

KEUZEDEEL SPECIFIEKE DOELGROEPEN SPORT EN BEWEGEN



COLOFON

Uitgeverij: Edu'Actief b.v.
0522-235235
info@edu-actief.nl
www.edu-actief.nl

Auteur: Bert Geenen

Inhoudelijke redactie: CIOS Nederland en Bert Geenen

Titel: Keuzedeel Specifieke doelgroepen Sport en Bewegen

ISBN: 978 9037 24 742 8, maakt deel uit van pakket: 978 90 3724 639 1

Bronvermelding: Stanislaw Tokarski

© Edu'Actief b.v. 2018

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in compilatiewerken op grond van artikel 16 Auteurswet kan men zich wenden tot de Stichting PRO (www.stichting-pro.nl).

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Door het gebruik van deze uitgave verklaart u kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met de specifieke productvoorwaarden en algemene voorwaarden van Edu'Actief, te vinden op www.edu-actief.nl.

INHOUDSOPGAVE

	Hoe werk je met een keuzedeel?	4
1.	Over dit keuzedeel	6
2.	Ouderen	29
3.	Deelnemers met een lichamelijke of zintuiglijke beperking	84
4.	Deelnemers met een verstandelijke beperking	162
5.	Deelnemers met psychiatrische problematiek	207
6.	Deelnemers met gedragsproblemen	267
7.	Deelnemers met chronische aandoeningen	318
8.	Deelnemers met neurologische aandoening	378

HOE WERK JE MET EEN KEUZEDEEL?

In iedere opleiding volg je een aantal keuzedelen. Ze zijn bedoeld om je beter op de arbeidsmarkt voor te bereiden. Je school bepaalt het aanbod waaruit je kunt kiezen en wanneer je zo'n keuzedeel kunt volgen.

Hoelang je aan een keuzedeel werkt, varieert: 240, 480 of 720 studiebelastingsuren (SBU). Die informatie vind je in de inleiding *Over dit keuzedeel*, waarmee elk keuzedeel begint.

Waar en wanneer je aan een keuzedeel werkt, bepaalt je school. Dat kan op school zijn, op je stageadres of thuis. Meestal zal het een mix van deze drie zijn.

Inleiding

Een keuzedeel van Edu'Actief begint met een introductie. Dat kan naast een korte inleiding bijvoorbeeld een filmpje zijn over iemand die binnen zijn werkveld te maken krijgt met de inhoud van dit keuzedeel. Vervolgens vind je vermeld uit welke onderwerpen (leereenheden) het keuzedeel bestaat.

Uitdaging

In elk keuzedeel werk je stap voor stap toe naar een eindopdracht: de uitdaging, waarvoor je de stof van het gehele keuzedeel gebruikt. Het kan bijvoorbeeld gaan om de verzorging van een wijnproeverij met bijpassende hapjes, een compleet ondernemersplan voor een startup, een gevuld zorgdossier waarin je hebt gedocumenteerd welke begeleiding je een cliënt hebt gegeven en wat de resultaten waren, etc. Je werkt in een aantal stappen naar de eindopdracht toe. Elke stap levert per leereenheid ten minste één beroepsproduct op, dat wil zeggen een document, een (video)verslag van een gesprek of een fysiek product zoals je dat ook in de beroepspraktijk maakt. Dat kan bijvoorbeeld een wijnkaart zijn of het financiële hoofdstuk van een ondernemingsplan.

Resultaten

Daarna vind je een beschrijving van de doelen waaraan je gaat werken: een opsomming van de resultaten aan het eind van het keuzedeel.

Beoordeling

Je werkt individueel en soms samen met medestudenten aan je opdrachten. De beoordeling van je werk gebeurt op verschillende manieren en momenten. Het kan zijn dat je een of meer kennistoetsen maakt die mee tellen in de eindbeoordeling. Je zult ook een beoordeling krijgen van de beroepsproducten die je tijdens dit keuzedeel oplevert. En natuurlijk wordt je eindopdracht beoordeeld. Je vindt de beoordelingscriteria telkens kort beschreven in de inleiding *Over dit keuzedeel* op elke leereenheid. Hoe zwaar een onderdeel meetelt, hoor je van je docent.

Oriëntatieopdrachten

Voordat je met de eerste leereenheid van een keuzedeel begint, maak je een aantal opdrachten waarmee je je nader op de stof oriënteert. Zo verken je het terrein van dit keuzedeel.

