

---

Landelijke Richtlijn Verpleging en Verzorging

**Tekort in zelfverzorging bij een verminderd  
gezichtsvermogen**

---



**umcg**

Universitair Medisch Centrum Groningen



Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging



Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)  
Utrecht  
December 2006

Alle rechten voorbehouden. Het is niet toegestaan deze richtlijn of onderdelen daaruit te verveelvoudigen, op te slaan in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar te maken in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het LEVV, het Nivel en het UMCG.

Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties (LEVV, Nivel en UMCG) duidelijk worden vermeld.

LEVV/NIVEL/UMCG. Tekort in zelfverzorging bij een verminderd gezichtsvermogen.  
Landelijke richtlijn verpleging en verzorging. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum  
Verpleging & Verzorging, 2006

## **Verantwoordelijke instanties**

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), afdeling oogheelkunde

In samenwerking met:

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

LEVV

Postbus 3135

3502 GC Utrecht

website: [www.levv.nl](http://www.levv.nl)

email: [infocentrum@levv.nl](mailto:infocentrum@levv.nl)

Tel: 030-2919019

NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

website: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

tel.: 030-2729700

## **Vragen?**

Bij vragen over de richtlijn kunt u contact opnemen met de afdeling oogheelkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) of het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV).

UMCG, afdeling oogheelkunde:

Telefoon: 050-3612009

LEVV Informatiecentrum

[infocentrum@levv.nl](mailto:infocentrum@levv.nl)

030-2919019



---

# Inhoud

---

**Voorwoord** 9

**Samenstelling expert- en projectgroep** 11

Samenstelling Expertgroep 11

Samenstelling Projectteam 12

**1 Inleiding** 13

1.1 Aanleiding 13

1.2 Probleem en uitgangsvragen 14

1.3 Afbakening 15

1.4 Doelstelling 15

1.5 Richtlijngebruikers 16

1.6 Patiëntenpopulatie 16

1.7 Het zorgproces en het gebruik van classificaties 16

1.7.1 ICF 16

1.7.2 NANDA 17

1.7.3 NIC 17

1.7.4 NOC 17

**2 Methodiek en verantwoording** 19

2.1 Uitgangspunten en definities 19

2.2 Wetenschappelijke onderbouwing 20

2.3 Inventarisatie bestaande richtlijnen 20

2.4 Systematisch literatuuronderzoek (evidence based) 20

2.5 Systematisch verzamelde klinische ervaring (practice based) 21

2.5.1 Eerste expertbijeenkomst 21

2.5.2 Tweede expertbijeenkomst 22

2.5.2 Praktijkttoets 22

2.5.4 Derde expertbijeenkomst 22

2.6 Herziening en actualisatie 22

**3 Tekort in zelfverzorging: wassen 23**

3.1 Definitie van zich wassen 23

3.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken) 23

3.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen) 25

3.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden 25

3.5 Resultaat indicatoren 27

**4 Tekort in zelfverzorging: verzorgen van lichaamsdelen 29**

4.1 Definitie verzorgen van lichaamsdelen (ICF d520) 29

4.2 Etiologie (beïnvloedende factoren) 29

4.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen) 31

4.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden 31

4.5 Resultaat indicatoren 33

**5 Tekort in zelfverzorging: toiletgang 35**

5.1 Definitie toiletgang (ICF d530) 35

5.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken) 35

5.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen) 37

5.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden 37

5.5 Resultaat indicatoren 39

**6 Tekort in zelfverzorging: zich kleden 41**

6.1 Definitie van zich kleden (ICF d540) 41

6.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken) 42

6.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen) 43

6.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden 43

6.5 Resultaat indicatoren 45

**Referenties 47**

**Geraadpleegde bronnen 51**

**Bijlage 1: Mate van bewijslast 53**

**Bijlage 2: Verantwoording inventarisatie van richtlijnen 55**

**Bijlage 3: Verantwoording systematische review 59**

**Bijlage 4: Verantwoording oordeel beroepsgenoten (praktijktoets) 65**

Tabel 1 - Bruikbaarheid, duidelijkheid en integreerbaarheid van de richtlijn 66

**Bijlage 5: Adressen voor verwijzing bij aanpassingen, hulpmiddelen en training voor patiënteninformatie 69**



---

## Voorwoord

---

Onderhavige landelijk richtlijn 'Tekort in zelfverzorging bij een verminderd gezichtsvermogen' beschrijft de verpleegkundige en verzorgende zorgverlening. In deze richtlijn worden een viertal problemen beschreven waarmee mensen met een verminderd gezichtsvermogen te maken kunnen krijgen, namelijk problemen met betrekking tot zich wassen, het verzorgen van lichaamsdelen, de toiletgang en zich kleden.

In samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging) is deze richtlijn tot stand gekomen. Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) heeft de wens richtlijnen voor de verpleging en verzorging van het UMCG te actualiseren op basis van criteria voor richtlijnen van de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Deze wens sloot aan bij het onderzoeksproject van het NIVEL en het LEVV dat als doel had de kwaliteit van bestaande richtlijnen voor de verpleging en verzorging te verhogen.

De richtlijn heeft een landelijk karakter en is te gebruiken door verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in zowel de intra- als extramurale setting. Het UMCG hoopt dat er een tendens ontstaat voor het verbeteren en ontwikkelen van landelijke richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden van waaruit zorginstellingen instellingsgebonden richtlijnen kunnen maken.

Aan de totstandkoming van deze richtlijn hebben de afgelopen maanden velen gewerkt. Onze dank gaat daarvoor uit naar de deskundigen uit de expertgroep die verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de richtlijn. Tevens is dank verschuldigd aan de onderzoekers van het NIVEL en de medewerker van het LEVV voor hun inzet bij de totstandkoming van deze richtlijn.

Groningen 2006

Namens het Universitair Medisch Centrum Groningen

Mevrouw drs. Stephanie van 't Riet

Stafmedewerker Bureau Verpleegkundige Zaken

De heer J. (John) Kinds

Stafmedewerker Bureau Verpleegkundige Zaken

---

## Samenstelling expert- en projectgroep

---

### Samenstelling Expertgroep

- De heer J. (John) Kinds, voorzitter expertgroep, verpleegkundige, stafmedewerker bureau verpleegkundige zaken, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mevrouw K. (Karin) Aling, verpleegkundige, hoofdverpleegkundige K4VA, afdeling oogheelkunde, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mevrouw T. (Tine) Bijl, Visio/Het Loo Erf.
- Mevrouw M. (Margreet) Boon, verpleegkundige, dagbehandeling, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mevrouw drs. R. (Rigt) Bosma, verpleegkundige, stafverpleegkundige Thuiszorg Groningen.
- Mevrouw G. (Grietje) van Dijk, verzorgende, Thuiszorg ICARE.
- Mevrouw S. (Sandra) Dost, verzorgende, Zorgcentrum Hendrik Kok.
- De heer S. (Sietse) van der Draai, ervaringsdeskundige.
- Mevrouw T. (Tjitske) Jansen, wijkverpleegkundige, Thuiszorg ICARE.
- Mevrouw drs. T. (Tiny) de Jong, verpleegkundige, projectmedewerker protocollen en richtlijnen commissie, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- De heer prof. dr. A.C. (Aart) Kooijman, videoloog, afdeling oogheelkunde, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mevrouw drs. S. (Stéphanie) van 't Riet, verpleegkundige, praktijkbegeleider/ onderzoeker, afdeling oogheelkunde, Universitair Medisch Centrum Groningen en namens de Nederlandse Vereniging van Oogheelkundige Verpleging en Zorgverlening (VOVZ).
- Mevrouw A. (Aukje) Scholten, verpleegkundige polikliniek, afdeling oogheelkunde, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mw. G.P.M. (Gerda) Spaas-Baars, ervaringsdeskundige, Maculadegeneratie Vereniging.
- Mw. J. (Jeanet) Venema, verzorgende, Zorgcentrum Hendrik Kok.

### **Samenstelling Projectteam**

- Mw. drs. E.P. (Else) Poot, verpleegkundige, onderzoeker NIVEL (tot 1 mei 2003), projectmedewerker LEVV (vanaf 1 juni 2003).
- Mw. drs. S.M.C. (Sophie) Hickox, verpleegkundige, projectleider LEVV (tot 1 juni 2003).
- Dhr. drs. H.J.H. (Herry) In den Bosch, projectleider LEVV (vanaf 1 augustus 2003).
- Dhr. drs. P. (Patriek) Mistiaen, verpleegkundige, onderzoeker NIVEL.
- Mw. drs. H.A. (Gonda) Stallinga, verpleegkundige, stafmedewerker bureau verpleegkundige zaken Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Mw. dr. C. (Cordula) Wagner, programmaleider NIVEL.

---

# 1 Inleiding

---

## 1.1 Aanleiding

Veel mensen, met name ouderen, krijgen te maken met een achteruitgang van hun gezichtsvermogen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (<http://statline.cbs.nl>) waren er in Nederland in 2000 circa 650.000 mensen die moeite hadden met zien. Ook andere onderzoeken (Buch e.a., 2001; Klaver e.a., 1998; Marx e.a., 1992; Melief e.a., 1998; Ramrattan e.a., 2001; Shoemaker, 2002; Wormald e.a., 1992) laten zien dat er wereldwijd veel mensen zijn die een gezichtsbeperking hebben. Prevalentiecijfers zijn afhankelijk van de gebruikte definitie van de gezichtsbeperking, maar lopen op tot 10% van de 65-plus bevolking. Verder is het aannemelijk dat door de toename van de vergrijzing in Nederland (<http://statline.cbs.nl>), zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen zullen toenemen. De zorg aan zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen is specifiek. Hierdoor is een toename in de behoefte van verpleegkundigen en verzorgenden om de specifieke zorg aan zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen inzichtelijk te maken.

De voornaamste oorzaken van gezichtsbeperkingen zijn oogaandoeningen, met name maculadegeneratie<sup>1</sup>, cataract<sup>2</sup>, glaucoom<sup>3</sup> en retinopathie<sup>4</sup> (Shoemaker, 2002), maar ook andere ziektes zoals ziektebeelden van de hersenen kunnen leiden tot stoornissen in het gezichtsvermogen.

---

<sup>1</sup> Onstaat wanneer de kegeltjes in de macula afsterven. Het middelpunt van het netvlies (doorsnee ongeveer 3 mm.) wordt de macula lutea (= gele vlek) genoemd. In de macula bevinden zich lichtgevoelige cellen die contrast en kleuren kunnen waarnemen: de kegeltjes. Dit veroorzaakt een achteruitgang van het gezichtsvermogen in het centrale, scherpe zien.

<sup>2</sup> Een vertroebeling van de ooglenzen, waardoor men waziger gaat zien.

<sup>3</sup> Een aandoening van de oogzenuw, waarbij zenuwvezels langzaam kapot gaan. Dit leidt tot uitval van corresponderende delen van het gezichtsveld (= het gedeelte van de omgeving dat het oog zonder te bewegen kan overzien).

<sup>4</sup> Aandoening van het netvlies door veranderingen in de bloedvaten van het netvlies waardoor algehele visusdaling.

Vermindering van het gezichtsvermogen gaat veelal gepaard met moeilijkheden bij het uitvoeren van de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL)(Campbell e.a., 1999; Ivanoff e.a., 2000; Green e.a., 2002; Haymes e.a., 2002; Lee e.a., 1999; Legro, 1991; Lindo e.a., 1999; Salive e.a., 1994; Wallhagen e.a., 2001). Lindo e.a. (1999) vonden bijvoorbeeld dat 19% van de mensen met een beperkt gezichtsvermogen moeite had met wassen en 21% had moeite met aan- en/of uitkleden. In een grootschalig onderzoek van Salive e.a., (1994) gaf 7% van de patiënten met een matige gezichtsbeperking aan moeite met ADL te ervaren, oplopend tot 39% bij de mensen met een ernstige gezichtsbeperking.

