten in de onderstaande twee casussen was het uitvoeren van de huisbezoeken slecht mogelijk.

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Huisartspraktijk
Persoonlijke gegevens	71-jarige man, gehuwd, 2 kinderen in onmiddellijke nabijheid woonachtig
Sociale gegevens	Patiënt was vroeger fietsenmaker, hierna heeft hij gewerkt als lasser op een scheepswerf. Later heeft hij gewerkt bij de Gasunie te Groningen. Hij maakte lange dagen van meestal meer dan 14 uur en dat vaak 7 dagen per week. Hij werd op zijn 43 ^e jaar afgekeurd vanwege longproblemen. Hierna heeft hij nog veel klussen kunnen doen in en om zijn woning. Metaal bewerken is zijn grootste passie.
Relevante voorgeschiedenis	Groot myocardinfarct 9 jaar geleden bij bestaande ernstige COPD. Pneumothorax, Diabetes Mellitus type 2. Momenteel nachtelijke zuurstofbehoefte. Zeer beperkte inspanningstolerantie. Kan soms niet eens een paar stappen doen om dan in ademnood met alle hulpademhalingspijpen nog een beetje lucht te verkrijgen.
Woonsituatie	Mooie, ruime, vrijstaande bungalow met praktisch aangelegde tuin. Alle ruimtes zijn op de begane grond. Zij wonen hier ongeveer 30 jaar.
Maaltijdvoorziening/Hulp	Echtgenote is goed gezond en regelt alle huishoudelijke taken. Samen worden de boodschappen gedaan.
Hobby's	Patiënt wil het liefst met zijn handen bezig zijn en zou graag samen met zijn zoon een boot bouwen. Autorijden doet hij graag en heeft dan meestal opmerkelijk weinig benauwdheidsklachten.
GFI-score	7
Beperkingen	Zelfstandig boodschappen doen gaat niet meer vanwege zeer matige inspanningstolerantie. Zelfstandig buitenshuis rondlopen - idem. Zelfstandig aan- en uitkleden lukt meestal niet meer. Onvoldoende fitheid. Laatste half jaar in gewicht afgenomen zonder aanwijsbare oorzaak. Multimediatie gebruik (co-morbiditeit). Soms gevoel van angstig zijn en nervositeit.

Grootste beperkende factor

Van alles willen ondernemen en gezien de grote lichamelijke beperkingen nergens meer toe in staat. Aan huis gebonden. Zou graag naar bijeenkomsten gaan in het dorp maar kan daar niet heen wegens rookgedrag van anderen. Ook vrienden van vroeger komen niet meer bij hem thuis.

BESPREKING HUISBEZOEKEN.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. "Ik ben ziek en kan niets meer". Deze gedachte zit patiënt in de weg. Hij heeft het er moeilijk mee weinig meer te kunnen ondernemen. De gedachte maakt hem soms somber en nerveus. Wanneer je er met hem zo over praat, zijn dit reële problemen. Hij kan werkelijk niet meer. Zijn hobby's liggen op het gebied van werken en bezig zijn. Er zijn weinig alternatieven gevonden waarmee hij zich bezig kan houden binnenshuis. Als voorbeeld hebben wij gesproken over modelbouw van schepen, wat hij in alle rust thuis aan tafel zou kunnen doen. Aanvankelijk voelde hij hier niet veel voor, maar zou toch overwegen hier serieus over na te denken.

POSITIEF DENKEN. Ondanks de grote beperkingen was hij eigenlijk toch bij ieder bezoek in staat positieve kanten te zien bij alle narigheid. De benauwdheidsklachten die hij heeft, hebben veel te maken met de weersgesteldheid en variëren van dag tot dag. Hij ziet bij een slechte dag uit naar een dag waarop hij zich beter voelt. Hij heeft gedeeltelijk aanvaard dat er weinig verbetering in zijn toestand kan worden verwacht.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. Geestelijk gezien wil hij veel ondernemen en het frustrereert hem regelmatig dat hij zijn doel niet kan bereiken. Hij weet waartoe hij vroeger in staat was en wat hij nu niet meer kan. Zijn mogelijkheden zijn uiterst beperkt. Het accepteren van wat nu niet meer lukt, maakt hem terecht soms inwendig boos en verdrietig. Hij ziet in dat het niet anders is en probeert toch van het leven nog iets te maken.

DE JUISTE DINGEN DOEN OM ZO AANGENAAM MOGELIJK TE KUNNEN LEVEN - COMFORTABEL LEVEN/ LEUKE KONTAKTEN MET ANDEREN/ERGENS TROTS OP ZIJN. De woonomgeving is comfortabel en enigszins aangepast voor patiënt. Hij eet en drinkt voldoende en probeert zo goed mogelijk om te gaan met zijn lichamelijk ongemak. Via de huisarts is een rollator besteld, zodat hij zich toch een beetje buitenshuis kan verplaatsen. De contacten met familieleden zijn goed. Hij ziet zijn kinderen en kleinkinderen regelmatig. Vrienden komen niet veel meer langs, volgens patiënt omdat zij niet kunnen roken in de woning. Volgens de echtgenote is dit niet geheel juist, maar weten zij niet om te gaan met de problemen die patiënt heeft.