Bronnen en verwijzingen

In dit keuzedeel vind je verwijzingen naar bronnen. Deze kun je herkennen aan een icoontje. Dit kan een theoriebron zijn, een internetlink of een filmpje. Zo zien de icoontjes eruit:



Internetsite



Theoriebron



Video

De theoriebronnen op alfabetische volgorde vind je na elke leereenheid. Het kan zijn dat een theoriebron al eerder is behandeld, kijk dan in de inhoudsopgave van de andere leereenheden om betreffende bron terug te vinden.

LET OP!

Bronnen worden op verschillende manieren bij de opdrachten aangegeven:

1. bron **voor** een opdracht.
In dit geval is de theoriebron van toepassing op de daaropvolgende opdrachten.
 2. bron **in** een opdracht.
In dit geval is de theoriebron alleen van toepassing op deze specifieke opdracht. Wordt er **in** een opdracht geen bron aangegeven, maar heb je wel bepaalde informatie nodig, dan zoek je de informatie in een van de eerder genoemde bronnen binnen deze leereenheid.
-

De video's, rollenspelen, formulieren, weblinks en bronnen kun je vinden in de digitale leeromgeving. Hier vind je ook de digitale versie van dit keuzedeel.

Ga naar www.edu-actief.nl/licentie.

Volg de stappen om toegang te krijgen tot het digitale lesmateriaal.

Voor het gebruik van de digitale leeromgeving heb je een tablet, computer of mobiele telefoon met internettoegang nodig. Je werkt je opdrachten uit op papier of digitaal.

OVER DIT KEUZEDEEL

	Over dit keuzedeel	7
1.	Oriëntatie	9
	Theoriebronnen	
2.	Cerebrale parese	12
3.	Gezondheid van ouderen	17
4.	Visuele beperking	23

OVER DIT KEUZEDEEL

Sport en bewegen(SB) is niet iets dat voorbehouden is aan een beperkt aantal Nederlanders. Vrijwel iedereen, ongeacht leeftijd of aandoening, doet in Nederland aan sport. Gelukkig hebben de afgelopen jaren ook tal van mensen met uiteenlopende aandoeningen de weg weten te vinden naar een sportvereniging of een commerciële sportaanbieder.

Dit betekent wel dat de sport- en bewegingsleider en de sport- en bewegingscoördinator in de praktijk te maken krijgen met uiteenlopende doelgroepen waarvoor ze een passend aanbod moeten creëren.

Dit keuzedeel is gericht op deze specifieke doelgroepen. Dit keuzedeel bestaat uit kennis en vaardigheden. De kennis heeft vooral betrekking op de achtergrondinformatie van de verschillende doelgroepen. De vaardigheden hebben vooral betrekking op het aanbieden van sport- en bewegingsactiviteiten die aansluiten bij de betreffende specifieke doelgroep.

Je maakt een keuze uit een of meer doelgroepen. De opleiding kan met een schoolverklaring of certificaat aangeven op welke doelgroep(en) jij je gericht hebt. Specialisatie is mogelijk in een van de volgende doelgroepen:

1. ouderen
 - geriatische problematiek
2. deelnemers met een lichamelijke of zintuiglijke beperking
3. deelnemers met een verstandelijke beperking
4. deelnemers met psychiatrische problematiek
 - depressie, schizofrenie, verslaving
5. deelnemers met gedragsproblematiek
 - autismspectrumstoornis
 - ADHD
 - ODD
6. deelnemers met een (chronische) ziekte
 - diabetes
 - reuma
 - hartaandoeningen
 - obesitas
7. deelnemers met neurologische aandoeningen.
 - epilepsie
 - dementie
 - spierziekte
 - multiple sclerose.

Voor elke specialisatie is een leereenheid ontwikkeld, die steeds dezelfde opbouw kent.

Bij elke doelgroep komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- informatie over de aandoening (oorzaak, verloop, symptomen, eventueel bijkomende beperkingen, verwerking)
- gevolgen van de aandoening voor omgang en begeleiding (specifieke ondersteuningsbehoefte, communicatie, omgang met problematisch gedrag)
- consequenties voor het aanbieden van sport- en bewegingsactiviteiten (specifieke invulling van een of meer aspecten van het didactisch model)
- sportadvies (geschikte/ongeschikte sporten, belasting/belastbaarheid).