Beperkingen in ADL kunnen op drie niveaus verminderd worden, te weten:

1. Door de onderliggende (oog)aandoening te behandelen, bijvoorbeeld met een cataractoperatie;
2. Door het verminderd gezichtsvermogen te verbeteren met optische hulpmiddelen zoals betere belichting, brillen, vergrootglazen en dergelijke of door training van de visuele perceptie;
3. Door mensen vaardigheidstraining aan te bieden bijvoorbeeld met betrekking tot wassen of aankleden.

Ad 1 Veel oogaandoeningen (maculadegeneratie, glaucoom, retinopathie) zijn niet of moeilijk te behandelen. Andere oogaandoeningen zoals cataract, zijn wel goed te behandelen onder andere door middel van chirurgie. Hoewel tijdelijk van aard, blijken echter de mensen die een oogchirurgische ingreep ondergaan, ook ADL-beperkingen te ervaren (Boter e.a.,1998; Allen & Oberle, 1993).

Ad 3 Naast andere beroepsbeoefenaren zoals ergotherapeuten en fysiotherapeuten, hebben verpleegkundigen en verzorgenden traditioneel een belangrijke taak om patiënten te helpen bij dagelijkse levensactiviteiten. Dit varieert van het overnemen van bepaalde activiteiten, het assisteren bij de uitvoering tot het aanleren en trainen van ADL-vaardigheden. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de taak om de ADL-activiteiten van patiënten te ondersteunen en/of te verbeteren en gebruiken hiervoor een scala aan zorgactiviteiten (interventies).

## **1.2 Probleem en uitgangsvragen**

Veel ouderen krijgen dus te maken met een achteruitgang in het gezichtsvermogen. In sommige gevallen is deze achteruitgang niet (afdoende) medisch te behandelen en/of te

corrigeren door hulpmiddelen. Omdat vermindering van het gezichtvermogen gepaard gaat met moeilijkheden bij het uitvoeren van ADL activiteiten is er een dreigende kans op een zelfzorgtekort. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen dit voorkomen door het aanbieden van vaardigheidstraining bij zelfzorgactiviteiten als wassen en kleden. De kennis voor deze vaardigheidstraining is nu gecentreerd op afdelingen oogheelkunde en gespecialiseerde centra/afdelingen voor mensen met een verminderd gezichtsvermogen. Echter, in alle verpleeg- en verzorgingshuizen hebben ouderen te kampen met een achteruitgang in hun gezichtsvermogen. Daarnaast is onbekend of in de literatuur effectief gebleken interventies zijn beschreven. Deze richtlijn geeft antwoord op de vraag op welke (effectieve) wijze verpleegkundigen en verzorgenden (dreigende) zelfzorgtekorten bij ADL activiteiten kunnen opheffen dan wel verminderen.

### **1.3 Afbakening**

Tekorten in zelfverzorging bij mensen met een verminderd gezichtsvermogen doen zich vooral voor bij het wassen, het verzorgen van lichaamsdelen, toiletgang en zich kleden. De richtlijn is daarom afgebakend tot deze tekorten in zelfverzorging. Alhoewel in de uitwerking van de vier tekorten in zelfverzorging veel overeenkomsten zijn, is er voor gekozen elk tekort apart te beschrijven zodat afzonderlijk toepassing mogelijk is. De richtlijn gaat alleen over patiënten waarvan het verminderd gezichtsvermogen het gevolg is van een oogaandoening. Van gezichtsvermindering ten gevolge van een hersenaandoening wordt verondersteld dat dit andere interventies vereist. Hiervoor wordt verwezen naar een richtlijn van de Nederlandse Hartstichting 'Revalidatie na een beroerte' (2001) ([www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl)).

In deze richtlijn zijn culturele aspecten dan wel verschillen die de zorgverlening eventueel beïnvloeden niet meegenomen.

### **1.4 Doelstelling**

De richtlijn heeft als doelstelling (dreigende) tekorten in zelfverzorging op te heffen dan wel te verminderen ten aanzien van:

- wassen
- verzorgen van lichaamsdelen
- toiletgang
- kleden

van mensen met een tijdelijk of blijvend verminderd gezichtsvermogen.

## **1.5 Richtlijngebruikers**

De richtlijn is vooral bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg, maar kan ook gebruikt worden in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en revalidatiecentra. De richtlijn biedt aanknopingspunten voor lokale werkinstructies of protocollen.

## **1.6 Patiëntenpopulatie**

Deze richtlijn is van toepassing op zorgvragers van 16 jaar en ouder met een tijdelijk of blijvend verminderd gezichtsvermogen die een (dreigend) tekort in zelfverzorging hebben ten aanzien van wassen, verzorgen van lichaamsdelen, toiletgang en kleden.

## **1.7 Het zorgproces en het gebruik van classificaties**

Het primaire zorgproces voor verpleegkundigen en verzorgenden omvat:

1. Informatie/gegevens verzamelen (anamnese/intake);
2. Probleem (behoefte aan zorg/diagnose);
3. Zorgactiviteiten (interventies);
4. Zorgresultaten;
5. Evaluatie.

Via het proces van klinisch redeneren worden probleem (behoefte aan zorg/diagnose), zorgactiviteiten (interventies) en zorgresultaten als verpleegkundige verschijnselen geïdentificeerd, gedefinieerd, gestandaardiseerd en geclassificeerd. De richtlijn beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk voor de fasen van probleemdefiniëring (in kaart brengen behoefte aan zorg/diagnose), zorgactiviteiten (interventies) en zorgresultaten waarin het klinisch redeneren plaats vindt. Voor de beschrijving van verpleegkundige en verzorgende kennis is het van belang dat deze wordt geordend (geclassificeerd). Tevens wordt transmurale (ketenzorg) en multidisciplinaire samenwerking in de patiëntenzorg steeds belangrijker, waardoor zorgverleners onderling goed moeten kunnen communiceren over de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Daarom worden in deze richtlijn de volgende ordeningsprincipes (classificatiesystemen) gebruikt.

### **1.7.1 ICF**

In de richtlijn wordt de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) gebruikt in de definiëring van het probleem (behoefte aan zorg/diagnose). De ICF is een internationale classificatie voor menselijk functioneren. Hiermee wordt éénduidig

taalgebruik in multidisciplinaire samenwerking bevordert. De ICF (voorheen de ICDH) bestaat uit een raamwerk van classificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenkader vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden (WHO-FIC 2002).

### 1.7.2 NANDA

In de richtlijn worden de labels van de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) gebruikt voor de beschrijving van het probleem (diagnose/behoefte aan zorg). De NANDA hanteert de volgende definitie van de verpleegkundige diagnose: 'Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen/levensprocessen. De diagnose vormt de basis voor de keuze van zorgactiviteiten (interventies), voor de resultaten waarvan de verpleegkundige verantwoordelijk is.' De NANDA ordent (classificeert) de labels van de diagnoses. De diagnoses bestaan uit:

1. een label of naam inclusief de definitie of omschrijving (P = probleem);
2. samenhangende factoren of oorzaken (E= etiologie)
3. de belangrijkste bepalende kenmerken (S = symptomen).

Deze elementen vormen tezamen de PES-structuur.

### 1.7.3 NIC

In de richtlijn wordt de NIC (Nursing Interventions Classification) gebruikt in de fase waarin de zorgactiviteiten (interventies) worden beschreven. De NIC hanteert de volgende definitie voor een interventie: 'Een interventie is elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen, een autonoom verpleegkundige behandeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling zijn.' (McClosky & Bulechek, 2002). Een interventie bestaat uit een label of naam, een definitie en een overzicht van activiteiten die een verpleegkundige uitvoert. De NIC classificeert alle labels van de interventies. De keuze van de interventies wordt bepaald door de etiologie (oorzaak en beïnvloedende factoren) en symptomen (kenmerken) van het probleem en het beoogde resultaat.

### 1.7.4 NOC

In de richtlijn wordt de NOC (Nursing Outcomes Classification) gebruikt in de fase waarin het resultaat wordt bepaald en geëvalueerd. De NOC geeft de volgende definitie voor een

verpleegkundig zorgresultaat: Een variabele en meetbare toestand, gedragingen of opvattingen van de patiënt of de mantelzorgverlener die in belangrijke mate ontvankelijk is voor en beïnvloed is door een verpleegkundige interventie. Een verpleegkundig zorgresultaat is een begrip op conceptueel niveau. Het zorgresultaat wordt gemeten aan de hand van een reeks meer specifieke indicatoren. Het beschrijft de algemene toestand, gedragingen of opvattingen van een patiënt die voortvloeit uit een verpleegkundige interventie.

Een verpleegkundig zorgresultaat bestaat uit de volgende componenten:

- een resultaatlabel;
- een definitie;
- resultaatindicatoren (of kortweg indicatoren);
- een beoordelingsschaal.

---

## 2 Methodiek en verantwoording

---

Deze richtlijn is tot stand gekomen in het kader van een onderzoeksproject uitgevoerd door het NIVEL en het LEVV (Poot e.a., 2003). Het project had meerdere doelstellingen, namelijk 1) het toepassen en evalueren van een stappenplan voor het verbeteren van bestaande richtlijnen in de verpleging en verzorging en 2) aan de hand van het stappenplan daadwerkelijk twee bestaande richtlijnen verbeteren. Het stappenplan bestond uit:

1. inventariseren van bestaande richtlijnen
2. systematisch literatuuronderzoek
3. systematische verzameling van klinische ervaring

Het stappenplan is toegepast op bestaande richtlijnen op het gebied van zelfzorgtekort van de afdeling oogheelkunde van het UMCG (Hellema e.a., 1998: p.168, 171-174). Allereerst worden de uitgangspunten en definities beschreven daarna volgt de toelichting op het stappenplan.

### 2.1 Uitgangspunten en definities

Om de komen tot een verbeterde richtlijn zijn een aantal keuzen gemaakt. De keuzen zijn van invloed zijn op de vorm, inhoud en het verbeterproces van de richtlijn en worden hieronder kort beschreven.

#### *Criteria voor richtlijnen*

Bij het verbeteren van de richtlijn zijn de criteria voor richtlijnen van de AVVV als uitgangspunt genomen (AVVV, 2004). De criteria betreffen ontwikkeling, inhoud en vorm van de richtlijn. Richtlijnen die aan alle criteria voldoen komen in aanmerking voor legitimatie door de AVVV.

#### *Evidence Based Practice*

Tijdens de verbetering van de richtlijn is er vanuit gegaan dat verpleegkundigen en verzorgenden hun klinische handelen baseren op een viertal aspecten, te weten:

1. de beste onderzoeksresultaten;
2. de klinische ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden;
3. de voorkeur van patiënten;
4. de beschikbare hulpmiddelen (Cullum 2000).

#### *Definitie richtlijnen*

In het onderzoeksproject is afgesproken om de volgende definitie voor richtlijnen te hanteren: 'systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties' (Lohr&Field, 1992).

### **2.2 Wetenschappelijke onderbouwing**

De wetenschappelijke onderbouwing is tot stand gekomen door verzameling, ordening en analyse van gegevens. Voor de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn is, in navolging van de gehanteerde definitie van een richtlijn, gebruik gemaakt van:

1. de inventarisatie van bestaande richtlijnen;
2. een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van zorgactiviteiten (interventies);
3. de systematisch verzamelde klinische ervaring verpleegkundigen en verzorgenden (expertgroepen en praktijktoets);
4. een inventarisatie van de voorkeur van zorgvragers.

De conclusies en aanbevelingen in de richtlijn zijn hierop gebaseerd waarbij de mate van bewijslast van de conclusie in de richtlijn wordt aangegeven (zie bijlage 1).

### **2.3 Inventarisatie bestaande richtlijnen**

Om inzicht te krijgen in bestaande aanbevelingen en tevens een keuze te kunnen maken welke richtlijn verbeterd zou gaan worden zijn bestaande richtlijnen geïnventariseerd. Tijdens de inventarisatie van richtlijnen is geen enkele andere richtlijn gevonden die betrekking had op patiënten met een verminderd gezichtsvermogen (zie bijlage 2).

### **2.4 Systematisch literatuuronderzoek (evidence based)**

Bij aanvang van het verbeteren van de bestaande standaard zelfzorgtekort van de afdeling oogheelkunde van het UMCG is een systematische literatuuronderzoek uitgevoerd om na

te gaan of er ADL-ondersteunende zorgactiviteiten (interventies) zijn die effectief zijn gebleken bij zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen.

