

ZORG OM VOOR OUDEREN



Henrieke Anker | Christine Bos | Nelleke van den Brink

Juni 2012



ZORG $\frac{\text{OM}}{\text{VOOR}}$ OUDEREN

Titel:	‘Zorg om/voor ouderen’
Auteurs:	Henrieke Anker (080334) Christine Bos (080643) Nelleke van den Brink (080703)
Opleiding:	HBO- Verpleegkunde Christelijke Hogeschool Ede Oude Kerkweg 100 6717 JS Ede
Opdrachtgever:	Huisartsen de Burgt Nederwoudseweg 17D 3772 TD Barneveld
Projectbegeleider:	Mw. A.E.P.E. Docter- Koot Praktijkverpleegkundige
Docent:	Mw. J. Klaassen Opleidingsdocent Academie Gezondheidszorg



© Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

W

Woord vooraf

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Zorg om/voor ouderen'. Dit onderzoek is het afstudeerproject voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Er is onderzocht hoe een ouderenzorgspreekuur optimaal kan worden vormgegeven, specifiek toegespitst op de situatie van 'Huisartsen de Burgt' te Barneveld.

Onze dank gaat uit naar een ieder die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoek. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar:

- Mw. J. Klaassen, onze begeleidend docent van de Christelijke Hogeschool Ede. Haar willen we bedanken voor haar enthousiasme, betrokkenheid en het meedenken tijdens het onderzoek.
- Mw. A.E.P.E. Docter- Koot, onze begeleider vanuit 'Huisartsen de Burgt', voor haar begeleiding, ideeën en betrokkenheid bij dit onderzoek.
- Drs. D.A. Jaspers, onze opdrachtgever, voor haar kritische blik en aanvullende feedback tijdens het onderzoek.
- De ouderen van 'Huisartsen de Burgt' die hebben meegewerkt aan dit onderzoek, voor hun actieve bijdrage, openheid en gastvrijheid.

Wij kijken terug op een leerzame en fijne periode waarin we de samenwerking als prettig hebben ervaren. Wij zijn trots op het resultaat dat voor u ligt en we hopen dat u dit met plezier zult lezen.

Ede, juni 2012

Henrieke Anker

Christine Bos

Nelleke van den Brink

S

Samenvatting

Aanleiding: Vanuit 'Huisartsen de Burgt' wordt aangegeven dat men meer aandacht wil besteden aan ouderen, dit door middel van een ouderenzorgspreekuur. Hiervoor wil men laten onderzoeken waar de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen liggen.

Vraagstelling: Hoe kan een ouderenzorgspreekuur optimaal worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen van 'Huisartsen de Burgt'?

Doelstelling: Door middel van literatuuronderzoek, kwantitatief en kwalitatief onderzoek, ontvangt 'Huisartsen de Burgt' een implementatieplan voor het opzetten van een ouderenzorgspreekuur.

Methode: Om antwoord te krijgen op de vraagstelling is er gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Om de probleemgebieden van 75+ ouderen in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek, dit door middel van het versturen van 227 TraZAG lijsten. De respons bedroeg 201 TraZAG lijsten. Om de behoeftes van 75+ ouderen in kaart te brengen zijn er binnen deze doelgroep tien semi- gestructureerde interviews gehouden.

Resultaten: Uit de resultaten van het TraZAG screeningsonderzoek blijkt dat de probleemgebieden polyfarmacie, mobiliteit en geheugen het hoogst scoren. 46,8% van de ouderen scoort op het probleemgebied polyfarmacie, 46,2% scoort op het probleemgebied mobiliteit en 38,6% scoort op het probleemgebied geheugen.

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat de ouderen behoefte hebben aan een kundige zorgverlener die kennis heeft, hen serieus neemt, begrip toont, hartelijk is, aandacht voor hen heeft, raad geeft en waarbij er voldoende tijd wordt vrijgemaakt voor de oudere.

Conclusie en aanbevelingen: In het ouderenzorgspreekuur moet in eerste instantie aandacht besteed worden aan de probleemgebieden polyfarmacie en mobiliteit. Binnen het ouderenzorgspreekuur moet een zorgverlener werkzaam zijn die beschikt over empathie en sympathie.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Woord vooraf	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Introductie	6
1.1 Aanleiding	7
1.2 Contextbeschrijving	7
1.3 Probleemomschrijving	8
1.4 Begripsdefiniëring	9
2. Methode	10
2.1 Type onderzoek	11
2.2 Dataverzameling	11
2.3 Populatie en steekproef	12
2.4. Verwachte respons	13
2.5 Ethische afwegingen	14
2.6 Data analyse	14
2.7 Betrouwbaarheid	15
2.8 Validiteit	15
3. Resultaten	17
3.1 Resultaten literatuuronderzoek	18
3.2 Resultaten screeningsonderzoek	23
3.3 Resultaten interviews	26
4. Conclusie	30
5. Discussie en aanbevelingen	33
5.1 Discussie	34
5.2 Aanbevelingen	36
Literatuurverwijzing	37
Bijlagen	43
Bijlage 1. Tijdsplan	44
Bijlage 2. Uitwerking literatuuronderzoek	47
Bijlage 3. Begeleidende brief	64
Bijlage 4. TraZAG lijst	65
Bijlage 5. Topiclijst interviews	66
Bijlage 6. Analyse interviews	68

1. Introductie



1.1 Aanleiding

De bevolking van Nederland is geleidelijk aan het vergrijzen. *‘Vergrijzing houdt in dat het aandeel ouderen in de totale bevolking toeneemt’* (RIVM, 2011). Begin 2011 telde Nederland 2,6 miljoen ouderen van 65 jaar en ouder. Dit betreft 16% van de totale bevolking, in 1900 was dit nog 6%. De verwachting is dat de omvang van deze groep alleen nog maar zal toenemen. Verwacht wordt dat dit 24% zal zijn in 2050 (RIVM, 2011).

Ouder worden gaat bij veel ouderen gepaard met achteruitgang van hun cognitieve en fysieke vermogens. Daarnaast kunnen ouderen te kampen krijgen met ouderdoms-gerelateerde ziekten. Hierbij valt te denken aan ziekten van hart- en bloedvaten, aantasting van de hersenen, vermindering van het functioneren van het bewegingsapparaat, diabetes mellitus type 2, longziekten, kanker en psychische aandoeningen (Oostelaar e.a., 2005). Naarmate men ouder wordt neemt ook de comorbiditeit toe. Bovengenoemde ziekten en aandoeningen vragen de aandacht van de huisarts en/of de praktijkverpleegkundige.

Vanuit ‘Huisartsen de Burgt’ wordt op dit moment, binnen de spreekuren van de praktijkverpleegkundigen, aandacht besteed aan patiënten met diabetes mellitus type 2, astma, COPD, cardiovasculaire risico’s en aan patiënten die graag willen stoppen met roken. Tijdens deze spreekuren is er niet de mogelijkheid om aandacht te schenken aan de zorgvraag die buiten deze ziekten valt. Dit vanwege inhoudelijke zorgafspraken die gemaakt zijn met ketenzorgpartners en zorgverzekeraars.

Met name de praktijkverpleegkundigen geven aan dat ze op dit moment regelmatig ouderen zien waarbij problemen zijn ontstaan met betrekking tot polyfarmacie, mobiliteit en cognitie.

De praktijkverpleegkundigen en huisartsen van ‘Huisartsen de Burgt’ hebben daarom het idee dat een ouderenzorgspreekuur van meerwaarde zou kunnen zijn, aangezien er sprake is van een grote groep ouderen. Dit betreft de ouderen die reeds gezien worden door de praktijkverpleegkundige tijdens de huidige spreekuren en daarnaast de grote groep ouderen die niet gezien wordt door de praktijkverpleegkundige.

Vanuit ‘Huisartsen de Burgt’ wordt aangegeven dat men meer aandacht wil besteden aan ouderen, dit door middel van een ouderenzorgspreekuur. Hiervoor wil men laten onderzoeken waar de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen liggen, zodat met deze informatie, door middel van een ouderenzorgspreekuur, de grootst mogelijke gezondheidswinst voor de ouderen wordt behaald.

Daarnaast is er vanuit ‘Huisartsen de Burgt’ de vraag gekomen om een implementatieplan te ontwikkelen voor het opzetten van een ouderenzorgspreekuur.

1.2 Contextbeschrijving

Binnen ‘Huisartsen de Burgt’ zijn drie huisartsen werkzaam: drs. D.A. Jaspers, drs. L.W.C. ’t Mannetje en drs. A.J.H.M. Vermeulen. Zij hebben ieder een eigen praktijk, maar zij werken samen door middel van een samenwerkingsverband. Bij ziekte/vakantie vervangt men elkaar. Drs. C. Rietmeijer en drs. J.M.N. Hoenderdaal nemen waar voor deze drie huisartsen wanneer nodig.

De huisartsen zijn gevestigd binnen ‘Medisch centrum de Burgt’ op de Nederwoudseweg 17D in Barneveld.

Sinds 2008 is bij 'Huisartsen de Burgt' een praktijkverpleegkundige in dienst gekomen, mw. A.E.P.E Docter-Koot. Sinds 2009 is dit uitgebreid met een tweede praktijkverpleegkundige, mw. H.R. Weisbeek-Lantinga. Deze praktijkverpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de spreekuren die betrekking hebben op de patiëntencategorieën astma, COPD, CVRM, SMR en diabetes mellitus type 2.

1.3 Probleemomschrijving

1.3.1 Probleemstelling

Voor 'Huisartsen de Burgt' is het onbekend waar de probleemgebieden van de ouderen liggen. Daarnaast is het onbekend welke behoeftes de ouderen hebben ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur. De praktijkverpleegkundigen zien ouderen binnen de huidige spreekuren van COPD/astma, diabetes mellitus type 2, CVRM en SMR waarbij men wel problemen signaleert maar waarbij men niet over de capaciteiten, faciliteiten en financiële middelen beschikt om deze problemen aan te pakken.

1.3.2 Doelstelling

Medio juni 2012 is er een implementatieplan ontwikkeld voor het opzetten van een ouderenzorgspreekuur voor 'Huisartsen de Burgt'. Dit implementatieplan is gebaseerd op literatuuronderzoek en praktijkgericht onderzoek, waarin de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen zijn onderzocht. Het uiteindelijke doel van het ouderenzorgspreekuur is het bevorderen van de kwaliteit van leven van de oudere zorgvrager.

1.3.3 Centrale vraagstelling

Hoe kan een ouderenzorgspreekuur optimaal worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen van 'Huisartsen de Burgt'?

1.3.4 Onderzoeksvragen literatuuronderzoek

1. Wat is een ouderenzorgspreekuur in een huisartsenpraktijk?
2. Welke praktische zaken zijn er nodig om een ouderenzorgspreekuur te laten functioneren?
3. Hoe ziet de functieomschrijving van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen binnen een ouderenzorgspreekuur eruit?
4. Welke screeningsinstrumenten zijn er om te inventariseren waar de verpleegkundige aandachtspunten moeten liggen in de zorg voor ouderen?

1.3.5 Onderzoeksvragen praktijkonderzoek

1. Welke probleemgebieden zijn er bij de ouderen ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur?
2. Welke behoeftes zijn er bij de ouderen ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur?

1.4 Begripsdefiniëring

In deze verklarende woordenlijst worden de begrippen toegelicht die belangrijk zijn bij het lezen van dit verslag.

Agis	Zorgverzekeringsmaatschappij waarmee 'Huisartsen de Burgt' een overeenkomst heeft afgesloten in het kader van de ketenzorg diabetes mellitus en COPD en SMR.
CVRM	CardioVasculair RisicoManagement. Dit houdt het spreekuur in waarbij de praktijkverpleegkundige zich richt op preventie van en begeleiding bij hart- en vaatziekten. Binnen dit spreekuur zijn twee groepen patiënten te onderscheiden. Patiënten met een risico op hart- en vaatziekten en patiënten die al hart- en vaatziekten hebben.
MicroHIS	Huisartsen Informatie Systeem. Dit is het digitale systeem waarin binnen 'Huisartsen de Burgt' de gegevens van de patiënten geregistreerd staan.
SMR	Stoppen Met Roken. Dit houdt het spreekuur in waarbij de praktijkverpleegkundige de patiënt begeleiding geeft bij het stoppen met roken.
TraZAG	Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie. <i>'Dit is een instrument dat gebruikt kan worden om problemen in de zorgsituatie van een patiënt op een systematische wijze op te sporen en in kaart te brengen.'</i> (Warnier, 2008).

2. Methode



2.1 Type onderzoek

Onderzoek kan worden verdeeld in fundamenteel en praktijkgericht onderzoek (Verhoeven, 2010). Dit onderzoek is een praktijkgericht onderzoek, aangezien het gericht is op het oplossen van een probleem in de werksituatie van 'Huisartsen de Burgt'.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag: *'Hoe kan een ouderenzorgspreekuur optimaal worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen van "Huisartsen de Burgt"?'*, is er gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Er is sprake van een kwalitatieve onderzoeksmethode, omdat een deel van de onderzoeksvragen betrekking heeft op meningen en verwachtingen van de ouderen (Verhoeven, 2010). Dit is onderzocht door middel van semi- gestructureerde interviews.

Daarnaast is gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek: de probleemgebieden van de ouderen worden in kaart gebracht door middel van het screeningsinstrument TraZAG.

2.2 Dataverzameling

2.2.1 Oriënterende fase

Er is contact gelegd met praktijkverpleegkundigen die expertise hebben op het gebied van ouderenzorg. Door middel van gesprekken en e-mail- contact is er getracht om kennis en ideeën te verkrijgen betreffende het ouderenzorgspreekuur en de opzet hiervan.

Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met de huisartsen en praktijkverpleegkundigen van 'Huisartsen de Burgt' om hun verwachtingen ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur te inventariseren.

2.2.2 Literatuuronderzoek

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van secundaire literatuur. Secundaire literatuur is literatuur waarin het onderwerp niet voor het eerst wordt behandeld (Verhoeven, 2010). De geraadpleegde literatuur heeft betrekking op: ouderenzorgspreekuur, screeningsinstrumenten, functieomschrijving praktijkverpleegkundige en huisarts, en het afnemen van een interview.

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de zoekmachines Google en Google Scholar op het internet, database Academic Search, HBO voorsprong, HBO kennisbank, PubMed en Invert. Er is gezocht op de volgende zoekwoorden: ouderenzorgspreekuur huisartsenpraktijk, vergrijzing, ouderen, praktijkverpleegkundige, screeningsinstrumenten ouderen, functieomschrijving praktijkverpleegkundige ouderenzorg, Agis.

2.2.3 Screeningsonderzoek

Om te onderzoeken welke probleemgebieden bij de ouderen aandacht vragen ten aanzien van het ouderenzorgspreekuur is er een screeningsonderzoek uitgevoerd. Dit is gedaan met behulp van het gevalideerde TraZAG instrument. Bij het in kaart brengen van zorgproblemen kan gebruik gemaakt worden van

de patiëntenversie van de TraZAG. Dit is een korte vragenlijst die door de patiënt ingevuld kan worden. De vragenlijsten zijn via de post aan de ouderen toegestuurd. De selectie van de ouderen heeft plaats gevonden aan de hand van het Huisartsen Informatie Systeem (MicroHIS). Bij de vragenlijst is een begeleidende brief op naam van de huisartsen toegevoegd. Hierin is aan de ouderen gevraagd binnen twee weken de vragenlijst te retourneren in de bijgevoegde gefrankeerde antwoordenvelop.