De uitdaging

Omdat je je mag specialiseren in een of meer doelgroepen sluit iedere leereenheid af met een eindopdracht.

In de eindopdracht komt steeds een casus van een specifieke doelgroep aan de orde, waarin enerzijds de kenmerken van de doelgroep naar voren komen en anderzijds de wens om deel te nemen aan sport- en bewegingsactiviteiten.

In de eindopdracht maak je voor een of meer van de specifieke doelgroepen:

- een SB-programma bestaande uit minimaal vier trainingen, lessen en/of bijeenkomsten voor een specifieke doelgroep
- een volledig sport- en beweegadvies voor de specifieke doelgroep.

Resultaten

De resultaten van dit keuzedeel zijn:

Je kunt relevante achtergrondinformatie over de specifieke doelgroep in kaart brengen. Je beschrijft onder andere de oorzaak, het verloop en de belangrijkste symptomen van de aandoening.

Je kunt de specifieke ondersteuningsbehoefte van de doelgroep in kaart brengen. Je beschrijft onder andere consequenties voor de omgang, begeleiding, communicatie en eventueel voorkomend probleemgedrag.

Je kunt zelfstandig een SB-programma voor de specifieke doelgroep opstellen en uitvoeren. Hierbij breng je op systematische wijze de beginsituatie in kaart, formuleert doelstellingen en maakt een keuze voor SB-activiteiten, middelen, organisatie en didactische werkvormen.

Je kunt een sport- en bewegingsadvies geven voor de specifieke doelgroep.

Beoordeling

Ontwikkelingsgerichte beoordeling

- beoordeling van de opdrachten per leereenheid
- beoordeling van de eindopdracht per leereenheid.

Kwalificerende beoordeling

Het examen Kerntaak D1-K1 Uitvoeren van sport- en beweegactiviteiten voor specifieke doelgroepen: SB-activiteiten en advies voor specifieke doelgroepen.

1. ORIËNTATIE

Ook al ben je nog niet echt aan dit keuzedeel begonnen, toch weet en kun je al best veel. Met de volgende opdrachten breng je je kennis en vaardigheden eerst in kaart. Voor drie specifieke doelgroepen wordt gevraagd naar een aantal zaken die met sport en bewegen van deze doelgroepen te maken hebben.

OPDRACHT 1: GEZONDHEID VAN OUDEREN

Ook ouderen willen en moeten sporten. Daarbij moet je rekening houden met de gezondheid van ouderen.



Theoriebron De gezondheid van ouderen



Factsheet 'De gezondheid van ouderen' (RIVM)

- a. Noteer een aantal veel voorkomende aandoeningen bij ouderen.
- b. Noteer wat de belangrijkste doodsoorzaken bij ouderen zijn.
- c. Geef een beschrijving van het begrip ziektelast.
- d. Beschrijf welke aandoeningen de grootste ziektelast geven.

OPDRACHT 2: INLEIDING VORMEN VAN SPASTICITEIT

Een specifieke doelgroep met haar eigen mogelijkheden en beperkingen.



Theoriebron Cerebrale parese



Hersenletsel
BOSK cerebrale parese



Dit is CP

- a. Geef een overzichtelijke indeling van alle vormen van spasticiteit.
- b. Licht de vormen kort toe.

OPDRACHT 3: BELANG VAN SPORT EN BEWEGEN VOOR SPORTERS MET EEN VISUELE BEPERKING

Als sportbegeleider van specifieke doelgroepen kun je ook te maken krijgen met sporters met een visuele beperking.



Theoriebron Visuele beperking



Oogziekenhuis
Onbeperkt sportief
Gehandicaptensport

Geef een beschrijving van het belang van sport en bewegen voor mensen met een visuele beperking.

THEORIEBRONNEN

2. CEREBRALE PARESE

Bij cerebrale parese is er sprake van een hersenbeschadiging van een of meer gebieden die de spiertonus, de reflexen en bewegingen coördineren en controleren. In elk geval is er schade in de motorische schors. Dit is het gebied in de hersenen dat de motoriek en de houding regelt. In plaats van cerebrale parese wordt ook gesproken van infantiele encefalopathie. Letterlijk vertaald betekent dit “vroegkinderlijke hersenbeschadiging”. Mensen met een cerebrale parese hebben rond de geboorte een hersenbeschadiging opgelopen waardoor vooral motorische stoornissen zijn ontstaan. Helaas beperkt de schade zich meestal niet tot het motorische gebied en zie je bij deze mensen ook andere aandoeningen, zoals een cognitieve achterstand en taalproblemen.