In het literatuuronderzoek, uitgevoerd door het projectteam, is geen onderzoek gevonden dat handelt over de effectiviteit van ADL –ondersteunende maatregelen bij zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen (Mistiaen e.a., 2003; Poot e.a., 2003). Dit wil zeggen dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is gevonden voor de zorgactiviteiten (interventies) in de bestaande richtlijn of voor andere zorgactiviteiten (interventies). Dit betekent dat er geen onderzoek is gevonden dat de effectiviteit van ADL-ondersteunende zorgactiviteiten (interventies) bij mensen met een verminderd gezichtsvermogen aantoont en niet dat de maatregelen genoemd in de richtlijn niet effectief zouden zijn. De verantwoording van het literatuuronderzoek is opgenomen in bijlage 3.

## **2.5 Systematisch verzamelde klinische ervaring (practice based)**

Bij de aanvang van het verbeteren van de bestaande richtlijnen op het gebied van zelfzorgtekort van de afdeling oogheelkunde van het UMCG is een expertgroep samengesteld. De personen in de expertgroep zijn enerzijds professionals die in de dagelijkse praktijk te maken hebben met zorgvragers met een verminderd gezichtsvermogen en anderzijds ervaringsdeskundigen en zorgvragers zelf.

Bij de verbetering van de richtlijn zijn deskundigen uit verschillende disciplines betrokken, te weten:

- verpleegkundigen;
- verzorgenden;
- ervaringsdeskundigen;
- een ergotherapeut;
- een oogarts;
- een videoloog.

In tegenstelling tot het literatuuronderzoek, waarbij gezocht is naar de effectiviteit van zorgactiviteiten (interventies), is er bij het gebruik maken van de klinische ervaring van de experts voor gekozen uit te gaan van zowel problemen (behoefte aan zorg/diagnose), zorgresultaten als de zorgactiviteiten (interventies). Dit sluit aan bij bestaande richtlijnontwikkeling van het UMCG.

### *2.5.1 Eerste expertbijeenkomst*

Voorafgaande aan de eerste expertbijeenkomst zijn de ervaringen en meningen over de standaard verpleegproblemen en verpleegplannen van het UMCG (conceptrichtlijn versie

1.0) schriftelijk geïnventariseerd. Deze ervaringen en meningen zijn tijdens de eerste bijeenkomst bediscussieerd. Daarna hebben de experts de gelegenheid gekregen om nog meer ervaringen en meningen schriftelijk te melden bij het projectteam. De hiervoor benoemde verzamelde ervaringen en meningen zijn door het projectteam verwerkt in de conceptrichtlijn versie 2.0.

#### *2.5.2 Tweede expertbijeenkomst*

Voorafgaande aan de tweede expertbijeenkomst zijn de ervaringen en meningen over de richtlijn concept versie 2.0 schriftelijk geïnventariseerd. Deze zijn tijdens de tweede bijeenkomst vergeleken en op waarde geschat. De experts zijn door middel van een groepsbesprek tot consensus gekomen over de inhoud van de richtlijn. De resultaten uit de tweede bijeenkomst zijn door het projectteam verwerkt in de conceptrichtlijn versie 3.0.

#### *2.5.2 Praktijkttoets*

Conceptversie 3.0 van de richtlijn is door beroepsgenoten uitgetoetst in de praktijk. In deze zogenaamde praktijktoets is de richtlijn getoetst op bruikbaarheid. De ervaringen van de deelnemers zijn geëvalueerd met een vragenlijst. Waar nodig zijn wijzigingen aangebracht in de richtlijn. Voor een verantwoording zie bijlage 4.

#### *2.5.4 Derde expertbijeenkomst*

Tijdens de laatste expertbijeenkomst zijn de resultaten van de praktijktoets voorgelegd aan de experts. Er is besproken welke veranderingen nodig waren in de richtlijn op basis van de resultaten van de praktijktoets. De opmerkingen zijn verwerkt in conceptrichtlijn versie 4.0. Deze versie van de richtlijn is ter goedkeuring voorgelegd aan de experts waarna de inhoud van de richtlijn definitief is vastgesteld.

## **2.6 Herziening en actualisatie**

Met betrekking tot de actualisatie van de definitieve richtlijn en de bijbehorende samenvattingskaart is besloten om een termijn van maximaal 5 jaar aan te houden. Indien noodzakelijk kan een herziening eerder plaatsvinden. Dit betekent dat de richtlijn in 2009 geactualiseerd dient te zijn. De afdeling oogheelkunde van het UMCG is verantwoordelijk voor het in gang zetten en uitvoeren van het proces van actualisatie.

---

## 3 Tekort in zelfverzorging: wassen

---

### 3.1 Definitie van zich wassen (ICF d510)

Tekort in het wassen en afdrogen van het gehele lichaam, of lichaamsdelen, met gebruik van water en geschikte was- en droogmaterialen of methoden, zoals baden, douchen, wassen van handen en voeten, gezicht en haar en met een handdoek drogen.

---

#### d5100 Wassen van lichaamsdelen

Gebruiken van water, zeep en andere substanties om delen van het lichaam schoon te maken, zoals het wassen van handen, gezicht, voeten, het haar of de nagels.

#### d5101 Wassen van gehele lichaam

Gebruiken van water, zeep en andere substanties om het hele lichaam schoon te maken, zoals baden en douchen.

#### d5102 Zich afdrogen

Gebruiken van een handdoek of andere middelen om een of enkele lichaamsdelen of het hele lichaam af te drogen, zoals na het gewassen te hebben.

---

WHO (2002)

### 3.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken)

#### Gerelateerd aan ziekte

- Verlaging van: <sup>1,3</sup>
  - Gezichtsscherpte;
  - Gezichtsveld;
  - Contrastzin;
  - Diepte zien;
- Grotere lichtgevoeligheid;
- Vermoeidheid door grote inspanning om te zien. <sup>1,3</sup>

#### Gerelateerd aan behandeling

- Medicatie; <sup>3</sup>
- Houdingsvoorschriften pré- en postoperatief (zoals: bedrust, niet bukken, op rug liggen, oogbedekking). <sup>3</sup>

#### Gerelateerd aan persoon

- Beperking in mobiliteit en oriëntatie; <sup>2,3</sup>
- Angst; <sup>1,2,3</sup>
- Gebrek aan motivatie; <sup>1,2,3</sup>
- Onbekendheid omgang met veranderde situatie; <sup>2,3</sup>
- Acceptatieproblemen (waardoor boosheid, machteloosheid en lusteloosheid kan ontstaan); <sup>3</sup>
- Beperkt inzicht in het probleem. <sup>3</sup>

#### Gerelateerd aan omgeving

- Onjuist verlichtingsniveau; <sup>3</sup>
  - Te laag;
  - Verblindend (zon, kaarslicht of direct lamplicht);
- Spiegelende vloerreflecties; <sup>3</sup>
- Onherkenbaarheid van: <sup>3</sup>
  - Badkamer;
  - Deur en deurknoppen;
  - Lichtknoppen en kraan;
  - Handdoeken, zeep en washand;
  - Kasten en opbergruimten;
  - Mogelijk gevaarlijke plekken;
- Onbekendheid met de omgeving. <sup>3</sup>

#### Gerelateerd aan levensfase

- Conditie gerelateerd aan hoge leeftijd (zoals traagheid en verminderde mobiliteit). <sup>3</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> Nanda, 2003 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---

### 3.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen)

- Wast zich niet; <sup>3</sup>
- Zegt zich niet te kunnen wassen; <sup>2,3</sup>
- Zegt ontevreden te zijn met de situatie aangaande wassen; <sup>2,3</sup>
- Is onhandig in het wassen: <sup>1,2,3</sup>
  - Tast naar wasbenodigdheden (washand, zeep, handdoek);
  - Kan water temperatuur niet regelen;
- Zegt onzeker te zijn in het wassen; <sup>2,3</sup>
- Uit zich paniekerig; <sup>3</sup>
- Zorgt niet voor eigen privacy tijdens het wassen; <sup>3</sup>
- Oriënteert zich niet in de omgeving; <sup>3</sup>
- Heeft een onprettige lichaamsgeur. <sup>2,3</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> NANDA, 2003 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---

### 3.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden

#### Benadering/omgang mensen met een verminderd gezichtsvermogen

- Maak kenbaar dat je de zorgvrager benadert of de ruimte binnenkomt (zeg wie je bent en wat je komt doen); <sup>1</sup>
- Maak kenbaar dat je de zorgvrager of ruimte verlaat; <sup>1</sup>
- Zorg dat de zorgvrager niet tegen het licht in handelingen verricht; <sup>3</sup>
- Benader de zorgvrager niet tegen het licht in; <sup>3</sup>
- Loop bij het spreken niet heen en weer (zorgvrager moet iedere keer opnieuw inschatten waar je bent); <sup>3</sup>
- Vertel welke handelingen of activiteiten je doet; <sup>3</sup>
- Vermijd in conversatie niet woorden als 'blind' of 'slechtziend'; <sup>3</sup>
- Reageer met woorden (non-verbale communicatie wordt niet altijd gezien). <sup>3</sup>

#### Observeren en signaleren

- Onderzoek met de zorgvrager de oorzaken van het probleem; <sup>1,2,3</sup>
- Zoek met de zorgvrager naar de oplossing van het probleem; <sup>1,2,3</sup>
- Bepaal de behoefte van de zorgvrager bij het oplossen van het probleem; <sup>1,2,3</sup>

- Onderzoek met de zorgvrager de reeds genomen probleemoplossende activiteiten. <sup>1,2,3</sup>

#### Verzorgen (omgeving)

- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het leren oriënteren in/rondom badkamer of bij wastafel; <sup>1,2,3</sup>
- Zorg voor contrast: b.v. een rode zeepdoos;
- Bespreek mogelijke gevaren in de omgeving; <sup>1</sup>
- Verwijder obstakels in het loopgebied naar/in/bij de badkamer of wastafel.

#### Verzorgen

- Leer cliënten vooruit te denken, b.v. eerst alles klaarleggen
- Houd zoveel mogelijk vast aan bestaande gewoontes en situaties
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) cliënt op weg naar zelfstandigheid bij:
  - het vinden van wasbenodigdheden; <sup>3</sup>
  - het bedienen van de kraan (temperatuur en stroomsnelheid); 3
  - het klaarleggen van wasbenodigdheden op een vaste plaats; 1,2
  - het wassen aan de wastafel; 1, 3
  - het baden; 1, 3
  - het douchen; 1, 3
  - het drogen; 1, 3
  - het zorgdragen voor eigen privacy. 3
- Was de zorgvrager <sup>1</sup> (alleen indien nodig);
- Droog de zorgvrager <sup>1</sup> (alleen indien nodig).