Zijn echtgenote doet nog enkele dagdelen per week vrijwilligerswerk, deels als afleiding. Zij betekent veel voor patiënt. Wanneer zij door ziekte of andere problemen zou uitvallen, dan zou hij aangewezen zijn op volledige verzorging in een verpleeghuis. Patiënt is trots op wat hij vroeger heeft kunnen doen en laat graag foto's zien van werken die hij gemaakt heeft.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Patiënt probeert de beperkte dingen die hij nog kan te onderhouden. Hij gaat niet bij de pakken neerzitten. Hij is zeer gesteld op de goede verhoudingen binnen zijn naaste familie. Hij praat graag met zijn zoon over zijn ervaringen en kwaliteiten. De zoon op zijn beurt vertelt nog iedere dag dingen van hem te leren. De zoon probeert hem te helpen waar mogelijk. Zo maakten vader en zoon tekeningen voor een nieuwe ijzeren omheining van hun tuin met mooie smeedijzeren hekken. Patiënt tekende het voorstel en zoon werkte het plan uit. Hij was zeer blij dat het werk op deze manier kon worden gerealiseerd.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOeken. 71-jarige man met ernstige COPD, status na groot myocardinfarct, pneumothorax en bekend met Diabetes Mellitus type II. Ernstige lichamelijke beperkingen ten gevolge van een zeer matige inspanningstolerantie. In vroeger tijden zeer actief geweest en lange werkdagen gemaakt. Nu grotendeels veroordeeld tot thuis zitten. Heeft zijn beperkingen voor een deel kunnen accepteren, maar heeft het er moeilijk mee dat hij veel wil en niets meer kan. Hij is grotendeels aangewezen op hulp en steun van zijn echtgenote en kinderen. Helaas kon de laatste module niet meer worden doorgenomen daar hij te ziek was en drie maal per week door de huisarts werd behandeld met prednison. De huisbezoeken hebben hem zeker steun gegeven en inzicht in zijn mogelijkheden en beperkingen. Van mijn kant gezien was het een moeilijke opdracht daar veel items uit de modules niet realiseerbaar waren.

Deze patiënt had reëel gezien veel beperkingen en zeer weinig mogelijkheden, wat het uitvoeren van de huisbezoeken moeilijk maakte. De zelfmanagementvaardigheden van deze patiënt waren op zich in orde, maar werden in sterke mate belemmerd door onoplosbare beperkingen. Het geven van steun en vergroten van inzicht was het enige wat met de huisbezoeken bereikt kon worden. Dit was op zich waardevol, maar aangezien de huisbezoeken primair gericht zijn op verandering, schoten ze hier enigszins hun doel voorbij. Voor de selectie van patiënten geeft deze casus duidelijk aan dat gekeken moet worden naar de aard van de beperkingen die iemand heeft, los van de score op de GFI. Hoewel deze patiënt hoog scoort (een 7), is het toch met name het onoplosbare karakter van zijn fysieke beperkingen die de huisbezoeken voor hem ongeschikt maken. Patiënten moeten nog wel mogelijkheden hebben voor verbetering, anders valt er met de huisbezoeken weinig meer te doen.

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Huisartspraktijk
Persoonlijke gegevens	68-jarige vrouw, weduwe sinds 17 jaar
Sociale gegevens	Echtgenoot langere tijd voor zijn overlijden afgekeurd wegens longproblemen. Werkte op kartonfabriek in de buurt. Er zijn 1 dochter en 2 kleinkinderen waar goed contact mee bestaat. Weinig contacten in de onmiddellijke nabijheid en de omgeving.