2.1 OORZAKEN

In de meeste gevallen is een zuurstoftekort rond de geboorte de oorzaak. De belangrijkste oorzaak van cerebrale parese ligt in een van de volgende geboortestadia:

- prenataal
te vroeg geboren, laag geboortegewicht, alcoholisme of drugsgebruik van de moeder, onvoldoende functioneren van de placenta
- perinataal
complicaties tijdens de bevalling, zoals de navelstreng om de nek of een verkeerde ligging, waardoor zuurstofgebrek optreedt
- postnataal
vergiftiging, infecties, trauma, ernstige ondervoeding.

2.2 VERSCHIJNSELEN

De motorische schors zorgt voor een juiste spiertonus, voor het goed functioneren van de reflexen en voor het gecoördineerd uit kunnen voeren van bewegingen. Deze drie functies – spiertonus, reflexen, coördinatie – kunnen in verschillende mate gestoord zijn. Daardoor zijn er sterke onderlinge verschillen. Gecoördineerd bewegen vraagt om een goed samenspel tussen de diverse spiergroepen. Dit samenspel van agonisten, antagonist, van remmen (inhibitie) en ontladen (excitatie) verloopt slecht bij kinderen met een cerebrale parese. Vaak is de rem kapot, waardoor er een bombardement van prikkels ontstaat. Dit uit zich in een veel te hoge spierspanning, wat leidt tot een spastisch patroon. Daarom wordt er ook vaak gesproken van spasticiteit. Als de rem veel te sterk is of de ontlading het

laat afweten, heeft iemand een veel te lage spierspanning. Bewegingen zijn dan helemaal niet meer uit te voeren. Kort na de geboorte is het kind meestal hypotoon en kan het last hebben van convulsies (stuipen) en ademhalingsproblemen.

De spasticiteit is niet altijd constant. Er zijn een aantal factoren die de spasticiteit beïnvloeden. De belangrijkste factoren zijn:

- te grote inspanning, overbelasting
- vermoeidheid
- emoties, opgewondenheid (angst, verdriet, plezier, boosheid, schrikken)
- temperatuur (koude heeft een negatieve invloed, warmte veelal een positieve invloed).



Je zult het maar hebben - Boodschappen doen in de Albert Heijn
Stichting Omega - dagcentrum voor meervoudig complex gehandicapte kinderen en volwassenen

2.3 VORMEN VAN SPASTICITEIT

De verschillende vormen van cerebrale parese zijn op twee manieren in te delen:

Indelingen cerebrale parese:

1. naar het type spieren dat erbij betrokken is:
 - a. het spastische type (spasme)
 - b. het athetotische type (athetose)
 - c. het atactische type (ataxie)
 - d. het hypotone type (floppy-infant)
 - e. de gemengde vorm
2. naar de aangedane lichaamsgebieden:
 - a. monoplegie
 - b. diplegie of paraplegie
 - c. hemiplegie
 - d. triplegie
 - e. quadriplegie (tetraplegie).

2.3.1 INDELING NAAR HET TYPE SPIEREN DAT BETROKKEN IS

a. Spastische type

Van alle mensen met cerebrale parese heeft 50 tot 70% een spasme. Het spastisch patroon heeft de volgende kenmerken:

- hypertonie
De spiertonus is verhoogd. Dit bemoeilijkt het bewegen en maakt sommige bewegingen zelfs onmogelijk. De ernst kan verschillend zijn.
- hyperreflexie
Dat wil zeggen dat spastische mensen sterker (heftiger) reflexief reageren. Als ze schrikken, schieten ze helemaal in een kramp. Zo kunnen ze ook gemakkelijk in hun broek plassen van het lachen.
- pathologische reflexen
Er zijn nog reflexen aanwezig die gezien de leeftijd al verdwenen hadden moeten zijn. Bijvoorbeeld de grijpreflex. Als spastische mensen eenmaal een voorwerp vasthebben, kunnen ze dat niet of moeilijk weer loslaten. Dit bemoeilijkt het werpen.

Het spasme is niet constant, het kan wisselen per periode en per situatie. Vaak neemt het toe tussen het 10e en 20e jaar. Meestal is het spasme van centraal naar perifeer heviger. Dat wil zeggen dat de hand het meest spastisch is.