#### Psychosociaal begeleiden

- Moedig aan om negatieve gedachten en gevoelens te uiten (zoals angst, boosheid, machteloosheid, gebrek aan motivatie en lusteloosheid); <sup>1</sup>
- Benader de cliënt op een positieve manier: geef complimentjes
- Bespreek zo nodig psychosociale hulp door andere zorgverleners (zoals maatschappelijk werk of psycholoog); <sup>3</sup>
- Geef inzicht in de oogaandoening en de gevolgen hiervan voor het wassen. <sup>3</sup>

#### Informereren en adviseren

- Informeer en adviseer over gevaren of obstakels in de badkamer of daar waar gewassen wordt. <sup>1</sup>

- Adviseer over problemen gerelateerd aan het wassen, ten gevolge van de oogaandoening; <sup>3</sup>
- Adviseer over de beperking bij het wassen ten gevolge van medicatie; <sup>3</sup>
- Adviseer over pré- en postoperatieve houdingsvoorschriften bij het wassen; <sup>3</sup>
- Informeer en adviseer over hulp bij het wassen door andere zorgverleners (zoals ergotherapeut en/of mobiliteitstherapeut); <sup>3</sup>
- Voornamelijk bij verminderde mobiliteit: verwijs voor aanpassingen, hulpmiddelen en trainingen bij het wassen <sup>1</sup> (voor adressen zie bijlage 5);

#### Preventie en voorlichting

- Bespreek de mogelijkheden van deelname aan patiëntenorganisaties <sup>3</sup> (voor adressen zie bijlage 5);
- Zorg voor gesproken informatie of informatie in groot letter formaat. <sup>1</sup>

#### Coördineren

- Zorg voor afstemming van de zorg tussen betrokken zorgverleners; <sup>1</sup>
- Zorg voor een zorgplan gericht op de problemen met het wassen; <sup>1</sup>
- Coördineer het zorgproces. <sup>1</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> McCloskey & Bulechek, 2002 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	--

### 3.5 Resultaat indicatoren

De geformuleerde resultaatindicatoren kunnen gebruikt worden om te bepalen én aan te geven wat met de zorgverlening bereikt moet worden, het zogenaamde 'beoogde resultaat'. Het is de bedoeling dat dit samen met de zorgvrager wordt bepaald. De score

van 1 tot en met 5<sup>5</sup> wordt gebruikt om de gewenste mate van resultaat (mate van afhankelijkheid en zelfstandigheid of van tevredenheid) aan te geven.

verplaatst zich naar de badkamer	1 2 3 4 5 <sup>1</sup>
verplaatst zich in de badkamer	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
gebruikt wasbenodigdheden adequaat	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
bedient de kraan adequaat	1 2 3 4 5 <sup>1,3</sup>
wast zich	1 2 3 4 5 <sup>1</sup>
droogt zich	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
zorgt voor eigen privacy	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
oriënteert zich in de omgeving	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
is tevreden over het wassen	I II III IV V <sup>3</sup>
overig (specificeer)	

Niveau 4	D <sup>1</sup> Johnson & Maas, 1999 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	--

<sup>5</sup> Score om beoogd resultaat te noteren bij de indicatoren (NOC)

- 1 = afhankelijk, kan niet meewerken
- 2 = behoeft ondersteuning van een zorgverlener en een hulpmiddel
- 3 = behoeft hulp van een zorgverlener
- 4 = zelfstandig met hulpmiddel
- 5 = volkomen zelfstandig

- I = nooit
- II = zelden
- III = soms
- IV = vaak
- V = consistent

---

## 4 Tekort in zelfverzorging: verzorgen van lichaamsdelen

---

### 4.1 Definitie verzorgen van lichaamsdelen (ICF d520)

Tekort in het verzorgen van delen van het lichaam, zoals de huid, het gezicht, de tanden, de hoofdhuid, de nagels en de genitalia, waar meer voor nodig is dan alleen wassen en afdrogen (inclusief: huid, tanden, haar, vingernagels en teen nagels).

---

#### d5200 Verzorgen van huid

Verzorgen van het huidoppervlak en zorgdragen voor de hydratatie van de eigen huid, zoals door eelt of likdoorns te verwijderen en vochtinbrengende lotions of cosmetica aan te brengen.

#### d5201 Verzorgen van tanden

Dentale hygiëne verzorgen, zoals tandenpoetsen, flossen en het schoonmaken van dentale prothesen of orthesen.

#### d5202 Verzorgen van het haar

Verzorgen van het haar op het hoofd en het gezicht, zoals door het te kammen, in model te brengen, te scheren of te trimmen.

#### d5203 Verzorgen van vingernagels

Schoonmaken, knippen en vijlen of polijsten van de vingernagels.

#### d5204 Verzorgen van teennagels

Schoonmaken, knippen en vijlen of polijsten van de teennagels.

---

WHO (2002)

### 4.2 Etiologie (beïnvloedende factoren)

Gerelateerd aan ziekte

- Verlaging van:
  - Gezichtsscherpte;
  - Gezichtsveld;
  - Contrastzin;
  - Diepte zien;

- Grotere lichtgevoeligheid;
- Vermoeidheid door grote inspanning om te zien.

#### Gerelateerd aan behandeling

- Medicatie;
- Houdingsvoorschriften pré- en postoperatief (zoals bedrust, niet bukken, op rug liggen, oogbedekking).

#### Gerelateerd aan persoon

- Beperking in mobiliteit en oriëntatie;
- Angst;
- Gebrek aan motivatie;
- Onbekendheid omgang met veranderde situatie;
- Acceptatieproblemen (waardoor boosheid, machteloosheid en lusteloosheid kan ontstaan);
- Beperkt inzicht in het probleem;
- Lusteloosheid.

#### Gerelateerd aan omgeving

- Onjuist verlichtingsniveau:
  - Te laag;
  - Verblindend (zon, kaarslicht of direct lamplicht);
- Spiegelende vloerreflecties;
- Onherkenbaarheid van:
  - Tandborstel;
  - Nagelschaar;
  - Potjes crème, zeep, scheergerei;
  - Haarkam en borstel;
  - Kasten en opbergruimte;
  - Mogelijk gevaarlijke plekken;
- Onbekendheid met de omgeving.

#### Gerelateerd aan levensfase

- Conditie gerelateerd aan hoge leeftijd (zoals traagheid en verminderde mobiliteit).<sup>1</sup>

Niveau 4	D Mening Expertgroep
----------	----------------------

### 4.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen)

- Verzorgt huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels niet;
- Zegt huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels niet te kunnen verzorgen;
- Zegt ontevreden te zijn met het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Is onhandig in het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels:
  - Tast naar benodigdheden (zoals tandenborstel, nagelschaar, kam);
  - Wast shampoo niet volledig uit;
- Zegt onzeker te zijn in het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Uit zich paniekerig;
- Zorgt niet voor eigen privacy;
- Oriënteert zich niet in de omgeving;
- Heeft een onverzorgd uiterlijk gerelateerd aan de huid, gezicht, tanden, haar en nagels.

---

Niveau 4	D Mening Expertgroep
----------	----------------------

---

### 4.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden

#### Benadering/omgang mensen met een verminderd gezichtsvermogen

- Maak kenbaar dat je de zorgvrager benadert of de ruimte binnenkomt (zeg wie je bent en wat je komt doen);
- Maak kenbaar dat je de zorgvrager of ruimte verlaat;
- Zorg dat de zorgvrager niet tegen het licht in handelingen verricht;
- Benader de zorgvrager niet tegen het licht in;
- Loop bij het spreken niet heen en weer (zorgvrager moet iedere keer opnieuw inschatten waar je bent);
- Vertel welke handelingen of activiteiten je doet;
- Vermijd niet in conversatie woorden als 'blind' of 'slechtziend';
- Reageer met woorden (non-verbale communicatie wordt niet –altijd- gezien).

#### Observeren en signaleren

- Onderzoek oorzaken van het probleem met de zorgvrager;
- Zoek met de zorgvrager naar de oplossing van het probleem;
- Bepaal de behoefte van de zorgvrager bij het oplossen van het probleem;
- Onderzoek de reeds genomen probleemoplossende activiteiten door de zorgvrager.

### Verzorgen

- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het vinden van de benodigdheden voor het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het gebruik van de benodigdheden voor het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Leg benodigdheden voor het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels op een vaste plaats;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Verzorg de huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het oriënteren in de omgeving;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het zorgdragen voor eigen privacy.

### Psycho-sociaal begeleiden

- Moedig aan om negatieve gedachten en gevoelens te uiten (zoals angst, boosheid, machteloosheid, gebrek aan motivatie en lusteloosheid);
- Moedig aan om positieve gedachten en gevoelens te uiten;
- Bespreek mogelijke gevaren in de omgeving;
- Bespreek psychosociale hulp door andere zorgverleners (zoals maatschappelijk werk of psycholoog);
- Bespreek het inzicht in de oogaandoening en de gevolgen hiervan voor het verzorgen van lichaamsdelen.

### Informereren en adviseren

- Informeer over problemen gerelateerd aan het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels, ten gevolge van de oogaandoening;
- Informeer over de beperking bij het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels ten gevolge van medicatie;
- Adviseer over pré- en postoperatieve houdingsvoorschriften bij het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels;
- Informeer en adviseer over hulp bij het verzorgen van huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels door andere zorgverleners (zoals ergotherapeut en/of mobiliteitstherapeut);
- Verwijs voor aanpassingen, hulpmiddelen en trainingen naar (zie adressen bijlage 5);
- Informeer en adviseer over gevaren of obstakels in de badkamer of andere omgeving daar waar huid, gezicht, tanden, hoofdhuid en nagels worden verzorgd.

#### Preventie en voorlichting

- Bespreek de mogelijkheden van deelname aan patiëntenorganisaties (zie voor adressen bijlage 5);
- Zorg voor gesproken informatie of informatie in groot letter formaat.

#### Coördineren

- Zorg voor afstemming van de zorg tussen betrokken zorgverleners;
- Zorg voor een zorgplan gericht op de problemen met de verzorging van lichaamsdelen;
- Coördineer het zorgproces.

---

Niveau 4	D	Mening Expertgroep
----------	---	--------------------

---

#### **4.5 Resultaat indicatoren**

De geformuleerde resultaatindicatoren kunnen gebruikt worden om te bepalen én aan te geven wat met de zorgverlening bereikt moet worden, het zogenaamde 'beoogde resultaat'. Het is de bedoeling dat dit samen met de zorgvrager wordt bepaald. De score van 1 tot en met 5<sup>6</sup> wordt gebruikt om de gewenste mate van resultaat (mate van afhankelijkheid en zelfstandigheid of van tevredenheid) aan te geven.

verzorgt huid	1 2 3 4 5
verzorgt gezicht	1 2 3 4 5
verzorgt tanden	1 2 3 4 5
verzorgt hoofdhuid	1 2 3 4 5
verzorgt nagels	1 2 3 4 5
zorgt voor eigen privacy	1 2 3 4 5
oriënteert zich in de omgeving	1 2 3 4 5

---

<sup>6</sup> Score om beoogd resultaat te noteren bij de indicatoren (NOC)

- 1 = afhankelijk, kan niet meewerken
- 2 = heeft ondersteuning van een zorgverlener en een hulpmiddel
- 3 = heeft hulp van een zorgverlener
- 4 = zelfstandig met hulpmiddel
- 5 = volkomen zelfstandig

is tevreden over verzorging van huid/gezicht/tanden/ hoofdhuid/nagels I II III IV V<sup>7</sup>  
overig (specificeer)

---

Niveau 4	D Mening Expertgroep
----------	----------------------

---

---

<sup>7</sup> I = nooit  
II = zelden  
III = soms  
IV = vaak  
V = consistent

---

## 5 Tekort in zelfverzorging: toiletgang

---

### 5.1 Definitie toiletgang (ICF d530)

Te kort in het plannen en zich ontdoen van menselijke afvalstoffen (urine, faeces en menstruatiesbloed) en zich daarna reinigen (inclusief: urineren, defaecatie en menstruatie).

---

#### d5300 Zorgdragen voor urineren

Coördineren en verzorgen van het urineren, zoals door het aangeven van de noodzaak, het in de juiste positie komen, een geschikte plaats vinden en bereiken, het manipuleren van de kleding voor en na het urineren, en het zich schoonmaken.

#### d5301 Zorgdragen voor defecatie

Coördineren en verzorgen van de defecatie, zoals door het aangeven van de noodzaak, het in de juiste positie komen, een geschikte plaats vinden en bereiken, het manipuleren van de kleding voor en na de defecatie, en zich schoonmaken (toilethygiëne).

#### d5302 Zorgdragen voor menstruatie

Coördineren, plannen en verzorgen van de menstruatie, zoals door anticipatie op de menstruatie en het gebruik van maandverband en tampons.