Relevante voorgeschiedenis	In 6 jaren tijd heeft patiënte 2 maal een beroerte gehad. Restverschijnselen zijn een motore spraakstoornis en een slechte motoriek. Zij is bekend met hypertensie en Diabetes Mellitus type 2.
Woonsituatie	Sinds anderhalf jaar bewoont patiënte een seniorenwoning in het centrum van een dorp. Hier zijn veel van deze woningen gesitueerd. De woningen zijn zo gelegen dat je bij elkaar zo binnen kijkt. Veel bewoners weten dan ook alles van elkaar. De woon- en slaapruijnte zijn beide op de begane grond gelegen.
Maaltijdvoorziening/Hulp	De maaltijd wordt verzorgd door Tafeltje Dekje. Patiënte gaat 2x per week naar het verpleeghuis in somatische dagbehandeling. Hier eet zij dan mee. In de thuissituatie is er dagelijks hulp van thuiszorg. Deze hulp bestaat uit het assisteren bij douchen en aankleden. De schoonzuster komt dagelijks de hond en kat verzorgen. Eigenlijk is dit niet meer dan de dieren loslaten in de achtertuin om ze vervolgens weer binnen te laten. Er komt 2 keer per week huishoudelijke hulp van thuiszorg voor het schoonhouden van de woning en het wassen van kleding.
Hobby's	Hobby's heeft zij eigenlijk niet. Ze zit het liefst in de stoel naar de televisie te kijken. Ook vindt ze het fijn om naar de dagbehandeling te gaan. Daar ontmoet zij veel mensen.
GFI-score	9
Beperkingen	De beperkingen zijn voornamelijk het gevolg van de slechte motoriek. Alleen kan zij zich niet buitenshuis bewegen. Zij voelt zich verre van fit, gebruikt een grote hoeveelheid medicamenten. Zij voelt zich in de seniorenwoning niet prettig. De omgeving staat haar niet aan. Ook voelt zij zich door vrienden in de steek gelaten en is regelmatig somber gestemd.
Grootste beperkende factor	Zij kan zelf niet aangeven waarvan zij het meeste last heeft. Voorop staat de zeer matige mobiliteit die haar in veel dingen beperkt. Zij heeft te weinig beweging en wordt alsmar dikker, hetgeen natuurlijk zijn negatieve uitwerking heeft.

BESPREKING HUISBEZOEKEN.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. Patiënte is van huis uit nooit een type geweest dat vrij en vrolijk in het leven staat. Zij maakt de indruk wat achterdochtig te zijn en snel overal de negatieve kanten van te accentueren. Een groot probleem in het contact is haar uitgesproken Groningse dialect. Hieraan toegevoegd haar motore afasie maakt het voor mij tot een uiterst moeilijke conversatie. Vaak moet ik haar vragen haar antwoorden te herhalen. Zij beweegt zich binnenshuis moeizaam. Wanneer ik aankom, duurt het zo ongeveer 5 minuten voor zij naar de voordeur is gestrompeld.

Eigenlijk kan zij niet goed functioneren in deze woning. Op mijn vraag of zij niet liever in een verzorgings- of verpleeghuis wil wonen, daar zij het hier helemaal niet naar haar zin heeft, antwoordt zij resoluut "nee". Zij heeft mijns inziens geen goed oordeel over haar functioneren. Wanneer je haar hierover spreekt, komt zij met een droge humor uit de hoek en zegt dat het allemaal best gaat zo. Zij heeft geen uitgesproken wensen hoe zij prettiger kan leven.

POSITIEF DENKEN. Zij vindt dat zij positief kan denken. Ik denk dat zij dit niet doet en eigenlijk ook niet goed meer kan. Zij ziet veel mensen om zich heen die beslist minder kunnen dan zij zelf, maar ervaart dit als een vanzelfsprekendheid. De wereld om haar heen heeft zich erg verengd. Er bestaat voor haar niet veel anders meer dan de woonkamer met daarin de televisie die enige afleiding biedt. Wel houdt zij erg van haar hond en haar kat. Maar veel kan zij niet voor hen betekenen.

Alle dagen lijken op elkaar en de enige afleiding wordt gevormd door de dagen dat zij naar de dagbehandeling in het verpleeghuis gaat. Zij vindt het plezierig om daar mensen te ontmoeten. De therapie die zij krijgt, heeft geen positieve invloed. Het lopen is niet veel verbeterd de laatste jaren.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. Deze onderwerpen vereisen een inzet van eigen persoon en die inzet is totaal afwezig. Ik heb meerdere malen getracht hier verbetering in aan te brengen door deze onderwerpen uitvoerig te bespreken en alternatieven aan te reiken. Zij belooft meerdere malen hier aandacht aan te zullen besteden, maar onderneemt niets. Haar niveau van functioneren is zeer matig, maar haar inzicht belemmert haar hier ook maar iets aan de veranderen. Het valt op dat zij ook in de buurt weinig tot geen prettige contacten heeft. Zij doet er niets aan hier enige verandering in aan te brengen. Haar persoonlijkheid is ook van dien aard dat zij weinig warmte uitstraalt en niet in staat is enige genegenheid van anderen te ontvangen op een positieve wijze.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Nu dingen doen en ondernemen om er later profijt van te hebben spreekt haar niet aan. De aandacht en hulp die zij ontvangt in de dagbehandeling ziet zij niet als therapie om weer beter te kunnen lopen en zelfredzamer te worden. De fysiotherapeut van de dagbehandeling vertelde mij dat hij ook geen vat op haar kon krijgen en zij beslist niet gemotiveerd is. Mogelijk kan dit liggen aan haar persoonlijkheid, maar het is ook mogelijk dat e.e.a. nog een gevolg kan zijn van de doorgemaakte CVA's. Meerdere malen heb ik geprobeerd hier meer duidelijkheid over te krijgen. Haar begrip lijkt zeker wel intact.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOEKEN. Deze huisbezoeken zijn uiterst moeizaam verlopen. Ik heb sterk de indruk dat de passieve houding van patiënte een grote belemmerende factor is. Er zijn zeker aanwijsbare oorzaken te vinden die in de richting wijzen van haar persoonlijkheid en de doorgemaakte CVA's de afgelopen jaren. Er is geen sprake van depressiviteit, hoewel zij soms de indruk maakt het niet naar de zin te hebben. Ik had grote problemen in het verbaal contact met haar gezien haar uitgesproken dialect en de motore spraakstoornis. Iedere keer wanneer ik een module besprak en haar achterliet had ik het gevoel dat zij dacht: "Het zijn mooie praatjes maar ik doe er niets mee". Zij maakt de indruk dat zij toch redelijk tevreden is met haar bestaan. Wil niet overwogen geplaatst te worden in een verzorgings- of verpleeghuis.