Spasticiteit kan vanaf het begin van een ziekte ontstaan, maar ontstaat soms ook pas later. Soms is spasticiteit nuttig (doordat de benen stijver zijn, kun je er beter op staan), soms ook hinderlijk. Spasticiteit is over het algemeen niet geheel weg te nemen, maar is wel te beïnvloeden en te verminderen.

In het revalidatiecentrum wordt gekeken welke behandeling het best bij de problemen past. Een behandelteam met specifieke deskundigheid kijkt naar de mogelijkheden van therapie, spalken en behandeling met geneesmiddelen.

b. Athetotische type

Van de mensen met cerebrale parese heeft 20 tot 30% athetose. Deze stoornis wordt veroorzaakt door beschadiging van een deel van het motorisch systeem, te weten de basale ganglia. Bij dit type overheersen de onwillekeurige bewegingen van de armen, benen en ook de gelaatsspieren. Dit laatste leidt tot het trekken van rare gezichten, wat grimassen wordt genoemd. Vaak zien we een snelle wisseling van spierspanning en reflexen. Bij deze vorm is vooral het extrapiramidale systeem aangedaan.

Athetotische bewegingen zijn langzame, wringende, onwillekeurige strek-buigbewegingen. Deze bewegingen verstoren het normale houdings- en bewegingspatroon.

Ook komen er choreatiforme bewegingen voor. Dit zijn wat snellere, plotseling uitschietende bewegingen. Tot slot kan er sprake zijn van spraakstoornissen (articulatieproblemen) als gevolg van onwillekeurige mondbewegingen.

c. Atactische type

Ongeveer 10 procent van de mensen met cerebrale parese heeft ataxie ten gevolge van een beschadiging van het cerebellum (de kleine hersenen). Het cerebellum is vooral van belang voor de fijne coördinatie. Bij dit type overheersen de coördinatieproblemen. Ataxie wordt gekenmerkt door spierzwakte, problemen met de fijne motoriek, een slecht evenwicht, problemen met snelle bewegingen en een onvaste wandelgang. Het samenspel tussen de diverse spiergroepen verloopt slordig. Als je iemand met ataxie een bal toewerpt, probeert hij of zij de bal wel te vangen, maar de linkerhand reageert te snel en de rechterhand komt te laat, waardoor de bal tegen het hoofd komt en niet gevangen wordt. Vaak is er sprake van algemene onhandigheid. Ataxie veroorzaakt dikwijls veel kleine ongelukjes, zoals knoeien, struikelen, iets kapot laten vallen.

d. Hypotone type

Het hypotone type komt slechts sporadisch voor. Hierbij overheerst een (zeer) lage spierspanning. De persoon voelt erg slap aan. Soms is de spierspanning zo laag, dat de persoon zich niet of nauwelijks zelf kan bewegen. We noemen dit ook wel floppy-infant.

e. De gemengde vorm

In veel gevallen is er sprake van een mengvorm van de eerste drie genoemde typen: spasme, athetose en ataxie.

2.4 INDELING NAAR DE AANGEDANE LICHAAMSDELEN

a. Monoplegie

Hierbij is één lichaamsdeel (arm of been) aangedaan. Dit komt heel weinig voor. Meestal is dan ook een ander lichaamsdeel heel licht aangedaan. Bij de zogenaamde Erbse parese is de plexus brachialis beschadigd, waardoor de betreffende arm volledig of gedeeltelijk verlamd is.

b. Diplegie of paraplegie

Hierbij gaat het om een aandoening van de bovenste of onderste helft van het lichaam. Meestal gaat het om de benen, die ernstiger aangedaan zijn dan de armen.

c. Hemiplegie

Hierbij is één lichaamszijde aangedaan. Er wordt dan ook gesproken over een halfzijdige verlamming of aandoening. Zo is bijvoorbeeld de linker lichaamshelft aangedaan. Meestal zie je hierbij hetzelfde spastisch patroon. De arm is in flexie en abductiestand, de hand is gesloten, de voet in endorotatiestand en het been gestrekt (extensie). Dit patroon ontstaat doordat in de armen de flexoren (buigers) sterker zijn en in de benen zijn dat juist de extensoren (strekkers). Meestal is de arm ernstiger aangedaan dan het been.

d. Triplegie

Dit is een aandoening van drie ledematen en de romp. Deze aandoening komt zelden voor.