2.2.4 Interview

Er zijn semi- gestructureerde interviews afgenomen. In een semi- gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van te voren vast, maar de onderwerpen wel (Baarda e.a., 2007). Er is alle ruimte voor eigen inbreng van de respondent (Verhoeven, 2010). Het interview is afgenomen aan de hand van een topiclijst. De topics zijn gedeeltelijk bepaald middels literatuuronderzoek en anderzijds aan de hand van aandachtspunten die door de huisartsen en praktijkverpleegkundigen zijn genoemd.

Het interview is door één studentonderzoeker afgenomen. Een tweede studentonderzoeker is ook bij dit interview aanwezig geweest. Deze tweede studentonderzoeker is nagegaan of er voldoende informatie verzameld was, wanneer nodig heeft deze studentonderzoeker vragen gesteld ter verduidelijking. De interviews zijn anoniem afgenomen.

2.3 Populatie en steekproef

2.3.1. Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit de ouderen van 'Huisartsen de Burgt'. Naar aanleiding van literatuurstudie in de oriënterende fase, is vastgesteld dat 75+ als leeftijdsgrens zal worden aangehouden voor de onderzoekspopulatie ouderen. Het aantal 75+ ouderen bestond op 13 februari 2012 uit 558 patiënten.

2.3.2 Steekproef

Screeningslijsten

In het MicroHIS staan de ouderen geregistreerd van 'Huisartsen de Burgt'. Voor het bepalen van de onderzoekspopulatie ouderen voor de screeningslijsten is uit het MicroHIS willekeurig een steekproef getrokken. Hierdoor hebben alle ouderen een even grote kans gehad om in de steekproef terecht te komen. Deze steekproef is een systematische steekproef met aselekt begin. Bij het bepalen van de grootte van de steekproef is de volgende formule gehanteerd:

$$n \geq \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2} \quad 227 \geq \frac{558 \times 1.96^2 \times 50(1-50)}{1.96^2 \times 50(1-50) + (558-1) \times 5}$$

n = het aantal benodigde respondenten.

z = de standaardafwijking bij een bepaald betrouwbaarheids%.

N = de grootte van de populatie

p = de kans dat iemand een bepaald antwoord geeft

F = de foutmarge (Right Marktonderzoek, 2009)

Interview

Bij het interview is een selecte steekproef gemaakt. De huisartsen en praktijkverpleegkundigen hebben ouderen aangedragen die gemiddeld wekelijks de aandacht van de huisarts vragen. Mede in overleg met de opdrachtgever en begeleidend docent, zijn er 10 interviews afgenomen. Dit is een pragmatische keuze in verband met de beschikbare tijd en deadline voor het onderzoek.

2.3.3 Criteria

Om het onderzoek goed af te bakenen, zijn een aantal criteria opgesteld. Inclusiecriteria gaan over voorwaarden waaraan deelnemers moeten voldoen. Exclusiecriteria zijn kenmerken die ouderen uit de doelgroep juist moeten uitsluiten om mee te kunnen doen.

Inclusiecriteria:

- Ouderen van 75 jaar en ouder.
- Ouderen die zelf niet in staat zijn de screeningslijst in te vullen, maar waarvan de mantelzorger de vragenlijst kan invullen.

Exclusiecriteria:

- Ouderen die in de terminale fase verkeren.
- Ouderen waarvan de huisarts aangeeft dat desbetreffende patiënt, om medische redenen, niet in staat is de screeningslijst in te vullen.

2.4. Verwachte respons

Respons is dat deel van het screeningsonderzoek wat correct ingevuld terugkomt en bruikbare informatie geeft. Mogelijkheden om de respons te vergroten zijn (Verhoeven, 2010):

- Testen TraZAG screeningslijst
- Schrijven van een begeleidende brief
- Toevoegen gefrankeerde antwoordenvolp
- Waarborgen privacy
- Goed verzorgde lay-out
- Vermelding van onderzoeksproject op website van opdrachtgever

Het deel wat niet- of oningevuld terugkomt heet non-respons. Non-respons kan van invloed zijn op de uitkomst van de onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2010). Dit kan veroorzaakt worden door gebrek aan motivatie, gebrek aan kennis en vaardigheden, ouderen die niet in staat zijn om mee te werken door ziekte, handicap en dergelijke.

Bij een onderzoek in gemeente Barneveld, 'Project eenzaamheid bij ouderen Barneveld 2008-2011', onder ouderen van 75+, is een respons van 85% in de plaats Barneveld behaald (Werkgroep seniorenraad Barneveld, 2010). Uitgaande van deze gegevens is verwacht dat een minimale respons van 60% haalbaar is.

2.5 Ethische afwegingen

Het onderzoek is ethisch verantwoord als er geen valse voorstelling van zaken wordt gegeven, de ouderen op basis van vrijwilligheid meewerken en de uitkomsten van het onderzoek geen nadelige effecten hebben op de ouderen (Baarda e.a., 2006). Doormiddel van een begeleidende brief is er aan de onderzoekspopulatie toestemming gevraagd om mee te werken aan het screeningsonderzoek. De TraZAG vragenlijsten zijn anoniem ingevuld.

De reden om deze vragenlijsten anoniem te versturen is omdat er anders mogelijk een verkeerde verwachting zou worden geschept bij de oudere. De verwachting van de oudere zou kunnen zijn dat 'Huisartsen de Burgt' direct actie zou ondernemen naar aanleiding van de ingevulde problemen.

Met de gegevens uit MicroHIS is vertrouwelijk omgegaan. De adressen van de ouderen zijn alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Er is telefonisch toestemming gevraagd aan de ouderen voor medewerking aan het interview. Hierbij is aangegeven dat er vertrouwelijk zal worden omgegaan met de onderzoeksgegevens.

2.6 Data analyse

2.6.1 Data analyse van literatuuronderzoek

De analyse van de literatuur is gericht op het beantwoorden van de deelvragen. Hierbij is het van belang dat de informatie toegespitst is op het onderwerp. Daarnaast is er gelet op het feit dat de literatuur 'evidence based' is.

2.6.2 Data analyse van screeningsonderzoek

De kwantitatieve gegevens van het screeningsonderzoek zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Excel. Het doel van het screeningsonderzoek is geweest om een antwoord te krijgen op onderzoeksvraag één van het praktijkgerichte onderzoek.

2.6.3 Data analyse van de interviews

De interviews met de ouderen zijn opgenomen op een voice recorder. De interviews zijn beluisterd en tegelijkertijd letterlijk uitgewerkt. Deze uitwerking is daarna geanalyseerd. Verhoeven (2010) beschrijft in 8 stappen als volgt hoe de verzamelde gegevens geanalyseerd kunnen worden. Dit houdt in dat de getypte teksten uiteengegafeld worden en dat structuur wordt aangebracht. De tekst wordt verdeeld in fragmenten en er wordt een code aan toegekend. De codes worden gegroepeerd om een lijn te ontdekken in de gegeven antwoorden. Vervolgens worden de gecodeerde begrippen gesorteerd en wordt er een hiërarchie aangebracht en naar verbanden gezocht. Tenslotte wordt er een structuur aangebracht in de begrippen en dit wordt verwerkt in een model.

Bovengenoemde stappen zijn aangehouden, met als doel een antwoord te krijgen op deelvraag twee van het praktijkgerichte onderzoek.

2.7 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid van onderzoek is de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Om de betrouwbaarheid voldoende te toetsen moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Leidt het tot dezelfde resultaten, dan is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2010). Om de betrouwbaarheid van het screeningsonderzoek te verhogen is een zo groot mogelijke steekproef uitgevoerd.

De TraZAG screeningslijst is door middel van een pilot getest. Dit houdt in dat de TraZAG vragenlijst bij vijf ouderen, die op de reeds bestaande spreekuren van de praktijkverpleegkundigen komen, getest is. Er is getest op de begrijpelijkheid van de vragen en de wijze van invullen. Waar nodig zijn aanpassingen gedaan om de lay-out te verduidelijken. Daarnaast is er tijdens de interviews gebruik gemaakt van opnameapparatuur en zijn de uitspraken van de betrokken partijen getranscribeerd. Hierdoor is interpretatie van de onderzoekers op het analyseren van deze interviews zoveel mogelijk uitgesloten. De bewerking van het getranscribeerde materiaal is in een apart bestand bewaard, zodat het originele materiaal bewaard blijft voor eventuele heranalyse (Verhoeven, 2010).

2.8 Validiteit

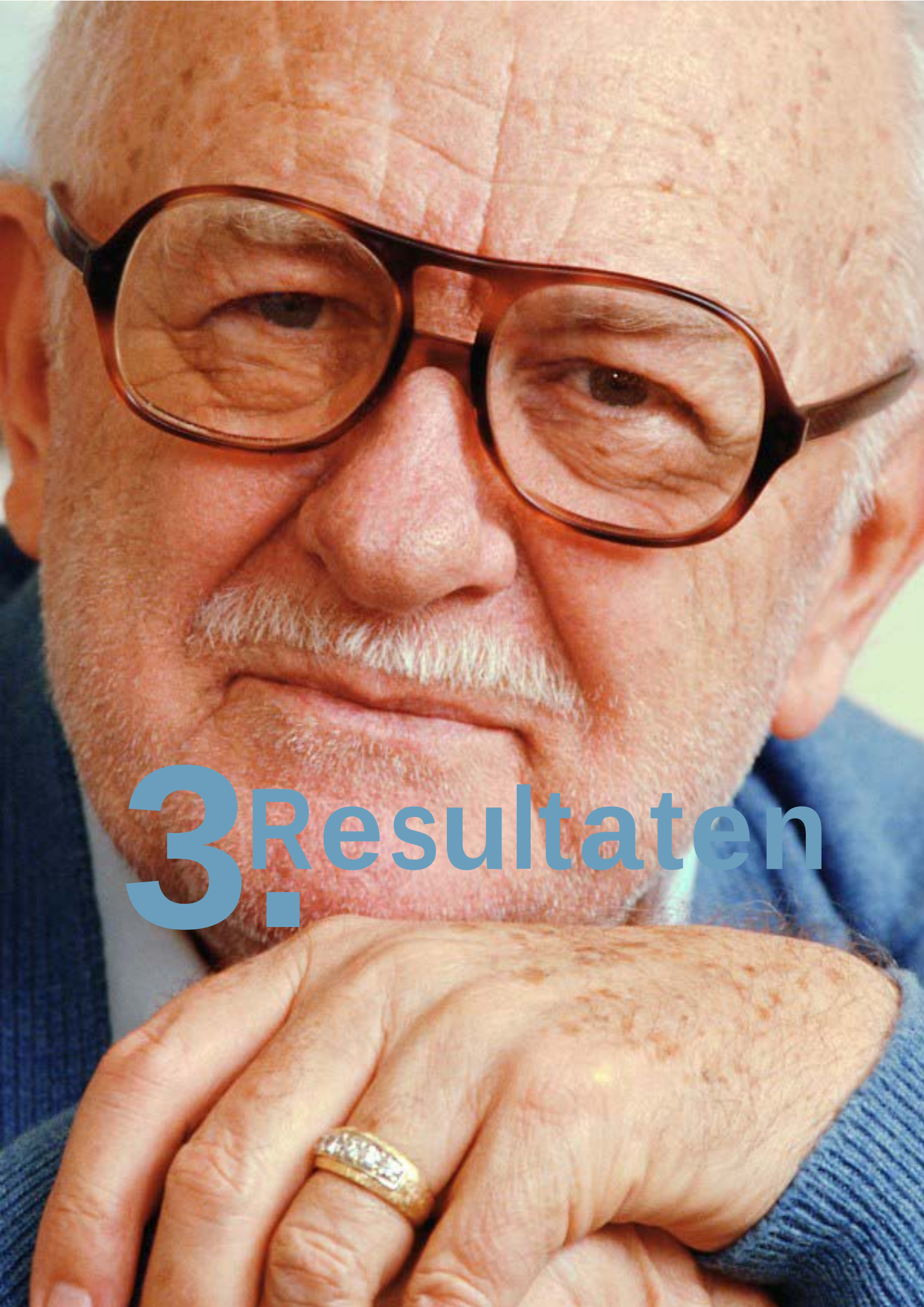
Bij validiteit gaat het om de afwezigheid van systematische fouten (Verhoeven, 2010).

In dit onderzoek wordt de validiteit verhoogd door onderstaande punten.

Bij het uitvoeren van het screeningsonderzoek is gebruik gemaakt van het TraZAG instrument, wat een gevalideerd instrument is. Verder zijn voorafgaand aan het onderzoek de volgende punten opgesteld aangaande validiteit:

- Bij het voorbereiden en afnemen van de interviews zal met het aspect van sociaal wenselijke antwoorden rekening worden gehouden, zodat dit tot een minimum beperkt wordt.
- Voorafgaand aan het interview zal vermeld worden dat het interview anoniem is.

- Tijdens het interview zal er gebruik gemaakt worden van gesprekstechnieken, voornamelijk doorvragen.
- Er zal zo veel mogelijk voorkomen worden dat partner en/of mantelzorger bij het interview aanwezig zal zijn, dit door tijdens het telefonisch contact te benoemen dat het interview alleen wordt gehouden met de desbetreffende respondent. Indien een partner en/of mantelzorger wel aanwezig is/zijn, dan wordt er aan hen gevraagd om tijdens het interview geen aanvullingen te geven. Wanneer desbetreffende partner en/of mantelzorger toch belangrijke aanvullingen noemt tijdens het gesprek dan worden deze aanvullingen geverifieerd bij de geïnterviewde.
- Er wordt een logboek bijgehouden waarin aantekeningen worden gemaakt met betrekking tot belangrijke beslissingen tijdens de uitvoering van het onderzoek. Dit verhoogt overigens ook de betrouwbaarheid van het onderzoek.

A close-up portrait of an elderly man with light skin, wrinkles, and a mustache. He is wearing dark-rimmed glasses and a blue sweater. His hands are clasped under his chin, and he is wearing a gold ring with a diamond on his left ring finger. The background is blurred.

3. Resultaten

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is gedaan om antwoord te krijgen op de volgende deelvragen:

- Wat is een ouderenzorgspreekuur in een huisartsenpraktijk?
- Welke praktische zaken zijn er nodig om een ouderenzorgspreekuur te laten functioneren?
- Hoe ziet de functieomschrijving van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen binnen een ouderenzorgspreekuur eruit?
- Welke screeningsinstrumenten zijn er om te inventariseren waar de verpleegkundige aandachtspunten moeten liggen in de zorg voor ouderen?

In dit hoofdstuk is een samenvatting van de literatuurstudie opgenomen. De volledige literatuurstudie is te vinden in bijlage 2.