Uit deze casus blijkt duidelijk hoe belangrijk een ‘hulpvraag’ en intrinsieke motivatie van de kant van de patiënt zijn. Hoewel deze patiënte een hoge mate van frailty had, zowel fysiek als psychosociaal, leken er bij haar nog veel mogelijkheden tot verbeteren van haar kwaliteit van leven te zijn. Zij stelde zich echter zeer passief op en had een totaal gebrek aan wensen en wil om iets te doen en te veranderen. Daarnaast leek zij weinig zelfinzicht te hebben.

Wat betreft de selectie van patiënten kan uit deze casus een tweetal conclusies worden getrokken. Zowel een actieve instelling en de intrinsieke motivatie om iets te veranderen, alsook een voldoende mate van zelfinzicht lijken cruciaal voor het welslagen van de huisbezoeken. Wanneer iemand niet tot enige mate van inzicht in de eigen situatie in staat is, lijkt het doen van de huisbezoeken onbegonnen werk. De trainer kan praten als Brugman wanneer iemand niet in staat blijkt iets van het gezegde op zichzelf te kunnen of willen betrekken. Ook als men passief is en geen enkele bereidheid tot verandering toont, hebben de huisbezoeken weinig zin [6].

Een laatste belangrijke conclusie uit deze casus betreft het verbaal contact tussen trainer en patiënt. De huisbezoeken zijn nogal verbaal opgesteld en wanneer dit verbale contact om wat voor reden dan ook moeizaam verloopt (bijvoorbeeld vanwege een motore spraakstoornis of ernstige doofheid), lijkt het uitvoeren van de huisbezoeken in deze vorm erg lastig. Bovendien lijkt het van groot belang dat de huisbezoeken worden gedaan door iemand die de patiënt in zijn eigen dialect in ieder geval kan begrijpen.

8.3.4 Patiënten voor wie de huisbezoeken niet nodig leken

Bij de patiënt in de onderstaande casus lijkt het aanbieden van de huisbezoeken niet nodig te zijn geweest.

GRIP INTERVENTIEVERSLAG.

Contact ontstaan via	Huisartspraktijk
Persoonlijke gegevens	72-jarige man, sinds 2 jaar weduwnaar
Sociale gegevens	Echtgenote gestorven ten gevolge van een hartstilstand. Er zijn geen kinderen. Patiënt is van beroep boer en had langere tijd een gemengd bedrijf dat hij samen met zijn echtgenote runde. Het echtpaar was erg op elkaar aangewezen in het bedrijf. Het huwelijk was goed en er bestonden veel goede sociale contacten. Patiënt is sociaal zeer actief in het dorp en is lid van veel verenigingen. Verder is hij een centrale figuur in de Noord-Nederlandse Land en Tuinbouw Organisatie en houdt hij zich bezig met de van overheidswege opgedragen herverkavelingen van landbouwgronden. Regelmatig heeft hij besprekingen met ambtenaren van de overheid. Hij heeft een betrekkelijk volle agenda en werkt nog steeds op zijn inmiddels nu akkerbouwbedrijf.