2.5 QUADRIPLERGIE OF TETRAPLEGIE

Hierbij zijn alle vier de ledematen en de romp aangedaan. Deze aandoening komt relatief vaak voor.

3. GEZONDHEID VAN OUDEREN

Een veelgehoord gezegde is dat ouderdom met gebreken komt. Toch moet niet het beeld ontstaan dat alle ouderen ziek, zwak of misselijk zijn. Meer dan 60% van de 65-74-jarigen voelt zich gezond en dat geldt voor 50% van de 75-plussers. De gezondheidsproblemen van ouderen ontstaan mede door een ongezonde leefstijl, waaronder inactiviteit.

3.1 GEZONDHEIDSAANDOENINGEN BIJ OUDEREN

Bij de bespreking van gezondheidsaandoeningen bij ouderen wordt het volgende onderscheid gemaakt:

1. meest voorkomende aandoeningen
2. belangrijkste doodsoorzaken
3. grootste ziektelast.

3.1.1 MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN

De meest voorkomende aandoeningen bij ouderen vanaf 65 jaar zijn:

- visuele stoornissen (bijna 20%)
- coronaire hartzieken (18,4%)
- artrose (17,7%)
- diabetes (15,3%)
- auditieve stoornissen (15,2%)
- COPD (6,8%)
- beroerte (6,1%)
- osteoporose (4,6%)
- hartfalen (4,3%).

Opvallend is dat een grote groep ouderen meer dan een van de bovenstaande aandoeningen heeft. Dat geldt voor ongeveer een op de vier 65-74-jarigen en voor een derde van de 75-plussers.

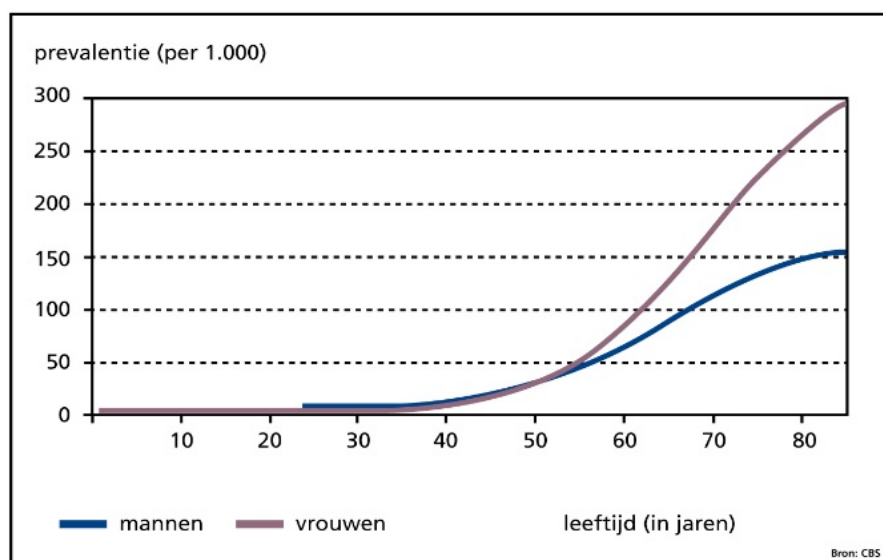
Gezichts- en gehoorstoornissen

Gezichts- en gehoorstoornissen komen veel voor bij ouderen. Dit verhoogt het overlijdensrisico nauwelijks, maar heeft wel invloed op sociale aspecten en op het uitoefenen van hobby's zoals sport en bewegen. Bij het aanbieden van beweegactiviteiten is het belangrijk om hier rekening mee te houden bij zowel de instructies, aard van de activiteiten en het gebruik van materiaal.

Artrose en gewrichtspijnen

Veel ouderen klagen over gewrichtspijnen. Volgens recentelijk onderzoek aan het VU Medisch Centrum gaat het om ongeveer de helft van het aantal ouderen. In een groot aantal gevallen heeft dit te maken met artrose. Bij artrose wordt het kraakbeen aangetast en in een later stadium mogelijk ook het gewricht.

De pijn die hiermee gepaard gaat, heeft grote invloed op het functioneren van ouderen. Het beïnvloedt de mobiliteit, zelfredzaamheid en het sociale leven van ouderen negatief. Uit het onderzoek blijkt dat mensen met gewrichtspijnen zich op zowel lichamelijk als sociaal vlak erg functioneel beperkt voelen. Vooral ouderen met depressieve klachten en minder zelfcontrole over de pijn gaan sneller achteruit of blijven chronisch slecht functioneren. Ze hebben het gevoel dat ze hun pijnklachten niet goed kunnen beïnvloeden en minder sociale steun ontvangen uit de omgeving.