---

WHO (2002)

### 5.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken)

Gerelateerd aan ziekte

- Verlaging van: <sup>1,3</sup>
  - Gezichtsscherpte;
  - Gezichtsveld;
  - Contrastzin;
  - Diepte zien;
- Grotere lichtgevoeligheid;

- Vermoeidheid door grote inspanning om te zien. <sup>1,3</sup>

#### Gerelateerd aan behandeling

- Medicatie; <sup>3</sup>
- Houdingsvoorschriften pré- en post operatief (zoals bedrust, niet bukken, op rug liggen, oogbedekking). <sup>2,3</sup>

#### Gerelateerd aan persoon

- Beperking in mobiliteit en oriëntatie; <sup>1,2,3</sup>
- Angst; <sup>1,2,3</sup>
- Gebrek aan motivatie; <sup>1,2,3</sup>
- Onbekendheid omgang met veranderde situatie; <sup>3</sup>
- Acceptatieproblemen (waardoor boosheid, machteloosheid en lusteloosheid kan ontstaan); <sup>3</sup>
- Beperkt inzicht in het probleem. <sup>3</sup>

#### Gerelateerd aan omgeving

- Onjuist verlichtingsniveau: <sup>3</sup>
  - Te laag;
  - Verblindend (zon, kaarslicht of direct lamplicht);
- Spiegelende vloerreflecties; <sup>3</sup>
- Onherkenbaarheid van: <sup>3</sup>
  - Toiletdeur en deurknop;
  - Lichtschakelaars;
  - Toilet;
  - Doorspoelknop van het toilet;
  - Toiletbenodigdheden (papier, verband, toiletbril, afvallemmer);
  - Mogelijk gevaarlijke plekken;
- Onbekendheid met de omgeving. <sup>2,3</sup>

#### Gerelateerd aan levensfase

- Conditie gerelateerd aan hoge leeftijd (zoals traagheid en verminderde mobiliteit). <sup>3</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> Nanda, 2003 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---

### 5.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen)

- Gaat niet naar het toilet; <sup>3</sup>
- Verzorgt geen toilethygiëne; <sup>1,3</sup>
- Zegt niet naar het toilet te kunnen; <sup>2,3</sup>
- Zegt geen toilethygiëne toe te kunnen passen; <sup>1,2,3</sup>
- Zegt ontevreden te zijn met de toiletgang en toilethygiëne; <sup>2,3</sup>
- Is onhandig bij de toiletgang en hygiëne: <sup>1,2,3</sup>
  - Tast naar toiletbenodigdheden (papier, verband, toiletbril);
  - Kan kleding niet hanteren (broekriets, panty's en riem);
  - Spoelt toilet niet door;
- Zegt onzeker te zijn in de toiletgang en toilethygiëne; <sup>2,3</sup>
- Uit zich paniekerig; <sup>2,3</sup>
- Zorgt niet voor eigen privacy tijdens de toiletgang; <sup>3</sup>
- Oriënteert zich niet in de omgeving; <sup>3</sup>
- Heeft bevulde kleding of toilet(omgeving). <sup>2,3</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> NANDA, 2003 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---

### 5.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden

#### Benadering/omgang mensen met een verminderd gezichtsvermogen

- Maak kenbaar dat je de zorgvrager benadert of de ruimte binnenkomt (zeg wie je bent en wat je komt doen); <sup>1</sup>
- Maak kenbaar dat je de zorgvrager of ruimte verlaat; <sup>1</sup>
- Zorg dat de zorgvrager niet tegen het licht in handelingen verricht; <sup>3</sup>
- Benader de zorgvrager niet tegen het licht in; <sup>3</sup>
- Loop bij het spreken niet heen en weer (zorgvrager moet iedere keer opnieuw inschatten waar je bent); <sup>3</sup>
- Vertel welke handelingen of activiteiten je doet; <sup>3</sup>
- Vermijd niet in conversatie woorden als 'blind' of 'slechtziend'; <sup>3</sup>
- Reageer met woorden (non-verbale communicatie wordt niet –altijd- gezien). <sup>3</sup>

#### Observeren en signaleren

- Onderzoek oorzaken van het probleem met de zorgvrager; <sup>1, 2, 3</sup>

- Zoek met de zorgvrager naar de oplossing van het probleem; <sup>1,2,3</sup>
- Bepaal de behoefte van de zorgvrager bij het oplossen van het probleem; <sup>1,2,3</sup>
- Onderzoek de reeds genomen probleemoplossende activiteiten door de zorgvrager. <sup>1,2,3</sup>

### Verzorgen

- Begeleid (verbaal of non-verbaal) naar het toilet; <sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) in het toilet; <sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het vinden van toiletbenodigdheden; <sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het gebruik van toiletbenodigdheden; <sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het manipuleren van kleding bij toiletgang; <sup>3</sup>
- Leg toiletbenodigdheden op een vaste plaats; <sup>1,2</sup>
- Verwijder obstakels in het loopgebied naar/in het toilet; <sup>3</sup>
- Maak afspraken met betrekking tot de toiletgang, bijvoorbeeld het op vaste tijden aanbieden van hulp; <sup>1,2,3</sup>
- Begeleiden (verbaal of non-verbaal) bij het oriënteren in de omgeving; <sup>1,2</sup>
- Begeleiden (verbaal of non-verbaal) bij het zorgdragen voor eigen privacy; <sup>3</sup>

### Psychosociaal begeleiden

- Moedig aan om negatieve gedachten en gevoelens te uiten (zoals angst, boosheid, machteloosheid, gebrek aan motivatie en lusteloosheid); <sup>1</sup>
- Moedig aan om positieve gedachten en gevoelens te uiten; <sup>3</sup>
- Bespreek mogelijke gevaren in de omgeving; <sup>1</sup>
- Bespreek psychosociale hulp door andere zorgverleners (zoals maatschappelijk werk of psycholoog); <sup>3</sup>
- Bespreek het inzicht in de oogaandoening en de gevolgen ervan voor de toiletgang. <sup>3</sup>

### Informereren en adviseren

- Informeer over problemen gerelateerd aan de toiletgang, ten gevolge van de oogaandoening; <sup>3</sup>
- Informeer over de beperking bij de toiletgang ten gevolge van medicatie; <sup>3</sup>
- Adviseer over pré- en postoperatieve houdingsvoorschriften bij de toiletgang; <sup>3</sup>
- Informeer en adviseer over hulp bij de toiletgang door andere zorgverleners (zoals ergotherapeut en/of mobiliteitstherapeut); <sup>3</sup>
- Verwijs voor aanpassingen, hulpmiddelen en trainingen <sup>1</sup> (zie voor adressen bijlage 5);

- Informeer en adviseer over gevaren of obstakels in de badkamer of daar waar het toilet gebruikt wordt.<sup>1</sup>

#### Preventie en voorlichting

- Bespreek de mogelijkheden van deelname aan patiëntenorganisaties;<sup>3</sup>
- Zorg voor gesproken informatie of informatie in groot letter formaat;<sup>1</sup>

#### Coördineren

- Zorg voor afstemming van de zorg tussen betrokken zorgverleners;<sup>1</sup>
- Zorg voor een zorgplan gericht op de problemen met de toiletgang;<sup>1</sup>
- Coördineer het zorgproces;<sup>1</sup>

Niveau 4	D	<sup>1</sup> McCloskey & Bulechek, 2002 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---	--

### **5.5 Resultaat indicatoren**

De geformuleerde resultaatindicatoren kunnen gebruikt worden om te bepalen én aan te geven wat met de zorgverlening bereikt moet worden, het zogenaamde 'beoogde resultaat'. Het is de bedoeling dat dit samen met de zorgvrager wordt bepaald. De score van 1 tot en met 5<sup>8</sup> wordt gebruikt om de gewenste mate van resultaat (mate van afhankelijkheid en zelfstandigheid of van tevredenheid) aan te geven.

verplaatst zich naar het toilet	1 2 3 4 5 <sup>1</sup>
verplaatst zich in het toilet	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
gebruikt toiletbenodigdheden adequaat	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
hanteert kleding adequaat	1 2 3 4 5 <sup>1,3</sup>
voert toilethygiëne adequaat uit	1 2 3 4 5 <sup>1,3</sup>
zorgt voor eigen privacy	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>

<sup>8</sup> Score om beoogd resultaat te noteren bij de indicatoren (NOC)

- 1 = afhankelijk, kan niet meewerken
- 2 = behoeft ondersteuning van een zorgverlener en een hulpmiddel
- 3 = behoeft hulp van een zorgverlener
- 4 = zelfstandig met hulpmiddel
- 5 = volkomen zelfstandig

oriënteert zich in de omgeving  
is tevreden over toiletgang en -hygiëne  
overig (specificeer)

1 2 3 4 5<sup>3</sup>  
I II III IV V<sup>3 9</sup>

---

Niveau 4	D <sup>1</sup> Johnson & Maas, 1999 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	--

---

---

<sup>9</sup> I = nooit  
II = zelden  
III = soms  
IV = vaak  
V = consistent

---

## 6 Tekort in zelfverzorging: zich kleden

---

### 6.1 Definitie van zich kleden (ICF d540)

Tekort in het uitvoeren van gecoördineerde acties en taken voor het in de juiste volgorde aan- en uittrekken van kleding en schoeisel, zich kleden in overeenstemming met de sociale omgeving of cultuur en klimatologische omstandigheden, zoals het aantrekken, rechttrekken en uittrekken van shirt, korte broek, blouse, broek, ondergoed en schoenen.

---

#### d5400 Aantrekken van kleding

Op gecoördineerde wijze kleding aantrekken over verschillende lichaamsdelen, zoals kleding over het hoofd trekken, over de armen en schouders, over het onderste en het bovenste deel van het lichaam; handschoenen aantrekken, hoofddeksel opzetten.

#### d5401 Uittrekken van kleding

Op gecoördineerde wijze uittrekken van kleding over verschillende lichaamsdelen, zoals kleding over het hoofd uittrekken, van de armen en schouders, van het onderste en het bovenste deel van lichaam: handschoenen uittrekken, hoofddeksel afzetten.

#### d5402 Aantrekken van voetbedekking

Op gecoördineerde wijze aantrekken van sokken, kousen en schoeisel.

#### d5403 Uittrekken van voetbedekking

Op gecoördineerde wijze uittrekken van sokken, kousen en schoeisel.

#### d5404 Kiezen van juiste kleding

Opvolgen van impliciete of expliciete kledingsvoorschriften en conventies van de eigen sociale omgeving of cultuur, en zich kleden in overeenstemming met de klimatologische omstandigheden.

---

WHO (2002)

## 6.2 Etiologie (beïnvloedende factoren en oorzaken)

### Gerelateerd aan ziekte

- Verlaging van: <sup>3</sup>
  - Gezichtsscherpte;
  - Gezichtsveld;
  - Contrastzin;
  - Diepte zien;
- Grotere lichtgevoeligheid;
- Vermoeidheid door grote inspanning om te zien. <sup>2</sup>

### Gerelateerd aan behandeling

- Medicatie; <sup>3</sup>
- Houdingsvoorschriften pré- en postoperatief (zoals: bedrust, niet bukken, op rug liggen, oogbedekking). <sup>3</sup>

### Gerelateerd aan persoon

- Beperking in mobiliteit en oriëntatie; <sup>2</sup>
- Angst; <sup>1,2</sup>
- Gebrek aan motivatie; <sup>1,2</sup>
- Onbekendheid omgang met veranderde situatie; <sup>3</sup>
- Acceptatieproblemen (waardoor boosheid, machteloosheid en lusteloosheid kan ontstaan); <sup>3</sup>
- Beperkt inzicht in het probleem. <sup>3</sup>

### Gerelateerd aan omgeving

- Onjuist verlichtingsniveau: <sup>3</sup>
  - Te laag;
  - Verblindend (zon, kaarslicht of direct lamplicht);
- Spiegelende vloerreflecties; <sup>3</sup>
- Onherkenbaarheid van: <sup>3</sup>
  - Deuren en deurknoppen;
  - Kasten en opbergruimten;
  - Kleding;
  - Mogelijk gevaarlijke plekken;
- Onbekendheid met de omgeving.