Relevante voorgeschiedenis	Myocardinfarct 2½ jaar geleden, waarvoor een dotterbehandeling. In deze periode ook Diabetes Mellitus ontstaan waarvoor hij zich zelf insuline toedient. De laatste tijd wat klachten van benauwdheid bij inspanning.
Woonsituatie	Grote boerderij buiten het dorp gelegen. Achter de woning zijn de stallen en werktuigschuren nog aanwezig en gedeeltelijk in gebruik. De woning is eenvoudig maar praktisch ingericht en wordt maar gedeeltelijk gebruikt.
Maaltijdvoorziening/Hulp	De warme maaltijden worden verzorgd door Tafeltje Dekje. Patiënt heeft 2 maal per week particuliere huishoudelijke hulp. Dit was ook al zo voor het overlijden van zijn echtgenote.
Hobby's	Patiënt heeft naast zijn werk als landbouwer en zijn functies binnen diverse organisaties geen specifieke hobby's.
GFI-score	4
Beperkingen	Lichamelijke fitheid. Medicijngebruik (co-morbiditeit). Ervaren van leegte om zich heen na overlijden echtgenote. Missen van mensen om zich heen (vrienden en bekenden die zijn overleden).
Grootste beperkende factor	Gevoel van alleen zijn met angst lichamelijk (cardiaal) te verslechteren en afhankelijk te worden.

BESPREKING HUISBEZOeken.

OP DE JUISTE WIJZE DENKEN/GEDACHTEN DIE IN DE WEG ZITTEN. Patiënt is een man van weinig woorden. Hij heeft een vaste dagindeling met veel afspraken en werkzaamheden op zijn bedrijf. Hij heeft er niet aan willen denken te stoppen en thuis te gaan zitten. Hij vindt het werk leuk en het levert hem financieel nog wat op ook. Wel heeft hij soms het gevoel teveel te doen gezien zijn lichamelijke conditie. Ook is hij wel eens een beetje bang dat hem cardiaal wat zal overkomen wanneer hij op het land aan het werk is. Hij zet zich hier overheen door toch te kiezen actief te blijven. Hij kent veel mensen, jonger dan hijzelf, die veel minder presteren en thuis blijven zitten achter de geraniums.

POSITIEF DENKEN. De patiënt is hiertoe in staat. Hij heeft het er soms nog erg moeilijk mee dat zijn vrouw er niet meer is. Hij heeft dit verlies goed verwerkt. Hij zegt met eigen woorden: "Het verlies en het gemis zijn er maar het moet niet zo worden dat het mij verstikt en eenzaam maakt". Het verdriet heeft een plaats gekregen in zijn leven en hij kan er goed mee omgaan.

INITIATIEF NEMEN/VERTROUWEN KRIJGEN IN EIGEN KUNNEN. Initiatief neemt patiënt in voldoende mate. Hij heeft duidelijk de regie over zijn leven in eigen handen. Hij kent zijn mogelijkheden en beperkingen.

DE JUISTE DINGEN DOEN OM ZO AANGENAAM MOGELIJK TE KUNNEN LEVEN – COMFORTABEL LEVEN. Aan een comfortabel leven in de woonsituatie hecht patiënt minder waarde. Alles is netjes en enigszins sober ingericht. Hij vindt het belangrijk om op vaste tijdstippen de maaltijd te gebruiken en zijn rust te nemen. Een belangrijke vriend thuis is zijn hond, die overal met hem mee naar toe gaat.

DE JUISTE DINGEN DOEN OM ZO AANGENAAM MOGELIJK TE KUNNEN LEVEN – LEUKE CONTACTEN MET ANDEREN/GENEGENHEID GEVEN EN KRIJGEN. Contacten buitenshuis in verenigingsverband vindt hij prettig en belangrijk. Zo gaat hij regelmatig naar het zangkoor en bezoekt hij avonden voor senioren in het verenigingsgebouw. Hij kent de meeste mensen uit het dorp goed en is bereid hen met raad en daad bij te staan. Ook de beroepsmatige contacten met mensen vanuit het ministerie van landbouw, waarmee hij regelmatig overleg heeft, boeien hem zeer. Velen luisteren met aandacht naar zijn mening en ervaring. Hij is eigenlijk wel trots dat hij op zijn leeftijd nog zoveel kan presteren in vergelijking met anderen uit zijn directe omgeving, hoewel hij dat niet zo laat blijken.

INVESTEREN IN DE TOEKOMST. Patiënt is een vastberaden man die zo lang als mogelijk met zijn werkzaamheden door wil gaan. Hij heeft stukken grond van zijn bedrijf verkocht en heeft zoveel over zodat hij nog actief bezig kan zijn. Het is opmerkelijk hoeveel ideeën hij nog heeft voor de toekomst. Hij wil blijven wonen op de boerderij en denkt nog niet over hoe het later zou moeten wanneer hij daar niet meer wonen kan.