3.1.1 Wat is een ouderenzorgspreekuur in een huisartsenpraktijk?

Ouderen

Als beantwoording op deze deelvraag is er allereerst gekeken naar de definitie van ouderen. Het is moeilijk een strikte definitie te geven als het gaat om het begrip 'ouderen'. Aangezien ouderdomsveranderingen voortdurend en sluipend komen en per individu sterk verschillen, is er geen scherpe grens te trekken wanneer iemand tot de ouderen behoort.

Ontstaan ouderenzorgspreekuur

De veranderde en groeiende zorgvraag is leidend voor de ontwikkeling van personele functies in de huisartsenpraktijk. Deze ontwikkelingen in de eerstelijnszorg vragen een andere capaciteit en samenstelling van het team. De ontwikkeling in de zorgvraag en in het zorgaanbod heeft diverse oorzaken (NHG/LHV, 2011). Eén daarvan is de vergrijzing die op dit moment in Nederland aan de orde is. Gezond zijn en blijven is voor ouderen en voor de maatschappij als geheel van cruciaal belang, om zo de kans op gezondheidsklachten te beperken (LNV, 2010). Veroudering leidt echter wel tot het verminderen van de lichaamsfuncties, die als gevolg kunnen hebben dat chronische kwalen bij ouderen optreden (Eulderink e.a., 2004).

Naar verwachting zal de komende jaren in de Nederlandse samenleving het aantal zelfstandig wonende ouderen met fragiliteit toenemen (Gobbens e.a., 2007). Dit vraagt om zorg die dicht bij de ouderen is georganiseerd, hierbij heeft de zorg vanuit de huisartsenpraktijk een belangrijke functie (Menzis, 2010). Om de groeiende zorgvraag het hoofd te bieden, de werkdruk van huisartsen te verminderen en het tekort aan zorg aan te vullen met als gevolg om de kwaliteit van zorg te verbeteren, wordt voor de complexe zorg van ouderen de praktijkverpleegkundige ingezet (Beusmans e.a., 2007).

Kwetsbare ouderen

Een ouderenzorgspreekuur richt zich met name op de groep 'kwetsbare ouderen'. Volgens een LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) studie is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen. Onder kwetsbaarheid verstaat zorgverzekeraar Agis: 'een proces van

het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)’ (SCP, 2011).

Aandachtsgebieden ouderenzorgspreekuur

Om de zelfredzaamheid van ouderen zolang mogelijk te behouden en te bevorderen is een vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg nodig, vooral vanuit de huisartsenpraktijk (Boekholdt e.a., 2010). Gezichtsstoornissen, coronaire hartziekten en artrose zijn de drie meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar, gevolgd door diabetes en ouderdoms en lawaaidooftheid (RIVM, 2007). Daarnaast kunnen ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van botten en gewrichten, longziekten en kanker de gezondheid van ouderen verstoren (Oostelaar e.a. 2005). Dementie, delier en depressie zijn de meest voorkomende psychische stoornissen bij ouderen.

3.1.2 Welke praktische zaken zijn er nodig om een ouderenzorgspreekuur te laten functioneren?

Vanuit de praktijkwijzer ouderenzorg (2010) van de NHG zijn de volgende punten beschreven die essentieel zijn voor het laten functioneren van een ouderenzorgspreekuur. Hieronder worden deze punten samenvattend beschreven.

Personeel, opleiding en scholing

In een huisartsenpraktijk vormen de huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige en de praktijkassistente gezamenlijk het kernteam (NHG/LHV, 2011). Dit kernteam is te onderscheiden in drie verschillende deskundigheidsniveaus: de huisarts op academisch niveau, de praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner op HBO- niveau en de praktijkassistente op MBO- niveau (NHG/LHV, 2011). Het is noodzakelijk dat een praktijkverpleegkundige op HBO-niveau functioneert in combinatie met een verpleegkundige opleiding (NHG, 2010).

Voor praktijkondersteuners met een verpleegkunde achtergrond kan het, afhankelijk van de ervaring als verpleegkundige, noodzakelijk zijn om een aanvullende scholing gericht op casemanagement voor complexe ouderenzorg te volgen (NHG/LHV, 2011). Praktijkverpleegkundige die zich nog niet hebben gespecialiseerd in ouderenzorg kunnen diverse cursussen volgen. Praktijkverpleegkundigen die al werkzaam zijn in de ouderenzorg, kunnen diverse nascholingen volgen.

Huisvesting

De NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg noemt het spreekuur en visites als mogelijkheden om de ouderen te ontmoeten (NHG, 2010). Ook is het mogelijk dat binnen een verzorgingstehuis de huisarts en praktijkverpleegkundige elk hun eigen spreekuur hebben op bepaalde vaste tijden (NHG, 2010).

Financiering

Vanuit de Praktijkwijzer Ouderenzorg wordt aangegeven dat er nog geen specifieke financiering is voor de

POH- Ouderenzorg (NHG, 2010). Het gebruik maken van ruimte voor de generieke taken voor de POH-chronische zorg wordt als mogelijkheid genoemd. Als andere mogelijkheid wordt het meefinancieren van de POH door het verzorgingshuis genoemd. Daarnaast kunnen er afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar voor een aanvullend zorgaanbod voor proactieve screening of casemanagement. Als laatste mogelijkheid wordt aangedragen dat er een beroep gedaan kan worden op WMO gelden van de gemeente, dit voor mantelzorgondersteuning en proactieve screening (NHG, 2010).

Samenwerking andere disciplines

Aangezien ouderen in toenemende mate langer thuis blijven wonen krijgen zij te maken met veel verschillende partijen op de gebieden van wonen, zorg en welzijn. Zorg voor kwetsbare ouderen vraagt om multidisciplinaire samenwerking (Agis, 2012). Het is van belang dat de huisarts en praktijkverpleegkundige samenwerken met wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten met specialisatie ouderenzorg, maatschappelijk werk, specialist ouderengeneeskunde, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en pastor/ geestelijk verzorger (NHG, 2010).

In de Module Kwetsbare ouderen (Agis, 2012) worden daar nog de volgende disciplines aan toegevoegd: apotheker, ergotherapeut, POH- GGZ, WMO (ouderenadviseur), geriater en geheugenpoli. Multidisciplinaire samenwerking vraagt zorg-coördinatie. Deze taak kan een praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige of iemand uit een andere organisatie op zich nemen (NHG, 2010).

Wetten

In de dagelijkse praktijkuitoefening komt de praktijkverpleegkundige binnen de ouderenzorg in aanraking met een aantal wetten. De wetten BIG, BOPZ, WGBA, AWBZ, WMO en ZVW zijn de meest voorkomende wetten waarvan de praktijkverpleegkundige op de hoogte moet zijn en waarmee zij rekening moet houden.

3.1.3 Hoe ziet de functieomschrijving van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen binnen een ouderenzorgspreekuur eruit?

Om bovenstaande deelvraag te beantwoorden is er een functieomschrijving gegeven van de rol van de huisarts en van de praktijkverpleegkundige ten aanzien van het ouderenzorgspreekuur.

Functieomschrijving huisarts

De huisarts heeft een signalerende functie als het gaat om de oudere zorgvrager tijdens de reguliere contactmomenten. De huisarts kijkt dan niet alleen naar het probleem van dat moment, maar dat hij ook signaleert op zaken die duiden op kwetsbaarheid (NHG, 2010). Op deze manier kan de patiënt doorgestuurd worden naar de praktijkverpleegkundige.

In de zorg voor de oudere zorgvrager is het van groot belang dat de huisarts een doortastende, proactieve houding heeft bij het voorkomen van medische problemen. Deze houding is ook belangrijk als het gaat om (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is (NHG-Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', 2007). Daarnaast is het van belang dat de huisarts in de zorg voor

ouderen nauw samenwerkt met andere eerstelijns hulpverleners. In het zorgproces van ouderen heeft de huisarts een regie functie, voornamelijk in situaties waar de zorg voor de patiënt steeds complexer wordt (Gercama, 2007).

Functieomschrijving praktijkverpleegkundige

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de werkdruk van huisartsen te verminderen kan de huisarts taken aan de praktijkverpleegkundige delegeren (Noordman e.a., 2009). De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is een zelfstandige beroepsbeoefenaar en het omvat diverse taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (Telgenhof e.a., 2010).

Doormiddel van triage, neemt de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol in tijdens de diagnosestelling. Na het stellen van de medische diagnose door de arts kan de praktijkverpleegkundige starten met de behandeling, begeleiding en monitoring volgens de vastgestelde protocollen (Telgenhof e.a., 2010). De huisarts blijft echter de medische eindverantwoordelijke voor de patiënten die de praktijkverpleegkundige ziet (Hurkmans, 2006).

Een belangrijke taak van de praktijkverpleegkundige in de zorg voor de oudere is het creëren van vertrouwen en veiligheid passende bij het tempo en de benodigde tijd van de zorgvrager met als doel de zorgvrager te laten ervaren waar zijn krachten en mogelijkheden liggen (Telgenhof e.a., 2010). De praktijkverpleegkundige heeft afhankelijk van de problematiek van de zorgvrager intensief contact met de oudere patiënt en de sociale omgeving en/of mantelzorger. Om de complexe zorgvraag van de ouderen te begeleiden is het coachen op diverse gebieden een belangrijke rol van de praktijkverpleegkundige (Telgenhof e.a., 2010). De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is verder verantwoordelijk voor de afstemming en coördinatie van zorg door verschillende disciplines (Telgenhof e.a., 2010). Tenslotte is een taak van de praktijkverpleegkundige dat de nieuwe ontwikkelingen op haar aandachtsgebied worden bijgehouden (Telgenhof e.a., 2010).

3.1.4 Welke screeningsinstrumenten zijn er om te inventariseren waar de verpleegkundige aandachtspunten moeten liggen in de zorg voor ouderen?

Er zijn diverse screeningsinstrumenten die gebruikt kunnen worden om kwetsbaarheid bij ouderen op te sporen (Schers e.a., 2010). Zorgverzekeraar Agis noemt in de module 'Kwetsbare ouderen 2012' de volgende screeningsinstrumenten voor gebruik in de huisartsenpraktijk: TraZAG, GFI, ISAR-PC, RAI, TFI, Prisma7 en EasyCareTos. Hieronder volgt een korte beschrijving van de hiervoor genoemde screeningsinstrumenten.

TraZAG staat voor Transmurale Zorg Assessment Geriatrie. Het instrument kan in drie situaties gebruikt worden, om zorgproblemen bij patiënten in beeld te brengen, om bekende problematiek te onderbouwen en om het verdere beloop van de patiënt in beeld te houden. Daarnaast kan het gebruik van het instrument een preventief karakter hebben (Warnier e.a., 2007).

GFI staat voor Groningen Frailty Indicator. Dit is een screeningsinstrument om bij een patiënt inzicht te krijgen in de mate van kwetsbaarheid (Schuurmans, 2005). In de GFI komen de volgende aandachtsgebieden naar

voren waarmee de mate van kwetsbaarheid bepaald wordt: mobiliteit, lichamelijke fitheid, visus, gehoor, voeding, multimorbiditeit, psychosociaal en cognitie (Campen, 2011).

ISAR – PC staat voor Identification of Senior At Risk Primary Care. Dit is een screeningsinstrument wat is ontwikkeld voor thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder (Nationaal Programma Ouderenzorg 2009). Dit instrument is ontwikkeld om ouderen met een verhoogd risico op functieverlies vroegtijdig te herkennen.

RAI staat voor Resident Assessment Instrument. Dit is een meetinstrument om de zorgbehoefte van ouderen te bepalen. Het is een instrument wat met name gebruikt wordt in verzorgings en verpleeghuizen, maar wat daarnaast ook kan afgenomen bij ouderen in de thuissituatie (VVI-RAI).

De **Tilburg Frailty Indicator** is een vragenlijst die gebruikt kan worden door zorgverleners in de eerstelijnszorg worden gebruikt op kwetsbare ouderen op te sporen (Nursing, 2010). De TFI is een vragenlijst die door de oudere zelfstandig kan worden ingevuld. Het lichamelijke domein, het psychische domein en sociale domein krijgen daarbij aandacht.

Prisma7 is een screeningsinstrument wat is ontwikkeld om ouderen van 85 jaar en ouder met functiebeperkingen op te sporen (Raïche e.a., 2008). De vragen richten zich op de volgende gebieden: leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen bij activiteiten, hulpbehoefte bij basiszorg en activiteiten, sociale contacten en hulpmiddelen bij bewegen (Hébert e.a., 2005).

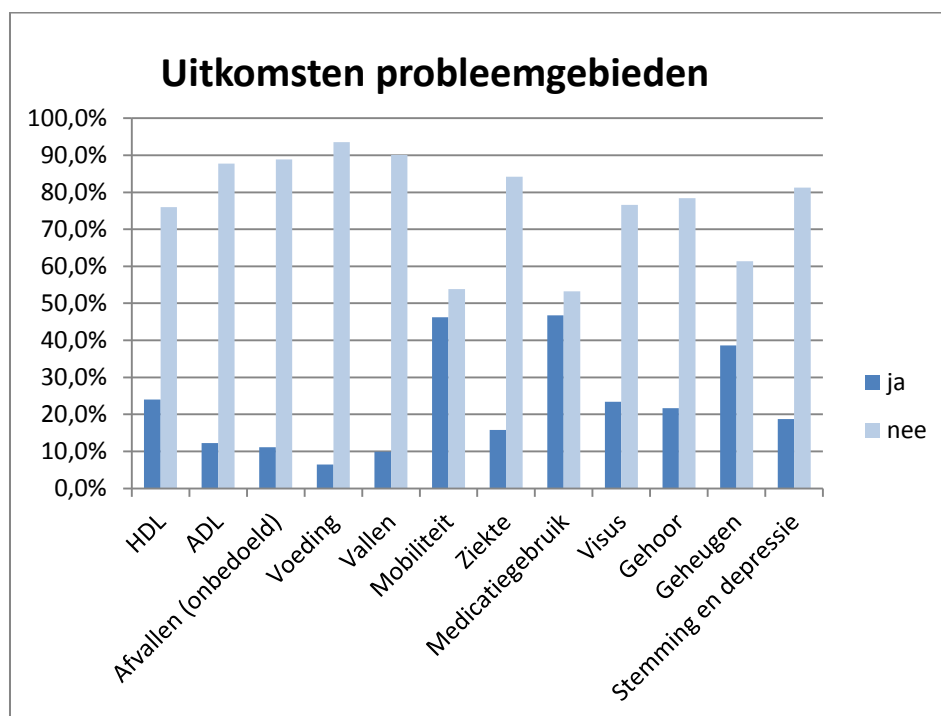
De **Easycare-TOS** is een screeningsinstrument wat is ontwikkeld om in te schatten welke zorg ouderen nodig hebben, ook kunnen kwetsbare ouderen hiermee geïdentificeerd worden (UMC St Radboud/ZOWEL NN, 2010). De screening bestaat uit twee trappen. Trap 1 is bestemd voor de huisarts. Deze moet een korte vragenlijst invullen die betrekking heeft op de gezondheid, het welzijn, functioneren en sociaal netwerk van de oudere. Bij trap 2 wordt doormiddel van een vragenlijst, die wordt afgenomen bij de oudere thuis, aanvullende gegevens verzameld.