#### Gerelateerd aan levensfase

- Conditie gerelateerd aan hoge leeftijd (zoals traagheid en verminderde mobiliteit).<sup>1</sup>

Niveau 4	D	<sup>1</sup> Nanda, 2003 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	---	---

#### **6.3 Symptomen (kenmerken en verschijnselen)**

- Kleedt zich niet aan/uit (schoeisel en kleding);<sup>2</sup>
- Zegt zich niet te kunnen aan/uitkleden (schoeisel en kleding);<sup>1,2</sup>
- Zegt ontevreden te zijn met het aan/uitkleden (schoeisel en kleding);<sup>2</sup>
- Is onhandig in het aan/uitkleden (schoeisel en kleding):<sup>1,2</sup>
  - Tast naar kleding en schoeisel;
  - Vindt kleding en schoeisel niet;
  - Gaat niet netjes gekleed (knopen onjuist, kleding achterste voren aan, veters van schoenen niet gestrikt);
  - Draagt onjuiste kleding voor de weersomstandigheden;
  - Draagt onjuiste kleding in bepaalde sociale settings (overdag pyjama aan);
- Draagt vuile of kapotte kleding;<sup>3</sup>
- Zegt onzeker te zijn in het zich aan/uitkleden;<sup>3</sup>
- Uit zich paniekerig;<sup>3</sup>
- Zorgt niet voor eigen privacy tijdens het aan/uitkleden;<sup>3</sup>
- Oriënteert zich niet in de omgeving.<sup>3</sup>

#### **6.4 Zorgactiviteiten (interventies) door verpleegkundigen en verzorgenden**

##### Benadering/omgang mensen met een verminderd gezichtsvermogen

- Maak kenbaar dat je de zorgvrager benadert of de ruimte binnenkomt (zeg wie je bent en wat je komt doen);<sup>1</sup>
- Maak kenbaar dat je de zorgvrager of ruimte verlaat;<sup>1</sup>
- Zorg dat de zorgvrager niet tegen het licht in handelingen verricht;<sup>3</sup>
- Benader de zorgvrager niet tegen het licht in;<sup>3</sup>
- Loop bij het spreken niet heen en weer (zorgvrager moet iedere keer opnieuw inschatten waar je bent);<sup>3</sup>
- Vertel welke handelingen of activiteiten je doet;<sup>3</sup>

- Vermijd niet in conversatie woorden als 'blind' of 'slechtziend';<sup>3</sup>
- Reageer met woorden (non-verbale communicatie wordt niet altijd gezien).<sup>3</sup>

#### Observeren en signaleren

- Onderzoek oorzaken van het probleem met de zorgvrager;<sup>1,2,3</sup>
- Zoek met de zorgvrager naar de oplossing van het probleem;<sup>1,2,3</sup>
- Bepaal de behoefte van de zorgvrager bij het oplossen van het probleem;<sup>1,2,3</sup>
- Onderzoek de reeds genomen probleemoplossende activiteiten door de zorgvrager.<sup>1,2,3</sup>

#### Verzorgen

- Begeleid (verbaal of non-verbaal) naar de ruimte waar gekleed wordt;<sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) in de ruimte waar gekleed wordt;<sup>3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het vinden van de kleding:<sup>1,2,3</sup>
  - Leg kleding op een vaste plaats;
  - Leg kleding op vaste volgorde op bijvoorbeeld het bed;
  - Schoenen op een vaste plek bij elkaar zetten en veters aan elkaar knopen;
  - Vakken maken in de laden en/of kasten, zodat kleding makkelijk te vinden is;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het herkennen van de kleding:<sup>3</sup>
  - Kleding die bij elkaar hoort op 1 hanger hangen;
  - Verschillende soorten hangers gebruiken;
  - Kleding merken door bijvoorbeeld veiligheidsspelden of knopen;
  - Gekleurde labels achter in de kleding bevestigen;
  - Brailletags in de kleding;
  - Herkenningspunt aan de achterkant van de kleding;
  - Beschrijf de kleding die aangetrokken wordt en vraag of dit de juiste kleding is;
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het kleden;<sup>1,3</sup>
- Verwijder obstakels uit het loopgebied naar/in de ruimte waar gekleed wordt;<sup>1,3</sup>
- Attent maken op kapotte en vuile kleding;<sup>1,3</sup>
- Kleed de zorgvrager;<sup>1,3</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het oriënteren in de omgeving;<sup>1,2</sup>
- Begeleid (verbaal of non-verbaal) bij het zorgdragen voor eigen privacy.<sup>3</sup>

#### Psychosociaal begeleiden

- Moedig aan om negatieve gedachten en gevoelens te uiten (zoals angst, boosheid, machteloosheid, gebrek aan motivatie en lusteloosheid);<sup>1</sup>

- Moedig aan om positieve gedachten en gevoelens te uiten; <sup>3</sup>
- Bespreek mogelijke gevaren in de omgeving; <sup>1</sup>
- Bespreek psychosociale hulp door andere zorgverleners (zoals maatschappelijk werk of psycholoog); <sup>3</sup>
- Bespreek het inzicht in de oogaandoening en de gevolgen hiervan voor het kleden. <sup>3</sup>

#### Informereren en adviseren

- Informeer over problemen gerelateerd aan het kleden, ten gevolge van de oogaandoening; <sup>3</sup>
- Informeer over de beperking bij het kleden ten gevolge van medicatie; <sup>3</sup>
- Adviseer over pré- en postoperatieve houdingsvoorschriften bij het kleden; <sup>3</sup>
- Informeer en adviseer over hulp bij het kleden door andere zorgverleners (zoals ergotherapeut en/of mobiliteitstherapeut); <sup>3</sup>
- Verwijs voor aanpassingen, hulpmiddelen en trainingen <sup>1</sup> (zie voor adressen bijlage 5);
- Informeer en adviseer over gevaren of obstakels in de badkamer of daar waar de zorgvrager zich kleedt. <sup>1</sup>

#### Preventie en voorlichting

- Bespreek de mogelijkheden van deelname aan patiëntenorganisaties <sup>3</sup> (zie voor adressen bijlage 5);
- Zorg voor gesproken informatie of informatie in groot letter formaat. <sup>1</sup>

#### Coördineren

- Zorg voor afstemming van de zorg tussen betrokken zorgverleners; <sup>1</sup>
- Zorg voor een zorgplan gericht op de problemen met het kleden; <sup>3</sup>
- Coördineer het zorgproces. <sup>1</sup>

Niveau 4	D <sup>1</sup> McCloskey & Bulechek, 2002 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	--

### **6.5 Resultaat indicatoren**

De geformuleerde resultaatindicatoren kunnen gebruikt worden om te bepalen én aan te geven wat met de zorgverlening bereikt moet worden, het zogenaamde 'beoogde resultaat'. Het is de bedoeling dat dit samen met de zorgvrager wordt bepaald.

De score van 1 tot en met 5<sup>10</sup> wordt gebruikt om de gewenste mate van resultaat (mate van afhankelijkheid en zelfstandigheid of van tevredenheid) aan te geven.

verplaatst zich naar de ruimte waar gekleed wordt	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
verplaatst zich in de ruimte waar gekleed wordt	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
kleedt zich aan (kleding en schoeisel)	1 2 3 4 5 <sup>1</sup>
kleedt zich uit (kleding en schoeisel)	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
is tevreden over het aankleden	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
zorgt voor eigen privacy	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
oriënteert zich in de omgeving	1 2 3 4 5 <sup>3</sup>
is tevreden over het uitkleden	I II III IV V <sup>3</sup>
overig (specificeer)	

Niveau 4	D <sup>1</sup> Johnson & Maas, 1999 <sup>2</sup> AZG, 1998 <sup>3</sup> Mening expertgroep
----------	--

<sup>10</sup> Score om beoogd resultaat te noteren bij de indicatoren (NOC)

- 1 = afhankelijk, kan niet meewerken
- 2 = behoeft ondersteuning van een zorgverlener en een hulpmiddel
- 3 = behoeft hulp van een zorgverlener
- 4 = zelfstandig met hulpmiddel
- 5 = volkomen zelfstandig

- I = nooit
- II = zelden
- III = soms
- IV = vaak
- V = consistent

---

## Referenties

---

Allen M, Oberle K. Follow-up of day-surgery cataract patients. *J.Ophthalmic Nurs.Technol.* 1993; 12: 211-216

AVVV. Criteria voor richtlijnen. Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht, januari 2004.

Boter H, Mistiaen P, Duijnhouwer E, Groenewegen I. The problems of elderly patients at home after ophthalmic treatment. *J.Ophthalmic Nurs.Technol.* 1998; 17: 59-65

Buch H, Vinding T, Nielsen NV. Prevalence and causes of visual impairment according to World Health Organization and United States criteria in an aged, urban Scandinavian population: the Copenhagen City Eye Study. *Ophthalmology* 2001; 108: 2347-2357

Campbell VA, Crews JE, Moriarty DG, Zack MM, Blackman DK. Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults-- United States, 1993-1997. *Mor Mortal.Wkly.Rep.CDC Surveill Summ.* 1999; 48: 131-156

Crews JE, Campbell VA. Health conditions, activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments. *J Vis Impairment Blindness.* 2001; 95: 453-467

Cullum N. Evidence Based Nursing: uitdagingen en mogelijkheden. Anna Reynvaan Lezing 2000. *Verpleegkunde Nieuws* 2000.

Green J, Siddall H, Murdoch I. Learning to live with glaucoma: a qualitative study of diagnosis and the impact of sight loss. *Soc.Sci.Med.* 2002; 55: 257-267

Haymes SA, Johnston AW, Heyes AD. Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2002; 22: 79-91

Hellema F, Annema C, Bams M, Brinksma A, Boelens M, Buitenwerf J, Clingel van der M, Jansen G, Kastermans M, Luttik ML, Nijborg L, Pranger A, Wynia K. Standaardverpleegproblemen en –plannen. Academisch Ziekenhuis Groningen. Wolters Noordhof, 1998.

Ivanoff SD, Sonn U. Disability in daily life activities and visual impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2000; 7: 148-155

Johnson M, Maas M. Verpleegkundige zorgresultaten. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999. Vertaling van: Nursing Outcome Classification (NOC) St Louis: Mosby-Yearbook, 1997.

Klaver CC, Wolfs RC, Vingerling JR, Hofman A, de Jong PT. Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population: the Rotterdam Study. *Arch.Ophthalmol.* 1998; 116: 653-658

Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN (eds). *Guidelines for clinical practice. From development to use.* Washington D.C. National Academy Press, 1992

Lee P, Smith JP, Kington R. The relationship of self-rated vision and hearing to functional status and well-being among seniors 70 years and older. *Am J Ophthalmol.* 1999;127:447-452

Legro MW. Quality of life and cataracts: a review of patient-centered studies of cataract surgery outcomes. *Ophthalmic Surg.* 1991; 22: 431-443

Lindo G, Nordholm L. Adaptation strategies, well-being and activities of daily living among people with low vision. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 1999; 93: 434-446

Marx M, Werner P, Cohen-Mansfield J, Feldman R. The relationship between low vision and performance of activities of daily living in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:1018-1020

- McCloskey JC, Bulechek GM. Verpleegkundige interventies. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2002. Vertaling van: Nursing Interventions Classification (NIC), IOWA Intervention Project 3<sup>rd</sup> ed.. St. Louis: Mosby, 2000
- Melief W, Gorter K. Visual impairment and blindness in the Netherlands; report I: numbers and characteristics. Utrecht: Verwey-Jonker Institute, 1998
- Mistiaen P, Poot E, Hickox S, Wagner C. ADL-ondersteuning bij visueel beperkte patiënten. Een systematische review. TvZ, 2003; 10: 54-59
- Nakamura K, Otomo A, Maeda A, Kikuchi S, Motohashi Y, Tanaka M, Nakadaira H, Yamamoto M. Evaluation of complex activities in daily living of elderly Japanese with visual impairment. Aging 1999; 11(2): 123-126
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). NANDA verpleegkundige diagnoses: definities en classificatie 2003-2004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003
- Poot E, Hickox S, Mistiaen P, Wagner C, Heijnen-Kaales Y. Op weg naar een handleiding; Evaluatie van een stappenplan om bestaande richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden te verbeteren. Utrecht: LEVV/NIVEL, 2003
- Poot E, Mistiaen P, Hickox S, Wagner C. Effectiveness of interventions influencing activities of daily living in visually impaired patients: a systematic review. Insight, 2003, 4: 99-104
- Ramrattan RS, Wolfs RC, Panda-Jonas S e.a. Prevalence and causes of visual field loss in the elderly and associations with impairment in daily functioning: the Rotterdam Study. Arch.Ophthalmol. 2001; 119: 1788-1794
- Rudberg MA, Furner SE, Dunn JE, Cassel CK. The relationship of visual and hearing impairments to disability : an analysis using the longitudinal study of aging. Journal of Gerontology 48, 1993; 6: 261-265
- Salive ME, Guralnik J, Glynn RJ, Christen W, Wallace RB, Ostfeld AM. Association of visual impairment with mobility and physical function. J Am Geriatr Soc. 1994;42:287-292

Scott IU, Smiddy W, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas C. Quality of life of low vision patients and the impact of low vision services. *Am.J.Ophthalmol.* 1999; 128: 54-61

Shoemaker J. Vision Problems in the U.S.: prevalence of adult vision impairment and age-related eye disease in America. Prevent Blindness America/National Eye Institute, Schaumburg/Bethesda, 2002;

Wallhagen MI, Strawbridge WJ, Shema SJ, Kurata J, Kaplan GA. Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *J.Am.Geriatr.Soc.* 2001; 49: 1086-1092

WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM. ICF, Nederlandse vertaling van de "International Classification of functioning, Disability and Health". Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002

Wormald RP, Wright LA, Courtney P, Beaumont B, Haines AP. Visual problems in the elderly population and implications for services. *BMJ.* 1992;304:1226-1229

---

## Geraadpleegde bronnen

---

Berg J van den, Gorter K. Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986-1988. Den Haag: CBS/NIMAWO, Staatsuitgeverij, 1990.