EINDCONCLUSIE HUISBEZOEKEN. Hoewel patiënt een GFI-score van 4 had bij aanvang van de huisbezoeken is hij bovengemiddeld zelfredzaam in verhouding tot leeftijdsgenoten. Hij heeft zijn leven gepland van dag tot dag en heeft plezier in wat hij nog zelfstandig kan ondernemen. Van grote waarde voor hem zijn zijn contacten met anderen. Hij vervult veel sociale rollen in de samenleving. Zijn lichamelijke fitheid is niet optimaal vanwege de cardiale problemen, maar hij luistert naar zijn lichaam. Na het overlijden van zijn echtgenote is er een leegte ontstaan. Hij heeft het verlies goed verwerkt en continueert zijn activiteiten als voorheen. Meerdere malen heeft hij zich afgevraagd wat het nut van de huisbezoeken eigenlijk is. Veel onderwerpen die besproken werden, zijn voor hem vanzelfsprekend. Tijdens de bezoeken heb ik hem meerdere malen verteld dat hij de huisbezoeken kan beschouwen als bevestiging van datgene wat hij goed doet. Hij kan zich hierin goed herkennen.

Voor deze patiënt leken de huisbezoeken absoluut niet nodig. Het was iemand bij wie de zelfmanagementvaardigheden zeer goed in orde waren. Daarnaast waren er weinig beperkingen. Een eerste conclusie uit deze casus is dat een GFI-score van 4 niet hoeft te betekenen dat iemand dusdanig fragiel is en problemen heeft dat hij de huisbezoeken nodig heeft. Met goede zelfmanagementvaardigheden kan iemand met een GFI-score van 4 prima functioneren. Uit deze casus kan daarom opnieuw geconcludeerd worden dat het zelf hebben van een hulpvraag zeer belangrijk is, evenals een niet optimaal niveau van zelfmanagementvaardigheden. Patiënten moeten niet te weinig beperkingen hebben [7]. Het preventief aanbieden van de huisbezoeken ter bevestiging lijkt niet zo goed te werken. Hoewel bevestiging van groot belang kan zijn, lijkt het niet zinvol dit zes bezoeken lang te doen.

8.4 Implicaties voor selectie en aanpassingen

8.4.1 Aanwijzingen voor de selectie van patiënten – profiel van de ‘ideale patiënt’

Bij het bespreken van de bovenstaande casussen en de evaluatie van de patiënten zelf zijn de belangrijkste implicaties voor de selectie van patiënten al aan bod geweest. Deze geven ons een profiel van de ‘ideale patiënt’. Onder een ideale patiënt wordt verstaan een patiënt bij wie de huisbezoeken, gegeven volgens de vaststaande modules, de meeste kans van slagen hebben. Hierbij denken we aan de volgende criteria:

- Patiënten moeten over een GFI-score > 5 beschikken. Bij patiënten met een GFI-score > 5 lijken de huisbezoeken beter te werken dan bij patiënten met een score < 5 , ook bij de huisartspatiënten. Bij de huisartspatiënten lijkt de mate van frailty ook iets te zeggen over de respons: hogere frailty betekent meer respons op de huisbezoeken.
- Patiënten moeten na uitleg over het interventieprogramma geheel uit vrije wil besluiten deel te nemen aan de huisbezoeken. In de huisartspraktijk werden regelmatig patiënten gezien die zelf minder gemotiveerd waren, maar toch meededen omdat zij zich verplicht voelden tegenover de huisarts deel te nemen aan de huisbezoeken. Dit lijkt tot minder gunstige effecten te leiden. Patiënten dienen intrinsiek gemotiveerd te zijn. Wanneer zij niet intrinsiek gemotiveerd zijn, hebben de huisbezoeken minder effect. Natuurlijk kan altijd beargumenteerd worden dat, wanneer een hulpverlener vindt dat iemand de huisbezoeken nodig heeft, hij deze persoon daarvan moet overtuigen. Uit de hulpverleningspraktijk is echter bekend dat dit een lastige en veelal onmogelijke klus is [5]. Patiënten proberen te overtuigen dat het goed voor ze is om te veranderen kan juist tot veel meer weerstand leiden [zie bijvoorbeeld 6]. Uiteindelijk is het de patiënt zelf die iets moet doen en als deze dat niet wil, dan gebeurt het ook niet. De huisbezoeken moeten gematched worden met de mate van veranderingsbereidheid van de patiënt [6].
- Het is belangrijk dat patiënten kunnen reflecteren over hun mogelijkheden en beperkingen.
- De cognitieve functies dienen intact te zijn; amnestische stoornissen vormen absoluut een contra-indicatie voor deelname.
- Patiënten moeten in staat zijn een bepaalde leefwijze, bepaalde gewoonten te doorbreken en te veranderen en in te zien dat deze wijziging beter voor hen is. Patiënten moeten niet te ‘vast zitten’ in bepaalde gedachten, met name de gedachte dat ze te oud zijn om iets te kunnen en hoeven veranderen.
- Belangrijk hierbij is dat patiënten toch over enige mate van mobiliteit beschikken, of in staat zijn om zelfstandig met hulpmiddelen om te gaan (rollator, scootmobiel, stok).