3.2 Resultaten screeningsonderzoek

Om te onderzoeken welke probleemgebieden aanwezig zijn bij de ouderen waaraan in een ouderenzorgspreekuur aandacht gegeven zou moeten worden, heeft er een screeningsonderzoek plaatsgevonden. Dit is gedaan met behulp van het gevalideerde TraZAG instrument.

Er zijn in totaal 227 TraZAG lijsten naar de onderzoeksgroep verstuurd. In totaal hebben 201 ouderen de TRaZAG lijst ingevuld en geretourneerd. Hiervan zijn 30 TraZAG lijsten niet bruikbaar. Dit vanwege het feit dat deze lijsten onvolledig of onjuist zijn ingevuld. In totaal zijn er 171 TraZAG lijsten geschikt voor het analyseren van de probleemgebieden.

In onderstaande grafiek (figuur 1.1) zijn de uitkomsten van het screeningsonderzoek weergegeven. Op de vraag: ‘Gebruikt u meer dan vier verschillende medicijnen?’ heeft 46,8% van de ouderen met ‘ja’ beantwoord. Dit probleemgebied wordt in de figuur 1.1 met de kolom medicatiegebruik weergegeven. Dit probleemgebied scoort samen met de probleemgebieden mobiliteit en geheugen het hoogst. Op de vraag: ‘Heeft u problemen met lopen?’ geeft 46,2% van de ouderen ‘ja’ als antwoord. Bij de vraag: ‘Heeft u problemen met het geheugen?’ Ofwel bent u vergeetachtiger geworden?’ geeft 38,6% van de ouderen aan daar problemen mee te hebben.

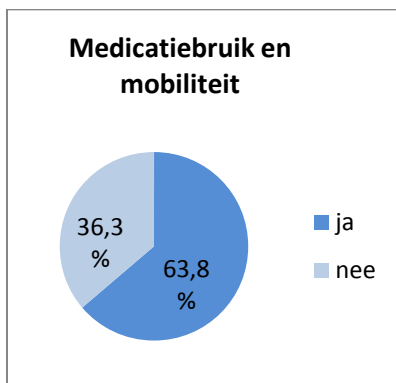


Figuur 1.1

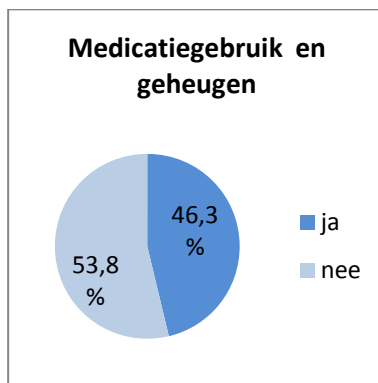
Er is gekeken hoe vaak ouderen die 'ja' hebben ingevuld bij het probleemgebied medicatiegebruik ook 'ja' hebben ingevuld bij de andere probleemgebieden. Dit is ook gedaan bij de probleemgebieden mobiliteit en geheugen.

Medicatiegebruik

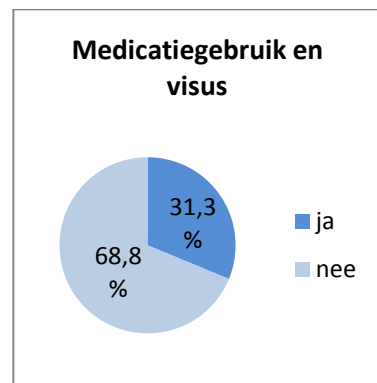
Van alle ouderen die een 'ja' hebben ingevuld bij het probleemgebied medicatiegebruik is opvallend, dat 63,8%, ook 'ja' geantwoord heeft bij het probleemgebied mobiliteit. Dit is te zien in figuur 1.2. Daarnaast valt op dat van alle ouderen die 'ja' hebben ingevuld bij het probleemgebied medicatiegebruik, 46,3% aangeeft ook problemen te hebben met het geheugen, zie figuur 1.3. Tenslotte is te zien dat alle ouderen, die aangeven meer dan vier verschillende soorten medicijnen te gebruiken, er 31,3% ook aangeeft problemen te hebben met het zien, zie figuur 1.4.



Figuur 1.2



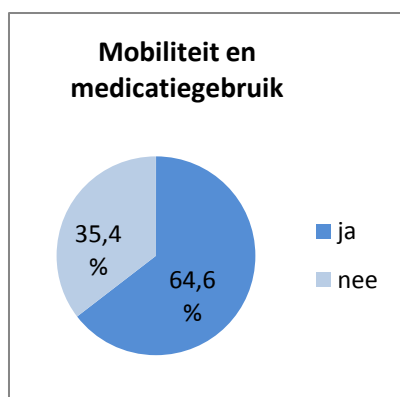
Figuur 1.3



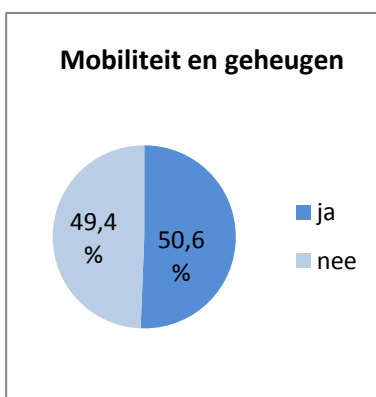
Figuur 1.4

Mobiliteit

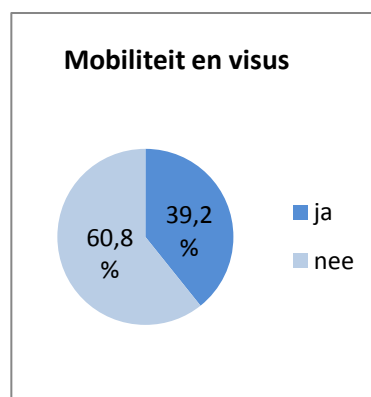
Van alle ouderen die een 'ja' hebben ingevuld bij het probleemgebied mobiliteit is opvallend, dat 64,6%, ook aangeeft meer dan vier verschillende soorten medicijnen te gebruiken, zie figuur 1.5. Tevens is opvallend dat van alle ouderen die aangeven problemen te hebben met lopen, 50,6% ook aangeeft problemen te hebben met het geheugen. Dit is te zien in figuur 1.6. Tenslotte is in figuur 1.7 en 1.8 te zien dat van alle ouderen die problemen hebben met lopen, 39,2% ook problemen heeft met visus en het uitvoeren van huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen.



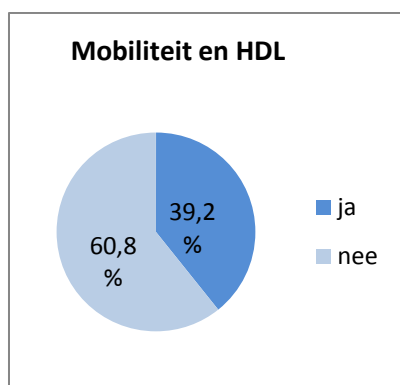
Figuur 1.5



Figuur 1.6



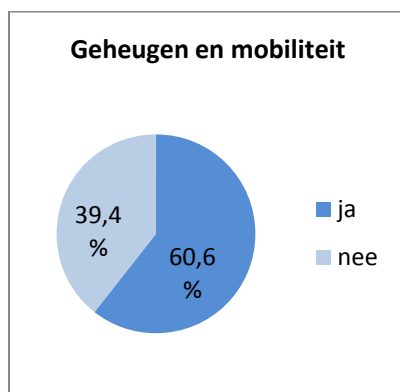
Figuur 1.7



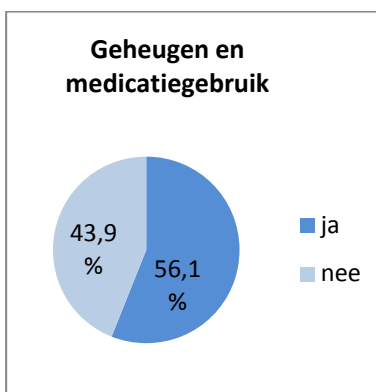
Figuur 1.8

Geheugen

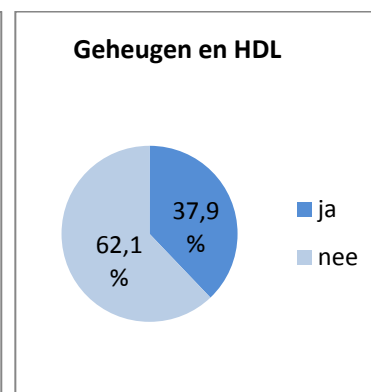
Opvallend is dat van alle ouderen die aangeven problemen te hebben met het geheugen, 60,6% ook problemen met lopen, zie figuur 1.9. Daarnaast is het opmerkelijk dat van alle ouderen die 'ja' hebben geantwoord bij het probleemgebied geheugen, 56,1% ook aangeeft meer dan vier verschillende soorten medicijnen te gebruiken. Dit is te zien in figuur 1.10. Tenslotte is te zien dat van alle ouderen die problemen hebben met het geheugen, 37,9% aangeeft, dat zij op dit moment ook meer hulp nodig hebben bij het doen van het huishouden, dan drie maanden geleden.



Figuur 1.9



Figuur 1.10



Figuur 1.11

3.3 Resultaten interviews

Om een antwoord te krijgen op de vraag: ‘Welke behoeftes zijn er bij de ouderen ten aanzien van het ouderenzorgspreekuur?’, zijn tien semigestructureerde interviews gehouden met ouderen van 75 jaar en ouder van ‘Huisartsen de Burgt’. De uitkomsten van de interviews zijn gecodeerd, gecategoriseerd en als laatste zijn er concepten aan toe gekend. De resultaten van de interviews zullen aan de hand van de volgende concepten worden beschreven: beleving contact, medische klachten, steun omgeving, zingeving, verwachting ouderen en competenties zorgverlener.

Beleving contact

In het contact met de huisarts beleven zeven respondenten dat de huisarts gejaagd is en weinig tijd heeft. Het merendeel van deze respondenten ervaart dit als onprettig. Eén van deze respondenten geeft aan hierdoor geen gesprek te kunnen voeren met de huisarts. Het onderstaande citaat geeft weer hoe een respondent de gejaagdheid verwoordt.

“Het is eventjes hup, hup en eventjes overleggen en dan weer weg... Daag!”

Naast de gejaagdheid van de huisarts, geven acht respondenten aan dat zij de huisarts als persoon fijn, aardig en hartelijk vinden. Drie respondenten geven aan zich begrepen te voelen wanneer zij contact hebben met de huisarts, twee respondenten geven aan zich niet begrepen te voelen.

Zes van de tien respondenten geven aan niet bekend te zijn met de praktijkverpleegkundige en haar werkzaamheden. De respondenten die contact hebben met de praktijkverpleegkundige, gaven aan hierover tevreden te zijn. Dit doordat zij tijd heeft, rustig is, begrip toont en gerust stelt.

Het contact met de praktijkassistente wordt door het merendeel van de respondenten ervaren als zinvol, goed en hartelijk. Daarnaast wordt aangegeven dat zij secuur werkt en zaken goed regelt.

“Ja, die geeft alles goed door aan de dokter enzovoorts. Denk erom dat die dokter daar een hoop hulp van heeft.”

Vijf respondenten geven aan dat de huisarts de klachten vaak op de ouderdom worden geschoven, hierdoor voelt men zich niet begrepen. Eén van de respondenten geeft dit als volgt weer:

“Ik kan wel naar de dokter rennen en zeggen: Dokter dit, dokter dat. Dat.. weet je wat ze dan voor antwoord geven? Da’s ouderdom.”

De behandeling die de respondenten krijgen vanuit de huisarts, wordt op diverse manieren ervaren. Zo wordt er door vijf respondenten genoemd dat men tevreden is over de behandeling die men nu krijgt. De overige vijf respondenten geven aan niet tevreden te zijn met de behandeling. Dit heeft diverse oorzaken. Zo wordt ervaren dat er medicatie wordt voorgeschreven zonder onderzoek of dat men weinig baat heeft bij de behandeling. Daarnaast geeft een respondent aan te ervaren dat de huisarts te snel tevreden is. Ook wordt er

ontevredenheid ervaren door het ontbreken van een diagnose. De respondenten die de praktijkverpleegkundige kennen via het diabetessprekuur, zijn overwegend positief over haar behandeling.

“Nou, met de suiker, als het dan niet goed gaat met de suiker, dan twijfel je wel eens en als zij geweest zijn, dan denk je: ‘Nou, alles is prima’, en dan ben je gerustgesteld.”

Medische klachten

Alle respondenten geven aan te kampen met lichamelijke ziektes en/of klachten, zoals: fibromyalgie, reumatoïde artritis, urineweginfectie, diabetes mellitus, parkinson en CVA. Dit zijn redenen voor hen om contact op te nemen met de huisarts. Hierbij speelt de beleving van deze ziekte en/of klachten een grote rol. Hierover gaf één van de respondenten met fibromyalgie het volgende aan:

“Dit maakt je leven gewoon heel moeilijk en heel zwaar en triest.”

Steun omgeving

Zeven respondenten geven aan steun te ervaren van familie en/of mantelzorg. Deze steun bestaat zoal uit: praten met familie over problemen, hulp bij vervoer, boodschappen, regelen van zorg. Zes van de respondenten ontvangt hulp vanuit verzorging bij de algemene dagelijkse levensbehoeftes. Twee respondenten geven aan steun te ervaren van alternatieve behandelaars, die zij bezocht hebben naar aanleiding van te weinig steun en kennis van eigen huisarts.

“En wat ga je dan doen? Dan ga je iets alternatiefs proberen, want de huisarts helpt niet.”

Twee andere respondenten geven aan steun te ervaren van tweede lijns disciplines; geriater en neuroloog. Dit doordat de respondenten hebben ervaren dat deze zorgverleners hen voldoende aandacht schonken en hen serieus namen.

Zingeving

De helft van de respondenten geeft aan problemen vooral zelf te willen oplossen. Wanneer dit uiteindelijk niet haalbaar is, wordt er contact opgenomen met de huisarts. Dit typeert de levenshouding van deze ouderen.

“En ik bel ze echt niet om een akkefietje, hoor (....)En die zullen er ook wel zijn, maar dat ben ik echt niet. Ik ben geen ouwe zeurkous.”

Twee van de respondenten geven aan de zin van het leven niet meer te zien. Men geeft aan te wachten totdat men de laatste adem uitblaast. Behoeftes van de ouderen hierbij zijn: aandacht, hartelijkheid en echt kunnen praten met iemand. Eén van de respondenten geeft aan graag met de huisarts te willen praten over het geloof en de dood.

Verwachting ouderen

Vier van de tien respondenten zouden graag willen zien dat de huisarts vaker langs zou komen. Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan zomaar een controle-bezoek van de huisarts ter geruststelling. Drie van deze

respondenten geven aan dat het fijn zou zijn dat er één keer in de zoveel tijd een standaardbezoek wordt afgelegd door de huisarts.

Vijf respondenten geven aan vertrouwen te hebben in de huisarts. Hierbij wordt onder andere aangegeven dat dit vertrouwen er is doordat de huisarts hun verleden kent en veel van hen weet. Er wordt aangegeven dat er vertrouwen nodig is om zaken te bespreken die betrekking hebben op psychische problemen en zingelevingsvragen.