Brug Y van der, Jongerden I. ICIDH in de verpleegkunde. Helder communiceren met het internationaal classificatiesysteem. Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg/LCVV, 2002

Buitenwerf J. Verpleegkundige diagnoses bij oogheelkunde patiënten, onderzoeksverslag. Groningen, maart 1996.

Haterd J van de. Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden. NIZW/LEVV. Utrecht 2000.

Hendrik Kok. Een huis met accenten. Assen: Zorgcentrum Hendrik Kok. Interzorg Noord Nederland, 2002

Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht: NIZW/LCVV, 1999.

Leytens & Wagner. Inventarisatie en beoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging. Utrecht:: NIVEL/LCVV, 1999.

Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN (eds). Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington D.C.: National Academy Press, 1992.

NVNV. Richtlijn verpleging en verzorging van mensen met de ziekte van Parkinson. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neuro-Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2000.

Stichting MD Fonds. Maculadegeneratie en hoe nu verder?. Utrecht: Bestuur MaculaDegeneratie Vereniging, 2002

Stichting Federatie Woonzorgcentra voor blinde en slechtziende ouderen (OBT). Zal ik u een arm geven. Richtlijnen voor zorg en dienstverlening aan blinde en slechtziende ouderen. Utrecht, jaartal onbekend.

---

## Bijlage 1: Mate van bewijslast

---

### **De conclusies in de richtlijn kunnen gebaseerd zijn op:**

---

- A1 Systematische review die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
  - A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
  - B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontrole-onderzoek).
  - C Niet vergelijkend onderzoek.
  - D Mening van deskundigen.
- 

### **Het niveau van de conclusie kan als volgt zijn:**

---

- 1 1 systematische review (1) of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2.
  - 2 Ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
  - 3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C.
  - 4 Mening van deskundigen, bijvoorbeeld leden expertgroep.
-



---

## Bijlage 2: Verantwoording inventarisatie van richtlijnen

---

### Doelstelling inventarisatie

Doelstelling van de inventarisatie was het kiezen van een richtlijn die verbeterd moest gaan worden en het verkrijgen van inzicht in de aanbevelingen uit de geïnventariseerde richtlijnen zodat deze in het verbetertraject (zie bijlage 3) aan experts konden worden voorgelegd om daarover hun mening te geven.

#### **1. Het inventariseren van bestaande richtlijnen.**

Op het ogenblik van de inventarisatie was er, volgens het projectvoorstel, sprake van het verbeteren van een richtlijn met betrekking tot de zelfredzaamheid van ouderen. Het projectteam had de zelfredzaamheid, op basis van de literatuur en de praktijk, toegespitst op zelfredzaamheid op het gebied van wassen, aankleden, eten en drinken. Het inventariseren van richtlijnen vond plaats in de periode juni 2002 - augustus 2002. Het inventariseren vond plaats op de volgende wijze:

##### A. Het raadplegen van de volgende databanken:

- Databank richtlijnen en protocollen van het LEVV;
- Databank Zorgmediatheek.

##### B. Het aanschrijven van de volgende instanties (totaal ca. 380):

- Beroepsverenigingen Verpleging & Verzorging;
- Fractieleden AVVV;
- Verpleegkundige / Verzorgende Advies Raden van ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, revalidatiecentra;
- Opleidingsinstellingen V&V (ROC en HBO-V);  
Vanwege het magere resultaat aan binnengekomen richtlijnen zijn de volgende instellingen telefonisch benaderd:
- 9 instellingen en 9 beroepsverenigingen waarvan tot dan toe geen reactie op de brief was verkregen.

- C. Het plaatsen van oproepen in de volgende vaktijdschriften: Tijdschrift voor Verpleegkunde (TvZ), Tijdschrift voor Verzorgenden (TvV), Verpleegkunde Nieuws, AVVV<sup>11</sup>-journaal, Nieuwsbrief VVVG<sup>12</sup>.
- D. Het plaatsen van oproepen op de volgende websites: STING, Zorgkrant, AVVV en LEVV<sup>13</sup>.

Om zoveel mogelijk richtlijnen te inventariseren is gevraagd en gezocht naar documenten die in de praktijk van verpleegkundigen en verzorgenden gebruikt worden voor de stimulering van de zelfredzaamheid (wassen, aankleden, eten en drinken) bij de oudere patiënt.

## **2. Beschrijving geïnterviewde documenten.**

Er zijn 14 documenten zelfredzaamheid geïnterviewd. De documenten betroffen veelal (standaard) verpleegplannen waarvan zelfredzaamheid in wassen, kleden etc. was beschreven als één van de verpleegproblemen.

## **3. Beoordeling geïnterviewde documenten.**

De beoordeling van de richtlijnen vond plaats met behulp van de criteria voor richtlijnen van de AVVV (AVVV, 2004). De richtlijnen werden beoordeeld door twee beoordelaars, onafhankelijk van elkaar. Indien er een verschillende beoordeling was, werd gediscussieerd tot consensus. Daar waar de beoordelaars van mening bleven verschillen, werd dit vermeld.

De kwaliteit van de documenten was matig. Goed scoorde met name het beschrijven van een doelstelling en het herkenbaar zijn van de onderdelen van het zorgproces. Het laagst scoorde het item dat aanbevelingen gericht moesten zijn op kritische beslismomenten. Verder was opvallend dat veel items niet te beoordelen waren door het ontbreken van aanvullende informatie.

---

<sup>11</sup> Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden

<sup>12</sup> Vereniging Verpleegkundigen Vakgebied Geriatrie

<sup>13</sup> Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging

**4. Keuze van een richtlijn.**

De richtlijn 'Zelfzorgtekort, aan-/ uitkleden bij een verminderd gezichtsvermogen' is gekozen om te gaan verbeteren omdat deze richtlijn veelal betrekking heeft op ouderen. Daarnaast vielen richtlijnen bijvoorbeeld af omdat reeds initiatieven in den lande plaatsvinden voor het betreffende ziektebeeld (Parkinson, CVA).

**5. Aanbevelingen uit geïnventariseerde richtlijnen voorleggen aan voor de experts.**

De aanbevelingen uit de geïnventariseerde richtlijnen werden niet ingebracht bij de experts omdat geen enkel ander document betrekking had op patiënten met oogziekten.



---

## Bijlage 3: Verantwoording systematische review

---

Om de richtlijn te onderbouwen is een systematische review uitgevoerd (Mistiaen e.a., 2003; Poot e.a., 2003). Hieronder vindt u een beknopte samenvatting van de methode.

### **Onderwerpkeuze en afbakening:**

In het projectvoorstel is geopteerd om een literatuurstudie te doen omtrent 'stimuleren van de zelfredzaamheid bij ouderen'. Tevens lag vast dat de review betrekking moest hebben op de effectiviteit van het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden.

Door het ontbreken van een richtlijn over genoemde onderwerp, is gekozen een review te doen omtrent ADL-ondersteunende maatregelen bij patiënten met een verminderd gezichtsvermogen, omdat hiervoor wel een richtlijn beschikbaar was.

Verdere operationalisatie en afbakening is gebeurd door discussies binnen het projectteam en op basis van commentaren van het wetenschappelijk overleg NIVEL, van de Cochrane Eyes and Vision Group, van een dokter van het Oogziekenhuis Rotterdam en van een verpleegkundige van de Nederlandse Vereniging voor Oogheelkundige Zorgverlening.

ADL werd geoperationaliseerd als wassen, aan/uitkleden, toiletteren, eten/drinken en mobiliteit in huis. De interventies zijn ingeperkt tot interventies die direct aangrijpen op de ADL zelf omdat deze het meest op het terrein van de verpleegkundigen en verzorgenden liggen. Interventies die indirect invloed hebben op de ADL, zoals oogchirurgie, visuele hulpmiddelen of omgevingsveranderende maatregelen, zijn buiten beschouwing gelaten omdat die meer op het terrein van andere beroepsbeoefenaren liggen.

Omdat naar aanleiding van externe adviezen om de review vooral niet te breed te maken, en omdat verwacht werd dat ADL-interventies wel eens anders zouden kunnen zijn voor patiënten met een tijdelijk beperkt gezichtsvermogen dan bij patiënten met een blijvende beperkt gezichtsvermogen, is besloten om de review in twee delen op te splitsen. Dit besluit was mede gebaseerd op het groot aantal referenties dat een voorlopige search liet zien.

Tevens is ervoor gekozen de review te beperken tot gecontroleerd interventieonderzoek, dit wil zeggen alle onderzoek waarin twee groepen worden vergeleken bij een bepaalde interventie, hetzij gerandomiseerde trials, hetzij niet gerandomiseerd vergelijkend

onderzoek, hetzij onderzoeken met een pre-posttest design. Deze beperking was gebaseerd op een aantal redenen:

- a. de doelstelling van de richtlijn betreft ondersteuning van hulpverleners op het gebied van interventies en algemeen wordt aangenomen dat onderzoek naar de effectiviteit van interventies het best aangetoond kan worden in (gerandomiseerd) vergelijkend onderzoek. Andere vormen van onderzoek, waarin geen vergelijking gebeurt, zeggen hooguit iets over de werkzaamheid en aanvaardbaarheid van een interventie, maar niets over de effectiviteit van een interventie.
- b. de externe adviezen om de review beperkt te houden
- c. de tijdsbeperkingen die verbonden waren aan het project

We zijn ons ervan bewust dat een systematische review waarin ook niet vergelijkend onderzoek zou zijn meegenomen mogelijk een nuttige aanvulling had kunnen geven over bijvoorbeeld de ervaringen en belevingen van patiënten van een bepaalde interventie, maar dit aspect werd nu gedekt door patiënten te betrekken in de expertgroep. Al met al leidden de overwegingen en keuzes tot de volgende inclusiecriteria en searchstrategieën.

### **Inclusiecriteria**

Voor de 1<sup>e</sup> deelreview waren de inclusiecriteria:

- Gecontroleerd interventieonderzoek;
- Bij volwassen patiënten die een oogheekkundige ingreep ondergaan;
- Waarbij experimentele interventie primair is gericht op de ADL-status (dus niet op (oog)aandoening of visuele beperking zelf);
- Waarbij interventie wordt gestart in de periode 2 weken voor tot 2 weken na chirurgie (dit vanwege de invloed op de ADL-status die van de operatie zelf uitgaat);
- Waarbij ADL-status is als uitkomstmaat gemeten binnen 3 weken na chirurgie.

Voor de 2<sup>e</sup> deelreview waren de inclusiecriteria:

- Gecontroleerd interventieonderzoek;
- Bij volwassen patiënten met verminderd gezichtsvermogen die geen oogheekkundige ingreep ondergingen;
- Waarbij experimentele interventie primair is gericht op de ADL-status (dus niet op (oog)aandoening of visuele beperking zelf);
- Waarbij ADL-status is als uitkomstmaat gemeten voor de start van de interventie en tenminste 3 maanden na het einde van de interventie;

- Er zijn geen verdere taal of datum restricties gehanteerd.