3.2 PREVALENTIE ARTROSE IN SAMENHANG MET DE LEEFTIJD

Bewegen speelt een rol bij de pijnbestrijding en het voorkomen van bijkomende problemen. Artrose en verwante aandoeningen vragen om bewegingsactiviteiten met een geringe gewrichtsbelasting. Tai chi, wandelen, fietsen en vooral zwemmen zijn hier voorbeelden van.

Coronaire hartziekten en diabetes komen eveneens veel voor bij ouderen en hebben wel consequenties voor de levensverwachting van ouderen en vormen dan ook een belangrijke doodsoorzaak.

3.2.1 VALINCIDENTEN

Naast de eerder genoemde aandoeningen komen er bij ouderen ook veel valincidenten voor. Deze worden mede veroorzaakt door duizeligheid, evenwichtsproblemen, gezichtsproblemen en afname van spiermassa (sarcopenie). Doordat er bij ouderen sprake is van botontkalking (osteoporose) en afname van botmassa (osteopenie) is de kans groot dat een val leidt tot een botbreuk. Vooral een heupfractuur komt veel voor bij ouderen. De revalidatie duurt vaak lang en heeft niet alleen lichamelijke, maar ook sociale consequenties voor ouderen. Ze worden hierdoor vaak beperkt in hun mobiliteit en daarmee ook in het onderhouden van sociale contacten. Uit verschillende internationale onderzoeken komt naar voren dat zo'n 30 procent van de 65-plussers minimaal één keer per jaar valt. In 2011 overleden ongeveer 2500 ouderen als gevolg van een valincident.

AANTAL DODELIJKE VALINCIDENTEN STIJGT

Tussen 2007 en 2012 steeg het aantal 65-plussers dat binnen 30 dagen overleed als gevolg van een val met 40%. Als rekening wordt gehouden met het hogere aantal 65-plussers door de vergrijzing, is de toename nog altijd 28%. In 2011 waren er als gevolg van een val 84.000 behandelingen op een eerstehulpafdeling, 44.000 ziekenhuisopnames en 2.503 sterfgevallen. Bij elkaar kostte dat 820 miljoen euro aan zorgkosten. Stichting VeiligheidNL denkt dat in de toekomst het aantal ouderen dat na een valongeluk overlijdt, nog meer zal stijgen. Vanaf 1 januari 2014 zijn de toelatingseisen voor verzorgingshuizen strenger geworden, waardoor mensen langer thuis blijven wonen. Hierdoor is het risico op vallen thuis veel groter; de gevolgen van een val thuis zijn ernstiger.

Niet alleen lichamelijke factoren spelen een rol bij het vallen. Onder ouderen neemt ook de onzekerheid toe. Dit vermindert zelfvertrouwen draagt eveneens bij aan een hoger valrisico. Het vermindert zelfvertrouwen heeft nog een ander negatief effect. Ouderen mijden daardoor lichamelijke activiteiten. Hierdoor neemt de coördinatie en vooral de kracht nog verder af, waardoor de kans op vallen toeneemt.

MEER VALANGST

Wel is in 2014 de valangst toegenomen, ook bij de mensen die niet vielen. Bovendien is het vermijden van deelname aan activiteiten toegenomen. De belangrijkste oorzaken van vallen zijn lichamelijke gezondheidsproblemen (ruim 30%), gevolgd door psychische gezondheidsproblemen (bijna 21%). De meeste valincidenten gebeuren in de slaapkamer (ruim 50%) en in de woonkamer (ruim 20%), en vooral in de middag en avond. Het vallen gebeurt het meest tijdens het staan of lopen zonder hulpmiddel. In de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt valpreventie toegepast. Ook wordt alarmering steeds meer ingezet.

3.3 BELANGRIJKSTE DOODSOORZAKEN

Voor wat betreft de belangrijkste doodsoorzaken, spelen de volgende aandoeningen een belangrijke rol:

1. coronaire hartziekten
2. beroerte
3. dementie
4. longkanker
5. hartfalen
6. COPD
7. infecties van de onderste luchtwegen
8. dikkedarmkanker
9. diabetes
10. prostaatcancer.