Twee respondenten verwachten van de huisarts en praktijkverpleegkundige raadgeving bij ziekte. Drie respondenten zouden graag willen zien dat er meer aandacht komt voor hun medicatiegebruik. Onderstaand citaat geeft deze verwachting weer.

“Ja ik wil meer aandacht, dat heb ik onlangs een keer gelezen, wat medicijnen aangaat. Een auto wordt APK gekeurd om de zoveel tijd. Waarom worden wij als mensen ook niet APK gekeurd vanwege al die medicijnen die wij gebruiken?”

Aan alle respondenten is de vraag gesteld of men behoefte heeft aan een ouderenzorgspreekuur. Vijf respondenten geven aan hier gebruik van te willen maken. Vragen met betrekking tot medicatie en mobiliteit worden genoemd als redenen hiervoor. Ook worden redenen genoemd als: praten over ziekte en advies voor afvallen. Als voordeel van het ouderenzorgspreekuur wordt door één respondent genoemd dat de praktijkverpleegkundige meer spreekuurtijd heeft dan de huisarts.

Drie respondenten geven aan al voldoende zorg te ontvangen vanuit thuiszorg, verzorgingshuis en de praktijkverpleegkundige vanuit het diabetesspreekuur. Hierdoor hebben deze respondenten geen behoefte aan een ouderenzorgspreekuur.

Tijdens het interview is aan de respondent gevraagd of men voorkeur heeft voor contact met de huisarts of praktijkverpleegkundige. Zes respondenten geven aan dat men geen voorkeur heeft, wanneer men weet dat de praktijkverpleegkundige op een vraag hetzelfde antwoord geeft als de huisarts. Twee respondenten geven aan de voorkeur te geven aan de huisarts in plaats van de praktijkverpleegkundige. Als reden wordt onder andere de vertrouwensband met de huisarts genoemd.

Vier van de vijf respondenten die aangeven behoefte te hebben aan een ouderenzorgspreekuur, geven aan dat zij de voorkeur geven aan een visite thuis wat betreft de spreekuurplaats. Dit in verband met verminderde mobiliteit, rust en de vertrouwde omgeving van thuis. De andere respondent geeft aan nu nog in staat te zijn naar de praktijk te komen. Wanneer dit niet meer mogelijk is, heeft zij behoefte aan een visite.

Competenties zorgverlener

Acht van de tien respondenten geven aan dat ‘aandacht schenken’ en een ‘luisterend oor’ belangrijke eigenschappen zijn van een zorgverlener.

“De ideale arts of verpleegkundige die moet mij aandacht schenken en die moet mij serieus nemen, dat vind ik de ideale.”

Verder geven vijf respondenten aan dat een zorgverlener in het contact geduldig moet zijn en rust moet uitstralen. Verder wordt er door de respondenten aangegeven dat de zorgverlener over kennis moet beschikken en dat zij door de zorgverlener serieus genomen wil worden.

Een belangrijke rol van de huisarts of praktijkverpleegkundige is dat deze, wanneer zijn of haar kennis niet meer toereikend is, op tijd doorstuurt voor verder onderzoek en/of behandeling. Daarnaast wordt het geven van raad en (praktische) adviezen als één van de belangrijke taken van de zorgverlener gezien.

“Dus wij zijn blij dat zij daarachter is gekomen. Zij stuurt je door. Als zij dat niet doet, dan kom je daar nooit achter.”

4. Conclusie



Vanuit 'Huisartsen de Burgt' is aangegeven dat men meer aandacht wil besteden aan ouderen, dit doormiddel van een ouderenzorgspreekuur. Naar aanleiding daarvan wilde 'Huisartsen de Burgt' graag weten hoe een ouderenzorgspreekuur het beste kan worden vormgegeven, specifiek toegespitst op hun situatie.

De centrale vraagstelling die de onderzoekers naar aanleiding van het bovenstaande hebben gesteld is: *'Hoe kan een ouderenzorgspreekuur optimaal worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen van "Huisartsen de Burgt"?'*

Om deze centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden is door middel van verschillende onderzoeksmethoden naar een antwoord gezocht.

Literatuuronderzoek

Uit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat het ouderenzorgspreekuur zich moet richten op kwetsbare ouderen. Er bestaat in Nederland geen strikte definitie als het gaat om het begrip ouderen. Er wordt geconcludeerd dat het ouderenzorgspreekuur binnen 'Huisartsen de Burgt' zich moet richten op alle ouderen van 75 jaar en ouder. Dit omdat alleen deze ouderen in aanmerking komen voor vergoeding van zorgverzekeraar Agis, de zorgverzekeraar waar 'Huisartsen de Burgt' een contract mee heeft. Vanuit de literatuur kan worden geconcludeerd dat in dit ouderenzorgspreekuur aandacht besteed moet gaan worden aan de lichamelijke, psychische en sociale problemen van de ouderen.

Voor het goed laten functioneren van een ouderenzorgspreekuur is het noodzakelijk om geschoold personeel in dienst te hebben en dienen huisvesting en financiering geregeld te zijn.

De functie van de huisarts ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur kan concluderend beschreven worden als een signalerende en regie functie. De praktijkverpleegkundige is met name verantwoordelijke voor de planning, organisatie en uitvoering van de zorg rondom de oudere. Zowel de huisarts als praktijkverpleegkundige dienen samen te werken met de verschillende disciplines.

In de literatuur is te lezen dat er diverse screeningsinstrumenten zijn om verpleegkundige aandachtspunten in de zorg voor ouderen op te sporen. Geconcludeerd kan worden dat het TraZAG instrument het meest geschikt is om binnen de huisartsenpraktijk, verpleegkundige aandachtspunten bij ouderen op te sporen. Dit omdat dit instrument breed screent op mogelijke problemen op fysiek, psychisch of sociaal gebied. Daarnaast biedt dit instrument de mogelijkheden voor diepgaandere verkenning.

Praktijkonderzoek

Uit de resultaten van het screeningsonderzoek kan geconcludeerd worden dat de probleemgebieden 'polyfarmacie' en 'mobiliteit' en 'geheugen' het hoogst hebben gescoord. Opvallend is dat veel ouderen die scoren op het probleemgebied 'polyfarmacie' ook scoren op het probleemgebied 'mobiliteit' en andersom. Mogelijk heeft dit verband met elkaar. Deze probleemgebieden moeten daarom de hoogste prioriteit hebben binnen het ouderenzorgspreekuur.

Naar aanleiding van de interviews die zijn gehouden, kan worden geconcludeerd dat veel ouderen behoefte hebben aan een kundige zorgverlener die kennis heeft, hen serieus neemt, begrip toont, hartelijk is, aandacht voor hen heeft, raad geeft en waarbij er voldoende tijd wordt vrijgemaakt voor de oudere. Het merendeel geeft aan meerdere van bovenstaande aspecten nu te missen tijdens de contacten met zorgverleners uit 'Huisartsen de Burgt'. Verder kan uit de interviews gesteld worden dat de ouderen behoefte hebben aan een frequenter bezoek van de huisarts of de praktijkverpleegkundige. De ouderen zien het liefst dat het ouderenzorgspreekuur aan huis plaatsvindt.



5. Discussie en aanbevelingen

5.1 Discussie

In de discussie van dit onderzoek zullen verschillende sterke punten als knelpunten besproken worden die de betrouwbaarheid van dit onderzoek (mogelijk) hebben beïnvloed. Als eerste zal er aandacht besteed worden aan de doelstelling van dit onderzoek en vervolgens aan de onderzoeksmethode en de resultaten.

Door middel van het ontwikkelen van het implementatieplan is voldaan aan het eerste gedeelte van de doelstelling van dit onderzoek: *‘Medio juni 2012 is er een implementatieplan ontwikkeld voor het opzetten van een ouderenzorgspreekuur voor “Huisartsen de Burgt”. Dit implementatieplan is gebaseerd op literatuuronderzoek en praktijkgericht onderzoek, waarin de behoeftes en probleemgebieden van de ouderen zijn onderzocht.’* Het tweede gedeelte van de doelstelling van dit onderzoek: *‘Het uiteindelijke doel van het ouderenzorgspreekuur is het bevorderen van de kwaliteit van leven van de oudere zorgvrager.’*, is nog niet behaald, hopelijk wordt dit behaald wanneer het ouderenzorgspreekuur is opgezet.

Methode

- De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van het gevalideerde TraZAG screeningsinstrument als onderzoeksmethode. Hierdoor is het instrument niet op de juiste wijze gebruikt.
- Voorafgaand aan het versturen van het screeningsinstrument is deze getest bij een aantal ouderen. Naar aanleiding van deze test is de lay-out ter verduidelijking aangepast. Daardoor is mogelijk de bruikbare respons vergroot.
- Bij het invullen van de TraZAG lijst hebben sommige ouderen bepaalde vragen niet ingevuld of op de verkeerde manier. Deze lijsten zijn daarom niet gebruikt. Eigen interpretaties bij het analyseren van deze antwoorden is op deze manier voorkomen.
- Voor dit onderzoek zijn 10 ouderen geïnterviewd. Dit is minder representatief waardoor het moeilijker is de resultaten te generaliseren.
- De interviews zijn gehouden met ouderen die gemiddeld wekelijks de aandacht vragen van de huisarts. Dit omdat er verwacht werd dat bij deze ouderen een behoefte was en men was benieuwd wat deze behoefte inhield. Hierdoor zijn er geen behoeftes gepeild bij ouderen die niet gemiddeld wekelijks de aandacht van de huisarts vragen. Dit kan van invloed zijn op de representativiteit van de resultaten van de interviews.
- Het onderzoek is door beginnend beroepsbeoefenaren uitgevoerd. Zij hebben weinig ervaring met het houden van interviews. Bij een aantal interviews had meer doorgevraagd kunnen worden, zodat er meer gegevens verzameld kunnen worden.
- Er is geen functieomschrijving gevonden die betrekking heeft op de functie van de praktijkassistente binnen een ouderenzorgspreekuur. In het implementatieplan is daardoor de rol van de praktijkassistente uitsluitend gebaseerd op gesprekken die gevoerd zijn met de huisartsen en praktijkverpleegkundigen.

Resultaten

- De respons van de verstuurde TraZAG lijsten bedroeg 89%, waarvan 75% bruikbaar. Dit maakt het onderzoek betrouwbaar en te generaliseren.
- In de begeleidende brief bij de verstuurde TraZAG lijst is genoemd dat wanneer de betreffende oudere niet in staat was de lijst zelf in te vullen, er de mogelijkheid was om dit samen te doen met partner of familielid. Hierdoor is mogelijk dat de oudere beïnvloed is tijdens het invullen.
- Er is voorafgaand aan de interviews besloten dat een mantelzorger niet aanwezig diende te zijn tijdens het interview. Echter was dit drie maal wel het geval. Aan desbetreffende mantelzorgers is gevraagd alleen de oudere aan het woord te laten. Dit was echter niet haalbaar. Tijdens het analyseren van de interviews is door de onderzoekers besloten deze inbreng niet mee te nemen in de resultaten. Enerzijds maakt dit de uitkomsten van de interviews sterk doordat alleen de behoeftes van de ouderen in kaart zijn gebracht. Anderzijds wordt er nu waardevolle informatie gemist die ingebracht is door de mantelzorger.
- Er is tijdens het interview uitleg gegeven door de onderzoeker aan de ouderen wat een ouderenzorgspreekuur is. Enerzijds was deze uitleg noodzakelijk zodat de ouderen zich een beeld konden vormen wat zij konden verwachten van dit spreekuur. Anderzijds is deze uitleg mogelijk sturend geweest in het aangeven van de behoeftes ten aanzien van het ouderenzorgspreekuur.
- In de resultaatbeschrijving van de interviews werd aangelopen tegen het feit dat een deel van de onderzoekspopulatie wel iets zegt over een onderwerp en een ander deel niet. Een voorbeeld: De helft van de ouderen geeft aan de huisarts de klachten vaak op de ouderdom schuift. Dit betekent niet dat de andere helft dit niet zo ervaart, maar dat dit door hen niet benoemd is. Bij het lezen van de resultaatbeschrijving kan dit tot een verkeerde interpretatie leiden.

5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten en conclusies die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, doen de onderzoekers aanbevelingen aan 'Huisartsen de Burgt'.

- Bij het opzetten van het ouderenzorgspreekuur is aan te bevelen het implementatieplan aan te houden als leidraad. Dit implementatieplan bestaat uit drie fases: voorbereidingsfase, invoeringsfase en de uitvoeringsfase. Per fase is beschreven welke zaken er geregeld of uitgevoerd dienen te worden. Tenslotte is aan het einde van elke fase, een evaluatie moment vermeld. Het implementatieplan is als losse bijlage bij dit onderzoeksverslag geleverd.
- Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat er problemen en behoeftes liggen bij de ouderen, welke aandacht behoeven door middel van een ouderenzorgspreekuur. Het is daarom aan te bevelen dat het ouderenzorgspreekuur op korte termijn wordt gerealiseerd.
- Het implementatieplan is gericht op de probleemgebieden 'polyfarmacie' en 'mobiliteit'. De aanbeveling is om bij de start van het ouderenzorgspreekuur de aandacht te richten op deze twee probleemgebieden. Vervolgens dient er zo spoedig mogelijk aandacht te worden geschonken aan de overige probleemgebieden. Dit om een zo volledig mogelijk beeld van de oudere te krijgen, om op deze manier zoveel mogelijk patiëntgerichte zorg te verlenen.
- Het is aan te bevelen dat wanneer het ouderenzorgspreekuur functioneert, er verder onderzoek wordt gedaan of het spreekuur voldoet aan de wensen en behoeftes van de ouderen. Daarnaast is het van belang dat er onderzocht gaat worden of de problemen van de oudere afnemen door middel van het ouderenzorgspreekuur.