- Er mag sprake zijn van depressieve symptomatologie. Deze moet verklaarbaar zijn in het licht van verminderde zelfredzaamheid of eenzaamheidsproblematiek ten gevolge van bijvoorbeeld het verlies van de levenspartner.
- In bepaalde gevallen kan de partner een waardevolle aanvullende steun bieden tijdens en na de huisbezoeken. Continuïteit in het veranderingsproces is hierbij belangrijk.
- Bepaalde groepen chronisch zieken (reumatoïde artritis, Diabetes Mellitus) hebben vaak goed leren omgaan met hun beperkingen. Aanvullende problemen, met name op psychosociaal gebied, vormen vaak een goede indicatie om deel te nemen aan de huisbezoeken.
- In tegenstelling tot bovengenoemde groepen vormt de ernst van de beperkingen bij chronische ziekten als ernstige COPD en matig tot ernstige cardiovasculaire aandoeningen vaak een contra-indicatie voor deelname aan de huisbezoeken. Patiënten met ernstige beperkingen zijn fysiek meestal niet in staat hun zelfredzaamheid te verbeteren. De huisbezoeken kunnen dan leiden tot frustraties en een negatief zelfbeeld.
- Veranderingen, met name verbeteringen in de zelfredzaamheid, worden door de deelnemers als zeer positief ervaren. De voorwaarden voor deze verbeteringen dienen dus aanwezig te zijn.
- Er moet door de huisbezoeken nog wel iets te verbeteren zijn. Met andere woorden, er moet wel 'iets mis zijn' met de zelfmanagementvaardigheden, anders valt er voor de huisbezoekers niet veel te doen. Het slechts bevestigen van patiënten dat ze alles goed doen, lijkt niet echt te werken. Uit onderzoek is ook bekend dat patiënten die meedoen aan een interventie degene zijn die niet heel weinig, maar ook niet heel ernstig beperkt zijn [7]. Voor de selectie van patiënten betekenen deze punten dat er niet alleen naar frailty gekeken moet worden, maar ook veel specifiek naar de aard van de beperkingen (zijn deze te beïnvloeden?) en naar de zelfmanagementvaardigheden (zijn deze niet optimaal?).

8.4.2 Profiel van de ideale trainer

De trainer zou de volgende eigenschappen moeten bezitten om de huisbezoeken op goede wijze te kunnen geven:

- Gezien de leeftijdscategorie van de patiënten is het belangrijk dat de trainer niet te jong is. We zijn ervan overtuigd dat in het kader van de huisbezoeken waarin levensvraagstukken en problemen besproken worden dit makkelijker gaat met een ouder iemand.
- De trainer dient over voldoende medische achtergrondkennis te beschikken. Hierbij doelen we op kennis van somatische problemen, psychische stoornissen en sociale verbanden. De trainer moet in staat zijn de gevolgen van somatische ziekten te plaatsen in de actuele situatie van de patiënt. Ook is het van belang een inschatting te kunnen maken van psychische gevolgen van een somatische

problematiek. Verscheurde sociale verbanden moeten in hun juiste context worden geplaatst.

- De trainer zal vrij snel na inventarisatie van de problematiek in staat moeten zijn de kernproblemen bij de patiënt te benoemen.
- De trainer moet in staat zijn om in korte tijd een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen.
- De trainer dient evenwichtig en vastberaden de patiënt in het proces van de huisbezoeken te begeleiden. Van groot belang hierbij is dat de wensen en ideeën van patiënten meegenomen worden in het proces van de huisbezoeken. Niet alleen de trainer weet wat het beste voor de patiënt is.
- Invoelend vermogen en kunnen stimuleren van patiënten tijdens het proces moeten eigenschappen zijn van de trainer.
- De trainer dient zich bewust te zijn van het feit dat het doen van de huisbezoeken binnen de muren van het ziekenhuis of de instelling totaal anders kan zijn dan het doen van de huisbezoeken bij de patiënt thuis. Er kan immers sprake zijn van een andere ‘gezagsverhouding’.
- De trainer moet in staat zijn om op adequate wijze in te spelen op terugval in functioneren. Veel geduld hebben is belangrijk in dergelijke situaties.
- De trainer moet de patiënt in zijn waarde laten en niet afhankelijk maken van de trainer. Na de huisbezoeken moet de patiënt in staat zijn zelfstandig het aangeleerde in de praktijk toe te passen.
- Een trainer uit de eigen streek, die zowel het dialect alsook de cultuur goed kent, is aan te bevelen. Het kan voor sommige patiënten van groot belang zijn dat zij zich kunnen uitdrukken in hun moedertaal (dialect) om de huisbezoeken effectiever te laten zijn.