De gegevens betreffen de situatie in 2009. De top drie ligt dicht bij elkaar. Momenteel lijkt dementie de belangrijkste doodsoorzaak te zijn onder ouderen. De volgorde bij 65-plussers wijkt nauwelijks af van die van de gehele Nederlandse bevolking. De top tien is nagenoeg hetzelfde. Op de eerste plaats staan daar ook de coronaire hartziekten. De tweede plaats wordt daar ingenomen door longkanker.

3.4 GROOTSTE ZIEKTELAST

De ziektelast wordt uitgedrukt in zogenaamde DALY's. Dit staat voor disability adjusted life years. Hierbij gaat het niet alleen om het aantal levensjaren dat iemand verliest door de betreffende aandoening, maar ook om het verlies van het aantal gezonde levensjaren. De ernst van de aandoening en de invloed op het dagelijks leven wordt meegewogen. Zo kan het zijn dat iemand door longkanker twaalf jaar eerder overlijdt dan de gemiddelde levensverwachting, maar bovendien heeft het ziekteproces ook nog eens vijf gezonde jaren gekost. Door de DALY's als uitgangspunt te nemen kom je tot de volgende rangorde van aandoeningen bij ouderen:

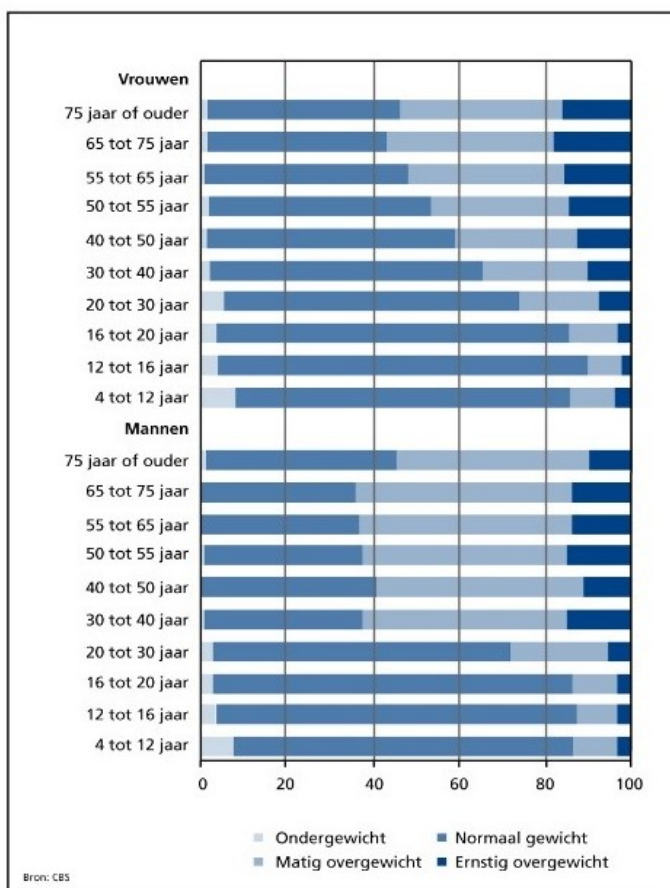
1. coronaire hartziekten
2. beroerte
3. COPD
4. dementie
5. diabetes
6. artrose
7. longkanker
8. gezichtsstoornissen

- 9. hartfalen
- 10. dikkedarmkanker.

3.5 OVERGEWICHT EN OUDEREN

Hoewel het iets beter lijkt te gaan, blijft overgewicht in Nederland toch een groot probleem voor de gezondheid. Met de leeftijd neemt het percentage mensen met overgewicht toe. Uit een onderzoek uit 2011 gehouden in de provincie Overijssel bleek dat 47% van de volwassenen overgewicht heeft tegen 61% van de ouderen.

Ook uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt een duidelijk verband tussen de leeftijd en het voorkomen van overgewicht. Overgewicht komt het meest voor in de leeftijd van 50 tot 75 jaar. Bij mannen blijft het in die 25 jaar redelijk constant. Daarna neemt het probleem wat af. Bij vrouwen blijft het overgewicht tussen het 50e en 75e levensjaar langzaam maar zeker toenemen. Bijna 20 procent van de vrouwen van 65 tot 75 jaar heeft ernstig overgewicht. Ook bij vrouwen neemt het probleem na het 75e jaar af.



Ondergewicht, normaal gewicht en overgewicht, naar leeftijd, 2009/2011.