Literatuurverwijzing

- Achmea (2012). *Module kwetsbare ouderen 2012*. www.agisweb.nl. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- Achmea (2011). *Module modernisering en innovatie*.
http://www.achmeazorg.nl/huisartsen/Downloadlijst/Huisartsen%20-%20Overeenkomst%202011/Bijlage_Module_Modernisering_en_Innovatie_2011.pdf. Geraadpleegd op 13-02-2012.
- Achmea (2012). *Verrichtingen en Verbruiksmaterialen 2012*.
http://www.agisweb.nl/Voor_Zorgverleners/Zorgsoort/Huisartsen/Huisartsen_Inkoopbeleid_en_Overeenkomsten/Overeenkomsten_Huisartsenzorg_2012. Geraadpleegd op 12-03-2012.
- Baarda, D. B. en M.P.M. de Goede, (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Vierde herziene druk. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede en A.G.E. van der Meer-Middelburg (2007). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Tweede herziene druk. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Beer, J. de, C. Sanderse en A. Verweij (2011). *Vergrijzing: Wat is de huidige situatie?*
<http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>. Geraadpleegd op 14-02-2012.
- Berg van den, M. en D. de Bakker (2003). *Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartsenpraktijk in Nederland*. Rapport Nivel.
- Beusmans, G., B. Vrijhoef, en L. van Son e.a. (2007). Ontwikkeling praktijkverpleegkundige, richtlijn 'complexe zorg voor ouderen'. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2, 43-46.
- Boekholdt, M. en J. Coolen (2010). *Nationaal Programma Ouderenzorg, Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen*. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/het-programma/downloads/>. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- Bunge, E. M., I.M. Kellert en T.J.M. van der Cammen e.a. (2008). *Zorg en welzijn: wensen en behoefte van ouderen en mantelzorgers*. <http://www.erasmusmc.nl/cs-research/subsidies/3600331/pallasrapportgeneroinventarisatieouderen2008270212>. Geraadpleegd op 12-03-2012.
- Campen, C. (2011). *Bijlagen bij rapport kwetsbare ouderen*. <http://www.scp.nl/dsresource?objectid=27505&type=org>. Geraadpleegd op 27-02-2012.
- Campen van, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Eerste druk. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Cuperus, J.M., H.D.C. Roscam Abbing en J.K.M. Gevers e.a. (2002). *Evaluatie. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Eerste druk. Den Haag: ZonMW.
- Deeg, D.J.H. en M.T.E. Puts (2007). Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. *Tijdschrift voor verpleeghuiskunde*, 32, 5, 147-151.
- Dings, W. en W. van der Velden (2002). *Scholing Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)*. <http://www.netwerkpraktijkverpleegkundigen.nl/upload/File/BOPZ.pdf>. Geraadpleegd op 13-03-2012.
- Dute, J.C.J., R.D. Friele en J.K.M. Gevers e.a. (2000). *De evaluatie van de WGBO*. Den Haag: ZonMW.
- Eulderink, F., T.J. Heeren en D.L. Knook e.a. (2004). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Vierde herziene druk. Houten: Bohn van Stafleu Van Loghum.
- Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen (2010). *Geestelijk verzorger*.
<http://www.netwerklevensvragen.nl/smartsite.dws?ch=&id=137349>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Gercama, A.J., H.E. van der Horst en W.A.B. Stalman (2007). Van spil tot regisseur. *Medisch Contact*, 39, 1603-1605.
- Gobbens, R., K. Luijckx en R. Wijnen-Sponselee e.a. (2007). Fragiliteit bij ouderen: voorkomen is beter dan genezen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 85, 187-188.

- Gobbens R. (2011). Integrale zorg voor fragiele ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*. 09, 4-7.
- Grol R. en M. Wensing (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Vierde herziene druk. Amsterdam: Reed Business.
- Groot, L. de (2006). *Onder de mensen*. <http://www.uu.nl/SiteCollectionDocuments/OnderdeMensen.pdf>. Geraadpleegd op 28-02-2012.
- Harbers, M.M. (2009). *Wie behoort tot de doelgroep ouderen?* <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/wie-behoort-tot-de-doelgroep-ouderen/>. Geraadpleegd op 14-02-2012.
- Have, J.J.I.M. van (2007). *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn*. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Hébert, R., A. Tourigny, A. en N. Gagnon (2005). *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Eerste druk. Z.pl.j. Edisem.
- Hurkmans, D. (2006). Functieprofiel praktijkondersteuner. *FWG wetenswaardigheden*, 62-64.
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (2012). Geriatrie (ouderengeneeskunde). [http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Publicaties/104075/Naar-specialisme-Geriatrie-\(Ouderengeneeskunde\)](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Publicaties/104075/Naar-specialisme-Geriatrie-(Ouderengeneeskunde)). Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Kits, D. (2006). *Mijn ouders ouder, alles over hulp, zorg en kwaliteit van leven*. Eerste druk. Gorinchem: Kroese Kits Uitgeverij.
- Kluijver, B. (2007). *Resident Assessment Instrument: wat is het?* <http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/article/3941/resident-assessment-instrument-wat-is-het>. Geraadpleegd op 29-02-2012.
- KNGF (2012). De geriatriefysiotherapeut. <http://www.defysiotherapeut.com/de-fysiotherapeut/specialisten/de-geriatriefysiotherapeut.html>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Kromhout, D. (2009). *Preventie bij ouderen, focus op zelfredzaamheid*. <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/preventie-bij-ouderen-focus-op-zelfredzaamheid#a-downloads>. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- Kruk, T. van der, C. Sakentijn en M. Schuurmans (2007) *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Tweede druk. Den Haag: Uitgeverij Lemma bv.
- Lammersen, G en S. Philippi (2003). *Herijking functieprofiel ouderenadviseur*. Eerste druk. Heerhugowaard: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- LNV (2010). *'Gezond leven, een leven gezond' over ouderen en gezonde voeding*. www.rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 21-02-2012.
- Marktonderzoek (2009). *Steekproef*. <http://www.allesovermarktonderzoek.nl/Marktonderzoek/Steekproef.aspx> Geraadpleegd: 18-02-2012.
- Metzelthin, S.F., R. Daniels, en E. van Rossum e.a. (2011) Psychometrische eigenschappen van drie screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 42, 120-130.
- Menzis (2010). *M&I Module ouderenzorg van Menzis*. http://www.caransscoop.nl/nieuws/overzicht/m%26i+module+ouderenzorg+van+menzis?nieuws_id=246. Geraadpleegd op 21-02-2012.
- Movisie (z.j.) *Wat zijn behoeftes van oudere (75+) zorgvragers?* http://www.movisie.nl/onderwerpen/vrijwillige_zorg/docs/Oudere_zorgvragers.pdf. Geraadpleegd op 13-03-2012.
- Nationaal Programma Ouderenzorg (2011). *Aantal kwetsbare ouderen groeit minder snel dan verwacht*. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/actueel/nieuws/artikel/item/aantal-kwetsbare-ouderen-groeit-minder-snel-dan-verwacht/>. Geraadpleegd op 16-02-2012.
- Nationaal Programma Ouderenzorg (2009). *Screening voorkomt functieverlies*. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/transitie-experimenten/functiebehoud-bij-ouderen-in-de-1e-lijn-in-transitie/> Geraadpleegd 29-02-2012.

- Nationaal Programma Ouderenzorg, (2010). *Steeds meer ouderenzorg voor verpleegkundige*. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/actueel/nieuws/artikel/item/steeds-meer-ouderenzorg-voor-verpleegkundige/>. Geraadpleegd op 27-02-2012.
- Nederlandse vereniging van sociaal psychiatrische verpleegkundige (2004), *Sociaal psychiatrische verpleegkundige*. http://www.venvn.nl/Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Sociaal_psychiatrisch_verpleegkundige.pdf. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Nationaal Programma Ouderenzorg en Kring Ouderenzorg AMC en partners (2011). *ISAR-PC* <http://www.effectieveouderenzorg.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TY-ATX6L1FM%3d&tabid=376&mid=763>. Geraadpleegd op 29-02-2012.
- NHG, LHV (2011). *Het ondersteunende team in de huisartsenvoorziening*. www.nhg.artsennet.nl. Geraadpleegd op 21-02-2012.
- NHG (2007). *Huisartsgeneeskunde voor ouderen, er komt steeds meer bij*. <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Bijzondere-patientengroepen/Ouderen-1/NHGstandpunt-ouderenzorg.htm>. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- NHG (2007). *NHG Standpunt, Huisartsgeneeskunde voor ouderen*. <http://nhg.artsennet.nl/web/show/search?searchstring=standpunt+huisartsgeneeskunde+voor+ouderen+&id=243540&from=0&to=10&googlefilter=&q=standpunt+huisartsgeneeskunde+voor+ouderen+&domain=NHG>. Geraadpleegd op 14-03-2012.
- NHG (2010). *NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg*, Utrecht.
- Noordman, J., R. Verheij en P. Verhaak (2009). Taakdelegaties aan praktijkassistenten en praktijkondersteuners. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 4, 113-118.
- NPV (2010). *Praktijkverpleegkundige ouderenzorg*. <http://www.netwerkpraktijkverpleegkundigen.nl/default.asp?pag=114>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Nursing (2010). *Meetinstrument spoort kwetsbare oudere op*. <http://www.nursing.nl/home/nieuw/5991/meetinstrument-spoort-kwetsbare-oudere-op>. Geraadpleegd op 28-02-2012.
- Olthuis, G. (2010). *Fragiele ouderen. Op weg naar een integrale benadering*. <http://zorgethiek.nu/fragiele-ouderen-op-weg-naar-een-integrale-benadering/>. Geraadpleegd op 28-02-2012.
- Oostelaar, D. en G. Wolfswinkel (2006). *Ouderen in de samenleving. Basisboek voor hulp- en dienstverleners*. Derde herziene druk. Bussum: Coutinho.
- Pool, A. en J. Mast (2003) *Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen*. Eerst druk. Meppel: Nederlands instituut voor Zorg en Welzijn.
- Poos, M.J.J.C. (2011). *Neemt de levensverwachting toe of af?* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/trend/>. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- Raïche, M., R. Hébert en M. Dubois (2008). PRISMA-7: A case- finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Gerontology and Geriatrics*, 47, 9-18.
- Rijksoverheid (2012). *Wat houdt de Wet bijzonder opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) in?* <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/vraag-en-antwoord/wat-houdt-de-wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-wet-bopz-in.html>. Geraadpleegd op 13-03-2012.
- Rijksoverheid (2012). *Wat is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en wie is daarvoor verzekerd?* <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/wat-is-de-algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz-en-wie-is-daarvoor-verzekerd.html>. Geraadpleegd op 14-03-2012.
- Rijksoverheid (2010). *Wijkverpleegkundige als spil in de wijk*. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/toespraken/2010/02/08/wijkverpleegkundige-als-spil-in-de-wijk.html>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- RIVM (2007). *Gezichtsstoornissen en coronaire hartziekten meest voorkomende ziekten*.

- <http://www.nationaalkompas.nl/thema-s/ouderen/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/rangordening-van-ziekten-en-aandoeningen/>. Geraadpleegd op 20-02-2012.
- Rooij, S.E.J.A., E.P. Moll van Charante, en J. Suijker e.a. (2009). *Functiebehoud bij ouderen in de 1^e lijn in transitie*. <http://www.effectieveouderenzorg.nl/Projecten/FunctiebehoudInTransitieinde1elijFIT.aspx>. Geraadpleegd op: 29-02-2012.
- Samenwerkingsproject, 'Betrokken bij Buurtbeleid' (2010). *Kwetsbare ouderen. Van onzichtbaar tot onmisbaar*. http://www.pcob.nl/?p=download&file_id=12741. Geraadpleegd op 20-2-2012.
- Schers, H.J., R. Koopmans R. en M. Olde Rikkert (2009). De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen, internetenquête onder huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*, 13, 626-630.
- Schulink (2012). *Recht op WMO*. <http://www.rechtopwmo.nl/inhoud/index/pid/969>. Geraadpleegd op 14-04-2012.
- Schuurmans, H. (2005) Grip op het leven, het bevorderen van welbevinden bij fragiele ouderen. *Onderwijs en gezondheidszorg*. 29, 269-274.
- Steultjens, E.M.J., J.Dekker en L.M. Bouter e.a. (2006). Ergotherapie: een effectief en goedkoop middel om vallen te voorkomen en ouderen hun zelfstandigheid te laten behouden. *Huisarts en wetenschap*, 2006-10, 490-495.
- Stichting Lijn1 (2010). *Factsheet Inleiding financiering Ouderenzorg*. <http://www.lijn1haaglanden.nl/zorgdossiers/m/60/Ouderenzorg>. Geraadpleegd op 14-03-2012.
- Swanborn, P.G. (2010) *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom onderwijs.
- Telgenhof, D., E. van den Berg en M. Verschuur (2010), *Beroepsdeelfprofiel en eindtermen praktijkverpleegkundige ouderenzorg*. Eerste druk. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communication B.V.
- Tempo- Team (2012). *Functieprofiel sociaal psychiatrische verpleegkundige*. <http://www.tempoteam.nl/professionals/professionals/vakgebieden/medisch/paramedici/functieprofiel-sociaal-psychiatrisch-verpleegkundige.xml>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- UMC St Radboud/ZOWEL NN (2010). Easycare-TOS. Praktische informatie voor de huisarts en praktijkondersteuner.
- Ven van de, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans e.a. (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Eerste druk. Den Haag: ZonMW.
- Verenso (2012) *De specialist ouderengeneeskunde*. <http://www.verenso.nl/ouderengeneeskunde/de-specialist-ouderengeneeskunde/>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Verenso (2010). *De specialist ouderengeneeskunde, voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken*. http://www.specialistenouderengeneeskunde.nl/Verenso_FldDigi.pdf. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Derde herziene druk. Den Haag: Boom onderwijs.
- Verschuren, P. (2011). *Praktijkgericht onderzoek. Ontwerp van organisatie en beleidsonderzoek*. Tweede druk. Den Haag: Boom onderwijs.
- VU medische centrum (2005). *Ergotherapie voor volwassenen en ouderen*. http://www.vumc.nl/afdelingen/patientenfolders-brochures/zoeken-alfabet/E/ergotherapie_voor_volwassen1.pdf. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- V&VN (2009). *Jaarcongres Praktijkondersteuning. Thema Ouderenzorg*. <http://www.praktijkverpleegkundigenpraktijkondersteuners.nl/Jaarcongres+Jaarcongres+2009-35.html>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- V&VN (2012). *Wet BIG*. <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/WetBIGenHerregistratie.aspx>. Geraadpleegd op 12-03-2012.
- V&VN-SPV en NVMW (2008). *Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ*. Utrecht.
- Warnier, R., T. Debie en G. Beusmans (2007). Complexe zorg voor ouderen. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2, 50-53.

- Warnier, R. (2008). *TRAZAG TRAnsamuraal Zorg Assement Geriatrie*.
http://www.caransscoop.nl/include/files//Groepen//CaransScoop/Ouderen/Achtergrondinformatie_en_gebruiksaanwijzing_TraZAG.pdf. Geraadpleegd op 21-02-2012.
- Werkgroep Senioren Barneveld (2010). *Project Eenzaamheid bij ouderen Barneveld 2008-2011*. <http://www.barneveld.nl/document.php?m=2&fileid=25569&f=4fa2e403187bab6ed18429a35dd79f84&attachment=1&c=22605>. Geraadpleegd op 13-02-2012.
- Werf, G. van der (2005). Kwaliteit van het verpleeghuis. *Huisarts en Wetenschap*, 48. 197-198.
- Wind, A. en R. Helsloot (2008). Huisartsgeneeskunde voor ouderen, Een praktijkplan ouderen. *Huisarts en wetenschap*, 51, 13-14.
- Ziekenhuis Gelderse Vallei (2011). *Geheugenpolikliniek*.
<http://www.geldersevallei.nl/afdelingen/23/geheugenpolikliniek>. Geraadpleegd op 15-03-2012.
- ZOWELL NN (2011). *Easycare-concept*.
www.platformouderenzorg.nl/uploads/.../s4_informatie_easycare.doc. Geraadpleegd op 27-02-2012.