8.4.3 Aanwijzingen voor aanpassingen van de huisbezoeken

Een eerste belangrijke aanpassing die gedaan zou kunnen worden, is het niet meer standaard aanbieden van alle modules aan alle patiënten. In de huidige vorm wordt een gestructureerd protocol gevolgd waarin alle thema's met iedereen worden doorgenomen. Op basis van bovenstaande evaluatie en bevindingen lijkt ons dit uiteindelijk een minder effectieve aanpak. Het lijkt ons effectiever om in een eerste contact de situatie van de patiënt uitvoerig in kaart te brengen. Niet alleen wat betreft beperkingen en mogelijkheden, zoals dat nu gebeurt, maar juist ook wat betreft zelfmanagementvaardigheden. Op deze manier kan een goed beeld verkregen worden waar precies de schoen wringt bij een bepaalde patiënt (of dit bijvoorbeeld één specifieke vaardigheid is, of juist meerdere) en op welke vaardigheden met name gefocust dient te worden. Het dan gericht toespitsen van de huisbezoeken op die thema's en het buiten beschouwing laten van thema's die al goed gaan (of deze slechts zeer kort aanstippen), lijkt ons een meer effectieve vorm voor de huisbezoeken. Niet iedereen heeft alle modules nodig. Met name bij die patiënten van wie de meeste vaardigheden goed zijn, kan zo ook voorkomen worden dat men het gevoel krijgt alleen maar dingen te horen die men toch al weet. Bevestigen lijkt een goede strategie,

maar niet 6 bezoeken lang. Bij patiënten met wie weinig aan de hand is, kan het aantal huisbezoeken op die manier ook flink teruggebracht worden. Het lijkt daarom beter de huisbezoeken op te bouwen als een samenstelling van een aantal thema's dat ook los van elkaar en in een wisselende volgorde behandeld kan worden. Dit lijkt tevens beter aan te sluiten bij en daarmee ook beter te implementeren in de klinische praktijk.

Een tweede aanpassing betreft de hoeveelheid oefeningen. Aangezien het zeer moeilijk bleek te zijn patiënten zélf aan het maken van deze oefeningen te krijgen, lijkt het ons aan te raden ofwel het aantal oefeningen te reduceren ofwel de vorm van de oefeningen te veranderen. De oefeningen schieten namelijk hun doel voorbij en leiden er wellicht toe dat patiënten de huisbezoeken als onnodig 'schools' gaan beschouwen. Wanneer niet meer alle onderwerpen standaard met iedereen behandeld worden, loopt het aantal oefeningen sowieso wel terug. Daarnaast zouden oefeningen die een herhaling vormen, geschrapt kunnen worden. Tenslotte zouden de oefeningen minder 'expliciet' gemaakt kunnen worden. Hiermee bedoelen we dat de oefeningen meer in de vorm van vragen tijdens een gesprek door de trainer gedaan zouden kunnen worden. Belangrijke punten die hieruit naar voren zouden komen, kunnen wel genoteerd worden, maar veel minder expliciet als 'oefening'. Op die manier krijgen de huisbezoeken een minder schools karakter en sluiten daarmee wellicht beter aan bij de mogelijkheden en wensen van de doelgroep.

Als derde aanpassing zouden enkele thema's uit de huisbezoeken verwijderd kunnen worden, omdat ze moeilijk over te brengen en slecht herkenbaar zijn voor patiënten. Dit betreft het thema 'multifunctionaliteit' (in de huisbezoeken: 'twee vliegen in één klap slaan' en 'niet alles op één paard zetten'). Dit thema lijkt ook niet echt iets toe te voegen. Daarnaast zou een aantal thema's wellicht 'cultureel aangepast' moeten worden, met name wat betreft de bewoording en de nadruk die erop gelegd wordt. Zo hebben we tijdens de studie gemerkt dat in de regio van de huisarts de thema's 'status' en 'sociale contacten', door de manier waarop die in de huisbezoeken geformuleerd waren, veel minder aansloegen. Bij het verder doen van de huisbezoeken zou het goed zijn aanpassingen te doen in overleg met hulpverleners uit de streek waar de huisbezoeken gedaan worden.

8.5 Literatuur

1. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis.* 1993;147:1311-1320.
2. Keefe FJ, Lefebvre JC, Kerns RD, et al. Understanding the adoption of arthritis self-management: stages of change profiles among arthritis patients. *Pain.* 2000;87:303-313.
3. Culos-Reed SN, Rejeski WJ, McAuley E, Ockene JK, Roter DL. Predictors of adherence to behavior change interventions in the elderly. *Control Clin Trials.* 2000;21:200S-205S.
4. Cuijpers P. In de put, uit de put. Effecten en effectpredictoren van een cursus 'omgaan met depressie'. *Huisarts en Wetenschap.* 2000;43:223-226.
5. Prochaska JO. *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis.* 3rd ed. Pacific Grove, Ca.: Brooks/Cole; 1994.
6. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician.* 2000;61:1409-1416.
7. Saunders KW, Von Korff M, Grothaus LC. Predictors of participation in primary care group-format back pain self-care interventions. *Clin J Pain.* 2000;16:236-243.