### Search

((((((((((((((("ophthalm\*" [All Fields] OR ("macular degeneration" [MeSH Terms] OR "age-related macular degeneration" [Text Word])) OR ("ophthalmologic surgical procedures" [MeSH Terms] OR eye surgery [Text Word])) OR "Visually Impaired Persons" [MESH]) OR "cataract" [All Fields]) OR "retinopathy" [All Fields]) OR "glaucoma" [All Fields]) OR "eye diseases" [MESH]) OR ("eye" [All Fields] AND "surgery" [All Fields])) OR ("visual" [All Fields] AND "impair\*" [All Fields])) OR ("visual" [All Fields] AND "deficit" [All Fields])) OR (("vision" [MeSH Terms] OR vision [Text Word]) AND deficit [All Fields])) OR "ophthalmology" [All Fields]) OR "ocular\*" [All Fields]) OR "optometry" [All Fields]) OR "optom\*" [All Fields]) OR "optic\*" [All Fields]) OR "orthopt\*" [All Fields])

AND

((((((((((((((("ACTIVITIES OF DAILY LIVING" [MESH] OR "Health Status" [MESH]) OR "Disability Evaluation" [MESH]) OR "Personal Autonomy" [MESH]) OR "self care" [MESH]) OR personal care [text word]) OR "ADL status" [All Fields]) OR "functional status" [All Fields]) OR ((functional [All Fields] AND status [All Fields]) AND decline [All Fields])) OR (functional [All Fields] AND decline [All Fields])) OR ((functional [All Fields] AND status [All Fields]) AND change [All Fields])) OR "functional recovery" [All Fields]) OR (("health status" [MeSH Terms] OR health status [Text Word]) AND change [All Fields])) OR ((("health" [MeSH Terms] OR health [Text Word]) AND decline [All Fields])) OR "functional ability" [All Fields]) OR "rehabilitation" [All Fields]) OR "self care deficit" [All Fields]) OR "quality of life" [MESH]) OR "functional outcome" [All Fields]) OR ((impairment [All Fields] AND daily [All Fields]) AND functioning [All Fields]))

AND

((((((((((((((("randomized controlled trial" [pt] OR "controlled clinical trial" [pt]) OR "randomized controlled trials" [All Fields]) OR "random allocation" [All Fields]) OR "double blind method" [All Fields]) OR "single blind method" [All Fields]) OR "clinical trial" [pt]) OR "trial" [tw]) OR "placebo\*" [All Fields]) OR "random\*" [All Fields]) OR "research design" [All Fields]) OR "research" [tw]) OR "comparative study" [All Fields]) OR "evaluation studies" [All Fields]) OR "follow up studies" [All Fields]) OR "prospective

studies" [All Fields]) OR "research" [tw]) OR "study" [tw]) OR ("intervention studies" [MeSH Terms] OR intervention studies[Text Word]))

Databases

PUBMED, CINAHL, EMBASE, COCHRANE CONTROLLED TRIAL REGISTER (inclusief the Eyes and Vision Group specialised register), SCIENCE CITATION INDEX, SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX, PSYCHINFO, ERIC, PICARTA, en INVERT

### **Inclusieprocedure**

De referenties die deze zoekacties opleverden zijn door twee personen onafhankelijk van elkaar beoordeeld op bovenstaande inclusiecriteria. Dit gebeurde in twee stappen:

1. De referenties zijn eerst beoordeeld op basis van de titel en indien aanwezig de samenvatting;
2. De referenties die na deze ronde overbleven zijn daarna als volledig artikel aangevraagd en opnieuw beoordeeld door dezelfde twee onderzoekers om te beoordelen of ze voldeden aan de inclusiecriteria.

Zodra duidelijk was dat een referentie aan een of meerdere inclusiecriteria niet voldeed, werd het geëxcludeerd. Hierdoor is het weliswaar niet meer mogelijk exacte opgave van de exclusieredenen te geven, maar kon er snel en efficiënt door de grote database gelopen worden.

### **Methodologische beoordeling**

De artikelen die uiteindelijk geïncludeerd zijn, zijn vervolgens geanalyseerd op inhoud en beoordeeld op de methodologische kwaliteit. Voor dit laatste werd gebruik gemaakt van het instrument ontwikkeld door van Tulder e.a. (van Tulder e.a., 1997). Dit instrument bestaat uit 19 criteria voor wetenschappelijke kwaliteit. De scores kunnen van 0 tot 19 lopen. Hoe hoger de score, hoe beter de methodologische kwaliteit. Afkappunten voor artikelen van lage en voldoende methodologische kwaliteit (minimaal 6/11 voor interne validiteit, minimaal 3/6 voor beschrijvende kenmerken en minimaal 1/2 voor de statistische criteria) zijn ontleend aan Steultjens e.a. (Steultjens e.a., 2002). De beoordeling gebeurde door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar; onenigheden zijn bediscussieerd waarna tot een gezamenlijk oordeel is gekomen.

### **Data-extractie**

Van elk geïncludeerd artikel zijn gegevens gescreend en vastgelegd betreffende:

- Auteurs;
- Tijdschrift;

- Publicatiedatum;
- Land;
- Onderzoekspopulatie (grootte, geslacht, leeftijd, oogproblematiek, co-morbiditeit);
- (controle)Interventie (aard, dosis, frequentie, vorm, uitvoerder);
- Onderzoeksdesign;
- Uitkomst (instrument, tijdstip en frequentie van meten, statistische bevindingen).

### **Analyse en Synthese**

Indien mogelijk, is statistische analyse voorgenomen volgens de richtlijnen van de Cochrane Eyes en Vision group en worden resultaten van diverse studies gesynthetiseerd naar één uitkomstmaat. Indien geen statistische pooling mogelijk zou zijn, zijn de resultaten descriptief worden weergegeven.



---

## **Bijlage 4: Verantwoording oordeel beroepsgenoten (praktijktoets)**

---

Van september 2003 tot en met januari 2004 is de richtlijn door verpleegkundigen en verzorgenden toegepast in de praktijk en aansluitend geëvalueerd.

### **Werving deelnemers**

Op de volgende wijze zijn deelnemers geworven:

- Oproepen in tijdschriften;
- Oproepen op websites;
- Aanschrijven van instellingen middels de verpleegkundige of verzorgende adviesraad;
- Het aandragen van namen door leden van de expertgroep

### **Aanmeldingen**

Er hebben zich uiteindelijk drie teams aangemeld en 11 personen op individuele titel.

### **Werkwijze**

Na aanmelding hebben de deelnemers de richtlijn, de samenvattingskaart, notitieformulieren en de werkwijze toegestuurd gekregen.

De werkwijze omvatte de volgende stappen:

1. Lees de richtlijn en samenvattingskaart rustig door. Noteer vragen en opmerkingen.
2. Kies één of meerdere patiënten waarop de richtlijn van toepassing is.
3. Doorloop het zorgproces minimaal één keer.
4. Noteer telkens alle vragen, opmerkingen, bijzonderheden, meningen e.d..
5. Aan het einde van de periode werd een vragenlijst ingevuld met betrekking op bruikbaarheid, duidelijkheid en integreerbaarheid van de richtlijn en te verwachten problemen bij implementatie:
  - a. Individuele deelnemers vulden een vragenlijst in voor individuele deelname.
  - b. Bij deelname door een team werd (vooraf) gevraagd of minimaal twee medewerkers een individuele vragenlijst wilden invullen. Daarnaast werd gevraagd de mening van het team te evalueren in een teamoverleg aan de hand

van een vragenlijst voor teamdeelname en deze vragenlijst na afloop van het overleg in te vullen.

### Respons

Eén team en zes individuele deelnemers hebben een vragenlijst geretourneerd. Het deelnemende team richt zich specifiek op ouderen met een verminderd gezichtsvermogen in een verzorgingshuis. In totaal hebben negen personen hun mening over de richtlijn gegeven. Twee personen hebben de richtlijn niet uitprobeerde. De belangrijkste reden voor non-respons was dat men in de betreffende periode geen cliënten in zorg had waarop de richtlijn van toepassing was.

### Resultaten

De richtlijn is uitprobeerde in de thuiszorg, in verzorgingshuizen en een revalidatiecentrum. De richtlijn is zowel door verpleegkundigen als verzorgenden uitprobeerde. De richtlijn is uitprobeerde bij de doelgroep van de richtlijn.

De richtlijn kreeg van de individuele deelnemers een gemiddeld rapportcijfer van 7,7 en van het team een gemiddelde rapportcijfer van 7,0.

De samenvattingskaart is beoordeeld met gemiddeld een 7,7 door de individuele deelnemers en met een 8,0 door het team.

De aanbevelingen uit de richtlijn zijn als duidelijk en bruikbaar beoordeeld en zijn gemakkelijk te integreren in de praktijk (zie tabel 1).

*Tabel 1 - Bruikbaarheid, duidelijkheid en integreerbaarheid van de richtlijn*

	bruikbaarheid	duidelijkheid	integreerbaarheid
gem. score <sup>14</sup> individueel	3,5	3,3	3,2
gem.score team	4,0	3,0	4,0

Geen van de deelnemers heeft problemen ervaren bij de toepassing van de richtlijn. Wel zijn er enkele suggesties gedaan voor verbetering van de richtlijn. Dit betreft vooral het eenvoudiger taalgebruik en de toevoeging van diagnosevragen.

<sup>14</sup> Score op een 4-puntsschaal.

### **Verwerking resultaten**

De resultaten van de praktijktoets zijn voorgelegd aan de experts in de derde expertbijeenkomst. Hieruit volgend zijn enkele wijzigingen aangebracht in de richtlijn, zoals het gebruik van eenvoudiger woorden bij moeilijke woorden. De diagnosevragen zijn niet toegevoegd omdat deze per instelling kunnen verschillen. De wijzigingen in de richtlijn zijn alsnog voorgelegd aan de experts in een schriftelijke ronde.



---

## **Bijlage 5: Adressen voor verwijzing bij aanpassingen, hulpmiddelen en training voor patiënteninformatie**

---

### **Voor alle soorten vragen:**

Slechtzienden- en blindenlijn (SB-lijn) op werkdagen van 9.00 uur tot 16.00 uur

Telefoon: 030-2945444

### **Voor vragen over Maculadegeneratie**

*Maculadegeneratie Vereniging*

Postbus 2034

3500 GA Utrecht

Telefoon: 030-2980707

[www.mdvereniging.nl](http://www.mdvereniging.nl)

*Maculadegeneratie Fonds*

Postbus 261

1000 GA Amsterdam

Telefoon: 040-2833161

[www.mdvereniging.nl](http://www.mdvereniging.nl)

### **Voor vragen over de landelijke en regionale zorginstellingen**

*Het Loo Erf*

Waldeck Pymontstraat 31

7315 JH Apeldoorn

Telefoon: 055-5800800

[www.visio.org](http://www.visio.org)

*Sonneheerdt*

Postbus 600

3850 AP Ermelo

Telefoon: 0341-498500

[www.anderzicht.nl](http://www.anderzicht.nl)

*Sensis, regio zuid Nederland (voorheen Theofaan)*

Postbus 54

5360 AB Grave

Telefoon: 0486-471003

[www.sensis.nl](http://www.sensis.nl)

*Bartiméus, regio midden en oost Nederland*

Postbus 1003

3700 BA Zeist

Telefoon: 030-6982211

[www.bartimeus.nl](http://www.bartimeus.nl)

*Visio, regio noord, Noord-Holland en zuid-west Nederland*

Amersfoortsestraatweg 180

1272 RR Huizen

Telefoon: 035-6988555

**Voor vragen over woonzorgcentra voor slechthziende en blinde ouderen**

*Vereniging voor Verzorgings- en Verpleeghuizen met een bijzondere functie (VVBF)*

Postbus 8258

3503 HG Utrecht

Telefoon: 030-2739600

[www.vvbf.nl](http://www.vvbf.nl)

*Low Vision Optiekbedrijven*

NUVO

Postbus 677

2003 RR Haarlem

Telefoon: 023-5427976

[www.nuvo.nl](http://www.nuvo.nl)