Bijlagen

B

Bijlage 1. Tijdsplan

Datum	Fase van onderzoek	Opmerkingen	Actie	Deadline
12-2011	Vooronderzoek	Oriënteren op mogelijk afstudeeronderwerp	Onderwerpkeuze	08-12-11
12-01-12	Vooronderzoek	Gesprek met D. A. Jaspers (huisarts)	Kennismaking opdrachtgever	12-01-12
02-02-12	Vooronderzoek	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Kennismaking en oriëntatie onderzoek	02-02-12
06-02-12	Ontwerp	Onderzoeksplan maken	Onderzoek afbakenen en onderzoeksmethode bepalen	16-02-12
08-02-12	Vooronderzoek	Gesprek J. Klaassen (docent)	Kennismaking en bespreken onderzoek	08-02-12
08-02-12	Ontwerp	Tijdsplan maken	Planning maken	08-02-12
13-02-12	Vooronderzoek	Contact met diverse praktijkverpleegkundigen	Oriëntatie ouderenzorgsprekbeurt	16-02-12
13-02-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken onderzoeksplan	16-02-12
21-02-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken onderzoeksplan	21-02-12
20-02-12	Dataverzameling	Literatuurstudie om deelvragen te beantwoorden	Informatie verzamelen	27-03-12
01-03-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	01-03-12
05-03-12	Dataverzameling	Verdiepingsgesprek verwachtingen praktijkverpleegkundigen en testen TraZAG vragenlijst	Informatie verzamelen	05-03-12
06-03-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot en J. Klaassen	Bespreken voortgang onderzoek en definitief onderzoeksplan	06-03-12
07-03-12	N.v.t.	Evaluatie Top en Pop	Bespreken persoonlijke ontwikkeling	07-03-12
08-03-12	Dataverzameling	Verdiepingsgesprek verwachtingen huisartsen	Informatie verzamelen	08-03-12

		en goedkeuring begeleidende brief		
12-03-12	Analyse	Analyseren uit gesprekken praktijkverpleegkundigen en huisartsen	Analyseren dataverzameling	15-03-12
12-03-12	Ontwerp	Opstellen interview	Vorbereiding interview	15-03-12
15-03-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	15-03-12
12-03-12	Dataverzameling	Vragenlijst versturen en terugontvangen + literatuurdeelvragen afronden	Gegevens verzamelen	03-04-12
19-03-12	Dataverzameling	Afnemen + uitwerken interviews Verdieping SPSS en Excel	Gegevens verzamelen	29-03-12
22-03-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	22-03-12
27-03-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek	27-03-12
02-04-12	Analyse	Uitwerken uitkomsten TraZAG lijst	Analyseren dataverzameling	05-04-12
04-04-12	N.v.t.	Evaluatie Top en Pop	Bespreken persoonlijke ontwikkeling	04-04-12
05-04-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	04-04-12
10-04-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek	10-04-12
09-04-12	Ontwerp	Vorbereiden tussentijdse presentatie	Ontwerpen presentatie	12-04-12
12-04-12	Ontwerp	Tussentijdse presentatie (11:50 - 13:10 uur)	Presenteren tot dan toe verzamelde resultaten	12-04-12
16-04-12	Analyse	Uitwerken en labelen interviews	Analyseren dataverzameling	19-04-12
19-04-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	19-04-12
24-04-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek	24-04-12

07-05-12	Vastlegging	Resultaten, conclusie, discussie en aanbeveling (implementatieplan)	Onderzoek afronden	17-05-12
08-05-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek	08-05-12
09-05-12	N.v.t.	Evaluatie Top en Pop	Bespreken persoonlijke ontwikkeling	09-05-12
17-05-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	17-05-12
22-05-12	Voortgang	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek	22-05-12
29-05-12	N.v.t.	Portfolio	Schrijven portfolio	07-06-12
29-05-12	Afsluiten onderzoek	Vorbereiding eindpresentatie	Onderzoek afronden	05-06-12
30-05-12	N.v.t.	Evaluatie Top en Pop	Bespreken persoonlijke ontwikkeling	30-05-12
31-05-12	Voortgang	Gesprek J. Klaassen (docent)	Bespreken voortgang onderzoek	31-05-12
31-05-12	Afsluiten onderzoek	Inleveren concept onderzoeksverslag	Onderzoek afronden	31-05-12
05-06-12	Afsluiten onderzoek	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Bespreken voortgang onderzoek en bespreken presentatie	05-06-12
05-06-12	Afsluiten onderzoek	Eindpresentatie (17:00 - 18:00 uur)	Onderzoek afronden	05-06-12
14-06-12	Afsluiten onderzoek	Definitief afstudeeronderzoek inleveren	Onderzoek afronden	14-06-12
19-06-12	Afsluiten onderzoek	Gesprek met A. Docter- Koot (praktijkverpleegkundige)	Onderzoek afronden, evaluatie samenwerking/ proces	19-06-12
21-06-12	Afsluiten onderzoek	Gezamenlijk en individueel eindgesprek met J. Klaassen en K. Schimmel (14:00-15:00 uur)	Evaluatie proces/ samenwerking	21-06-12

B Bijlage 2. Uitwerking literatuuronderzoek

Deelvraag 1: Wat is een ouderenzorgspreekuur in een huisartsenpraktijk?

Als beantwoording op deze deelvraag is er allereerst gekeken naar de definitie van ouderen. Vervolgens is het ontstaan van een ouderenzorgspreekuur beschreven, evenals de definitie van kwetsbare ouderen, dit om een beter beeld te krijgen van de doelgroep waar een ouderenzorgspreekuur zich op richt. Tenslotte wordt er een uitleg gegeven over de gebieden waar aandacht aan wordt geschonken tijdens een ouderenzorgspreekuur.

Definitie ouderen

Er is in Nederland geen strikte definitie als het gaat om het begrip 'ouderen'. Aangezien ouderdomsveranderingen voortdurend en sluipend komen en per individu sterk verschillen, is er geen scherpe grens te trekken wanneer iemand tot de ouderen behoort. Afhankelijk van het terrein, worden ouderen gedefinieerd. Arbitrair wordt meestal uitgegaan van 65 jaar, de gebruikelijke officiële pensioenleeftijd (Eulderink, e.a., 2004), terwijl bij het gebruik over zorgvoorzieningen de ouderen vanaf 75 jaar worden bedoeld (Harbers, 2009).

Ontstaan ouderenzorgspreekuur

De veranderde en groeiende zorgvraag is leidend voor de ontwikkeling van personele functies in de huisartsenpraktijk. Deze ontwikkelingen in de eerstelijnszorg vragen een andere capaciteit en samenstelling van het team. De ontwikkeling in de zorgvraag en in het zorgaanbod heeft diverse oorzaken (NHG/LHV, 2011).

De bevolking van Nederland is geleidelijk aan het vergrijzen. Vergrijzing houdt in dat het aantal ouderen van 65 jaar en ouderen in de totale bevolking toeneemt (RIVM, 2011). Het aantal ouderen zal tot 2025 van 2,5 naar 4 miljoen stijgen. Daarnaast is er ook sprake van een dubbele vergrijzing, dit houdt in dat de oudste ouderen, hieronder wordt verstaan 85+, snel stijgt (Achmea, 2012).

Ook is de levensverwachting voor zowel mannen als vrouwen gestegen (RIVM, 2011). De levensverwachting van mannen is in de periode van 1950-2010 toegenomen van 70,3 tot 78,8 jaar. De levensverwachting van vrouwen is in 1950-2010 toegenomen van 72,6 tot 82,7 jaar (RIVM, 2011). Voor beide sekse betekend dit een sterke toename.

Gezond zijn en blijven is voor ouderen en voor de maatschappij als geheel van cruciaal belang, om zo de kans op gezondheidsklachten te beperken (LNV, 2010). Verouderen hoeft niet perse ziekte en afhankelijkheid als gevolg te hebben. Veroudering leidt echter wel tot het verminderen van de lichaamsfuncties, die als gevolg kunnen hebben dat chronische kwalen bij ouderen optreden (Eulderink e.a., 2004). Een stijging in het aantal ouderen patiënt met een chronische ziekte, multiële gezondheidsproblemen of psychische klachten is een oorzaak voor de groeiende zorgvraag (NHG/LHV, 2011). Naar verwachting zal de komende jaren in de Nederlandse samenleving het aantal zelfstandig wonende ouderen met fragiliteit toenemen (Gobbens e.a., 2007). Dit vraagt om zorg die dicht bij de ouderen is georganiseerd, hierbij heeft de zorg vanuit de

huisartsenpraktijk een belangrijke functie (Menzis, 2010). Tenslotte is een oorzaak van de ontwikkeling in de zorgvraag en in het zorgaanbod, de toenemende mogelijkheden in diagnostiek, behandeling en toenemende aandacht voor preventie. De maatschappij vraagt niet alleen om individuele preventie maar ook om populatiegerichte preventie (NHG/LHV, 2011). De houding van de patiënt is ook verandert. De patiënt verzamelt zelf kennis over hun klacht en willen vaak actief meedenken over de behandeling van hun aandoening, dit vraagt om een meer en uitgebreidere persoonsgericht voorlichting. *‘De zorgvraag groeit in volume, maar ook in complexiteit’* (NHG/LHV, 2011). Hierdoor neemt de druk op de zorgverleners toe.

De huisarts ervaart als knelpunten in de zorg dat hij niet voldoende tijd kan besteden aan de oudere patiënt. Hierdoor kan er niet voldoende aandacht worden besteed aan de functionele omstandigheden en zorgaspecten van de ouderen, met als gevolg dat de kwaliteit van zorg niet optimaal is. Om de groeiende zorgvraag het hoofd te bieden, de werkdruk van huisartsen te verminderen en het tekort aan zorg aan te vullen met als gevolg om de kwaliteit van zorg te verbeteren, wordt voor de complexe zorg van ouderen de praktijkverpleegkundige ingezet (Beusmans e.a., 2007).

Kwetsbare ouderen

Een ouderenzorgsprekuur richt zich met name op de groep ‘kwetsbare ouderen’. De NHG (2010), geeft de volgende definitie als het gaat om een kwetsbare oudere: *‘een oudere persoon met één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische zorg, maar ook om veelvoorkomende klachten/ aandoeningen van ouderen (duizeligheid, slecht zien, horen, etc.).’*

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) bracht in 2011 de publicatie ‘Kwetsbare ouderen’ uit. Hierin staat vermeld dat het aantal kwetsbare ouderen de komende twintig jaar toe zal nemen met 300.000 ouderen. Het SCP geeft aan dat ruim een kwart van de ouderen van 65 jaar en ouder, kwetsbaar is voor ernstige gezondheidsproblemen. Hoogbejaarden, vrouwen, alleenstaanden en ouderen uit een lage sociaaleconomische klasse, behoren tot de groep kwetsbare ouderen. Wanneer een oudere meer dan één aandoening heeft en/of beperkt is in bewegen, zelfverzorging of het doen van het huishouden, dan is dat doorslaggevend om zo iemand als kwetsbare oudere te zien (Campen van, 2011).

Volgens een LASA studie is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen. Kwetsbaarheid neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Van de mannen en vrouwen onder de 70 jaar is bij minder dan 10% sprake van kwetsbaarheid. Bij mannen van 90 jaar en ouder is 40% kwetsbaar, bij vrouwen is dat bij 65% (Deeg e.a., 2007).

Een persoon wordt niet opeens kwetsbaar, vaak is dit een sluipend proces wat wordt gevormd door een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen. Verlies neemt een grote plaats in, in het leven van een oudere. Verlies van geliefden, fysieke en geestelijke vermogens, maatschappelijke rol of inkomen. Het evenwicht tussen draagkracht en draaglast wordt hierdoor verstoord (Samenwerkingsproject ‘Betrokken bij Buurtbeleid, 2010). Sommige gebeurtenissen kunnen het proces van ‘kwetsbaar worden’ versnellen, het overlijden van een partner

kan hier een voorbeeld van zijn. De balans tussen draagkracht en draaglast kan langzaam maar soms ook zeer snel totaal uit evenwicht zijn. Hiermee verschuift ook de behoefte van ouderen aan ondersteuning en activiteiten. (Samenwerkingsproject 'Betrokken bij Buurtbeleid, 2010).

Uit onderzoek in Rotterdam en omgeving (Bunge e.a., 2008) onder ouderen en mantelzorgers naar hun behoeftes in de zorg, komen een aantal knelpunten naar voren. Zo wordt aangegeven dat er onduidelijkheid is over de coördinatie van zorg, onder andere vanuit de huisarts. Hierbij is het onduidelijk tot wie de ouderen en mantelzorgers zich moeten richten als er behoefte is aan zorg. Ook wordt aangegeven dat de afstemming tussen de verschillende zorginstellingen beter zou kunnen verlopen door meer en betere communicatie. Daarnaast wordt ervaren dat vroegtijdige signalering van problematiek vaak ontbreekt. Een behoefte van ouderen hierbij is om zelfstandig te blijven wonen en om hun eigen leefstijl voort te zetten (Movisie).

Zorgverzekeraar Agis heeft de module 'Kwetsbare ouderen 2012' geschreven. Agis geeft aan dat deze module een eerste stap is om een multidisciplinair zorgaanbod voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie te ontwikkelen en te stimuleren. Onder kwetsbaarheid verstaat Agis: *'een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)'* (SCP, 2011). De doelgroep waar zij zich in deze module op richten zijn alle kwetsbare ouderen die bij de huisarts zijn ingeschreven van 75 jaar en ouder. Deze ouderen wonen nog in extramurale setting.

Aandachtsgebieden ouderenzorgspreekuur

Met het stijgen van de leeftijd neemt het aantal ouderdomsgebreken toe en daarmee de kwetsbaarheid en de vraag naar zorg. Gezond ouder worden is tegenwoordig een voornaam goed in onze samenleving. Daarbij is een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van belang maar ook vooral de kwaliteit van leven die ervaren wordt (Kromhout, 2009).

Op het gebied van lichamelijke gezondheid kan zich een uitgebreid scala aan gezondheidsproblemen voordoen. Zo zijn gezichtsstoornissen, coronaire hartziekten en artrose de drie meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar, gevolgd door diabetes en ouderdoms en lawaaidooftheid (RIVM, 2007). Daarnaast kunnen ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van botten en gewrichten, longziekten en kanker de gezondheid van ouderen verstoren (Oostelaar e.a. 2005).

Op het gebied van psychische gezondheid kan de probleemlijst nog verder aangevuld worden. Zo zijn dementie, delier en depressie de meest voorkomende psychische stoornissen bij ouderen (Kruk e.a. 2007) Deze stoornissen kunnen bij ouderen een behoorlijke impact hebben op het zelfstandig functioneren.

Om de zelfredzaamheid van ouderen zolang mogelijk te behouden en te bevorderen is een vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg nodig, vooral vanuit de huisartsenpraktijk (Boekholdt e.a., 2010). Deze signalering berust op een systematische screening door de huisarts en praktijkverpleegkundige. Met behulp van screeningsinstrumenten kan een beeld gevormd worden van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de ouderen. Hierbij is het van belang dat de screening toegespitst wordt op ouderen met een verhoogd risico op verlies van zelfredzaamheid.

Vanuit de NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg wordt een overzicht gegeven van mogelijke probleemgebieden die bij ouderen aanwezig kunnen zijn en waar de praktijkverpleegkundige in het kader van een ouderenzorgspreekuur aandacht aan kan besteden. Dit overzicht laat een verdeling zien van somatische probleemgebieden, waarbij er aandacht besteed kan worden aan o.a. polyfarmacie, de voedingstoestand, het functioneren van HDL en ADL, het valrisico en de communicatieve status, zoals spraak, visus en gehoor.

Daarnaast is er in dit overzicht een verdeling van problemen van psychische en spirituele aard, zoals de cognitie, zingeving en vragen rond het levenseinde.

Niet minder belangrijk zijn de aandachtspunten op sociaal gebied. Hierbij valt te denken aan dagbesteding en activiteiten. Ook de sociale vaardigheden, het sociale netwerk en de belasting van de evt. mantelzorger vallen hieronder. Daarnaast kan er nodig zijn dat er gekeken wordt naar de financiële- en woonsituatie.

Samenvattend kan een ouderenzorgspreekuur in de huisartsenpraktijk omschreven worden als een spreekuur waarbij de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen zolang mogelijk behouden en bevorderd wordt. Een ouderenzorgspreekuur in de huisartsenpraktijk is ontstaan vanwege de toenemende vergrijzing in Nederland. Tijdens een ouderenzorgspreekuur wordt er aandacht besteed aan zowel de lichamelijke, psychische en sociale problemen van de ouderen.

Deelvraag 2: Welke praktische zaken zijn er nodig om een ouderenzorgspreekuur te laten functioneren?

Vanuit de praktijkwijzer ouderenzorg (2010) van de NHG zijn de volgende punten beschreven die essentieel zijn voor het laten functioneren van een ouderenzorgspreekuur. Hierin worden de volgende punten beschreven: personeel, opleiding, scholing, huisvesting, financiering, samenwerking andere disciplines en wet- en regelgeving.

Personeel, opleiding en scholing

In een huisartsenpraktijk vormen de huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige en de praktijkassistente gezamenlijk het kernteam (NHG/LHV, 2011). Dit kernteam is te onderscheiden in drie verschillende deskundigheidsniveaus: de huisarts op academisch niveau, de praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner op HBO- niveau en de praktijkassistente op MBO- niveau (NHG/LHV, 2011). De gezondheids- en zorgvragen van patiënten verschillen in de huisartsenpraktijk sterk in complexiteit. Er kan een onderscheid worden gemaakt in enkelvoudige, laagcomplexere zorgvragen en intensieve hoog complexe zorgvragen en de hele range daartussen. De verschillende deskundigheidsniveaus van het kernteam binnen de huisartsenpraktijk kunnen gezamenlijk antwoord geven op de sterke verschillen in complexiteit van de zorgvragen (NHG/LHV, 2011).

Op dit moment zijn in de huisartsenpraktijk praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners werkzaam. De functie van praktijkverpleegkundige in de huisartsenvoorziening is geleidelijk aan ontstaan. Beroepsverenigingen hebben namelijk gepleit voor een overgang van praktijkondersteuners naar

praktijkverpleegkundigen. De reden voor deze overgang is niet omdat de praktijkondersteuners niet voldoen, maar omdat ze met een praktijkverpleegkundige opleiding hun functie verder kunnen optimaliseren. Het takenpakket van een praktijkverpleegkundige is breder dan van een praktijkondersteuner. Een praktijkondersteuner begeleidt patiënten met een chronische aandoening. Een praktijkverpleegkundige heeft zorgtaken bij chronische aandoeningen, preventie, leefstijlbegeleiding, complexe zorgvragen, proactief populatiegericht werken en ouderenzorg (NHG/LHV, 2011). Vanuit de huisartsenpraktijk zijn ook in toenemende mate praktijkverpleegkundigen werkzaam met het aandachtsgebied ouderenzorg (NPV, 2010). De taken van een praktijkverpleegkundige in de ouderenzorg kunnen niet allemaal vastgesteld worden in protocollen. Daarom is het noodzakelijk dat een praktijkverpleegkundige op HBO-niveau functioneert in combinatie met een verpleegkundige opleiding, omdat een praktijkverpleegkundige complexe situaties moet overzien, eigen afwegingen maakt en het beleid daarop moet afstemmen (NHG, 2010). Zorgverzekeraar Achmea geeft in de module kwetsbare ouderen (2012) aan dat de deelnemende huisartsen aan de module een praktijkondersteuner in dienst moeten hebben op HBO niveau. Deze praktijkondersteuner is of wordt geschoold om de in de module genoemde prestaties te leveren.

Voor praktijkondersteuners met een verpleegkunde achtergrond kan het, afhankelijk van de ervaring als verpleegkundige, noodzakelijk zijn om een aanvullende scholing gericht op casemanagement voor complexe ouderenzorg te volgen (NHG/LHV, 2011). Praktijkverpleegkundige die zich nog niet hebben gespecialiseerd in ouderenzorg kunnen diverse cursussen volgen. Deze cursussen worden vanuit diverse hogescholen aangeboden. De cursussen verschillen per hogeschool in omvang en kosten.

Praktijkverpleegkundigen die al werkzaam zijn in de ouderenzorg, kunnen diverse nascholingen volgen, dit levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van praktijkverpleegkundige. Onder andere biedt de NHG, LHV en V&VN nascholing aan voor praktijkverpleegkundige ouderenzorg.

Huisvesting

De NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg noemt het spreekuur in de huisartsenpraktijk en visites als mogelijkheden om de ouderen te ontmoeten (NHG, 2010).

Het is daarnaast ook mogelijk dat binnen een verzorgingstehuis de huisarts en praktijkverpleegkundige elk hun eigen spreekuur hebben op bepaalde vaste tijden. De praktijkverpleegkundige kan bijvoorbeeld haar eigen spreekuur hebben voor: wondbehandeling, begeleiding bij chronische pijnklachten, vragen van patiënten en/of familie, controletaak na spreekuurcontact met de huisarts (NHG, 2010). Het is van groot belang dat alle contacten die de praktijkverpleegkundige heeft met patiënten in het verzorgingshuis, bekend zijn bij de huisarts en dat deze met de huisarts worden nabesproken (NHG, 2010).

Financiering

Vanuit de Praktijkwijzer Ouderenzorg wordt aangegeven dat er nog geen specifieke financiering is voor de POH- Ouderenzorg (NHG, 2010). Er wordt benoemd dat het wel wenselijk is dat deze financiering er komt. Het advies is om tot die tijd creatief om te gaan met verschillende mogelijkheden. Het gebruik maken van ruimte

voor de generieke taken voor de POH- chronische zorg wordt als mogelijkheid genoemd. Daarbij wordt aangegeven dat dit alleen mogelijk is als de POH voldoende capaciteit heeft om ook de chronische zorg te leveren die met de zorgverzekeraar is afgesproken. Als andere mogelijkheid wordt het meefinancieren van de POH door het verzorgingshuis genoemd. Daarnaast kunnen er afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar voor een aanvullend zorgaanbod voor proactieve screening of casemanagement. Hierbij is het belangrijk om mee te nemen dat financiering makkelijker verkregen wordt voor iets wat de praktijk al aantoonbaar doet. Als laatste mogelijkheid wordt aangedragen dat er een beroep gedaan kan worden op WMO gelden van de gemeente, dit voor mantelzorgondersteuning en proactieve screening (NHG, 2010).

De Module Kwetsbare ouderen van Agis vermeldt het volgende over financiering van de ouderenzorg: *“POH-S uren die nu vergoed en ingezet worden voor ouderenzorg korten we met het aantal uren POH dat vergoed wordt in de Module Kwetsbare ouderen”* .

Daarnaast is er de Module Modernisering en Innovatie (Achmea, 2011). De mogelijkheid bestaat om extra financiering te krijgen voor onderdelen van de huisartsenzorg voor ouderen in het kader van de Module Modernisering en Innovatie (Wind e.a., 2008). De huisartsen kunnen hierover, eventueel samen met andere partners, onderhandelen met de zorgverzekeraars (NHG, 2007).

Samenwerking andere disciplines

Aangezien ouderen in toenemende mate langer thuis blijven wonen krijgen zij te maken met veel verschillende partijen op de gebieden van wonen, zorg en welzijn. Zorg voor kwetsbare ouderen vraagt om multidisciplinaire samenwerking (Agis, 2012). Het is van belang dat de huisarts en praktijkverpleegkundige samenwerken met wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten met specialisatie ouderenzorg, maatschappelijk werk, specialist ouderengeneeskunde, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en pastor/ geestelijk verzorger (NHG, 2010).

In de Module Kwetsbare ouderen (Agis, 2012) worden daar nog de volgende disciplines aan toegevoegd: apotheker, ergotherapeut, POH- GGZ, WMO (ouderenadviseur), geriater en geheugenpoli.

Multidisciplinaire samenwerking vraagt zorg coördinatie, de praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige of iemand uit een andere organisatie kan die taak op zich nemen (NHG, 2010).

Wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundigen biedt aan thuiswonende zorgvragers hoogwaardige verpleegkundige zorg.

Hierbij verricht zij taken als het overnemen van, begeleiden bij of adviseren over de zelfzorg waar de patiënt door ziekte, handicap of stoornis niet meer zelf toe in staat is (Pool e.a., 2003). Hiernaast heeft zij een signalerende en coördinerende functie waarbij gezorgd wordt voor afstemming met behandelaars en overige zorgverleners (Rijksoverheid, 2010).

Geriatrische fysiotherapeut

De fysiotherapeut is gespecialiseerd in het bewegingsapparaat (Kits, 2006). Een geriatrische fysiotherapeut heeft zich gespecialiseerd in de zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met een hoge leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek. De geriatrische fysiotherapeut doet bij de patiënt voornamelijk oefentherapie, gericht op het herwinnen van en omgaan met verlies van mobiliteit en zelfstandigheid (KNGF, 2012).

Maatschappelijk werk

De maatschappelijk werker kan ingeschakeld worden om praktische hulp te bieden bij het oplossen van problemen die spelen bij zaken zoals: financiën, wonen, eenzaamheid of bijvoorbeeld rouwverwerking (Kits, 2006).

Specialist ouderengeneeskunde

Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die is gespecialiseerd in zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen (Varenso, 2012). Een specialist ouderengeneeskunde behandelt en begeleidt ouderen met complexe aandoeningen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. De specialist ouderengeneeskunde werkt in teamverband en heeft een regisserende rol voor medische en niet- medisch inhoudelijke zorg (Varenso, 2010).

Sociaal psychiatrische verpleegkundige

Als sociaal psychiatrische verpleegkundige verleen je hulp, begeleiding of behandeling aan ouderen die in psychische nood verkeren (Tempo- team, 2012). Voor het aanbieden van zorg neemt de sociaal psychiatrische verpleegkundige niet de psychische stoornis als vertrekpunt maar gaat juist uit van de beleving van de oudere zorgvrager. De rollen van de sociaal psychiatrische verpleegkundige zijn informatieverstrekker, belangenbehartiger en behandelaar, vanuit een verantwoordelijkheid voor het aanbieden van sociaal psychiatrische verpleegkundige zorg en behandeling. (NV Sociaal psychiatrische verpleegkundige, 2004). Het doel van de werkzaamheden van een sociaal psychiatrische verpleegkundige is het functioneren van de patiënt te verbeteren en klachten te verminderen en een terugval voorkomen (Tempo- team, 2012).

Geestelijk verzorger

Een geestelijk verzorger is een specialist in het omgaan met levensvragen. Zij verlenen spirituele zorg. Zij begeleiden en verlenen hulp aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging (Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen, 2010).

Apotheek

De apotheker verstrekt medicatie die worden voorgeschreven door de huisarts en medisch specialist. Daarnaast worden medicijnen verkocht zonder recept, en hulpmiddelen als incontinentiematerialen en verbandmiddelen. De apotheek heeft de verantwoordelijkheid om advies en informatie over het gebruik, effect, de bijwerkingen en risico's van medicijnen te geven aan de patiënt. Daarnaast is het de taak van de

apothek om te waarschuwen bij risicovolle of verkeerde medicijncombinaties (Kits, 2006). Op verzoek van de oudere kunnen medicijnen en hulpmiddelen thuis worden afgeleverd.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut richt zich op patiënten die problemen ervaren in het uitvoeren van de dagelijkse handelingen in hun woon- en leefomgeving (VU medische centrum, 2005). Ouder worden kan mentale en fysieke achteruitgang betekenen. Ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk, deze hebben een grote impact op de dagelijkse activiteiten op een veilige manier uit te voeren. Als ouderen hun zelfstandigheid verliezen van de dagelijkse handelingen kan een ergotherapie een effectief middel zijn, zo blijkt uit een wetenschappelijk onderzoek van de Vrije Universiteit van Amsterdam (2005). Het belangrijkste doel van een ergotherapeut is optimale deelname aan het leven door het kunnen uitvoeren van betekenisvolle activiteiten in de eigen leefomgeving (Steultjens e.a., 2006).

POH-GGZ

De POH-GGZ kan de praktijkverpleegkundige ter zijde staan bij ouderen met cognitieve beperkingen, relatieproblemen of somberheid (V&VN, 2009). Door een POH-GGZ in te schakelen bij een oudere, kan voorkomen worden dat er onnodig verwezen wordt naar de gespecialiseerde GGZ (Have, 2007). De POH-GGZ richt zich op het in kaart brengen van de problemen van de patiënt, het construeren van oplossingen en het ontwerpen en uitvoeren van een kort begeleidingstraject (V&VN-SPV en NVMW, 2008).

Ouderenadviseur

De ouderenadviseur is een professioneel opererende deskundige op HBO niveau, die bevordert dat de oudere de regie over zijn eigen leven houdt. Door het geven van persoonsgerichte informatie, advies en begeleiding streeft de ouderenadviseur naar vergroting van de zelfredzaamheid en het welbevinden van de oudere. De adviseur werkt op verzoek van de oudere, op de terreinen welzijn, zorg, wonen en financiën (Lammersen e.a., 2003).

Geriatr

Een geriater is medische specialist die zich gespecialiseerd heeft op de diagnostiek en behandeling van ouderen, bij wie vaak meerdere aandoeningen tegelijk aanwezig zijn (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2012). Vaak gaat het om een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. De geriater kijkt naar het geheel van deze problemen. Een geriater is werkzaam in ziekenhuizen, verpleeghuizen en bij de GGZ. Een sociaal geriater is een specialist aan huis die de situatie van de oudere optimaliseert. Dit gaat in samenwerking met de huisarts, familie en eventueel de thuiszorg. Een sociaal geriater begeleidt de thuissituatie na ziekenhuisopname, beoordeelt en begeleidt een dagbehandeling of opname in het verpleeghuis (Kits, 2006).

Geheugenpoli

Ouderen kunnen last krijgen van een geheugenprobleem, dit kan leiden tot beperkingen in het dagelijkse leven. De oorzaak hiervan kan in de hersenen of in het zenuwstelsel liggen. Daarnaast kunnen geheugenproblemen

veroorzaakt worden door andere lichamelijke of geestelijke ziekten. Ook medicatie en sociale omstandigheden kunnen hierin een rol spelen. Op een geheugenpoli wordt hier naar gekeken door een geriater, verpleegkundige, neuroloog en een klinisch psycholoog (Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2011).

Wetten

In de dagelijkse praktijkuitoefening komt de praktijkverpleegkundige binnen de ouderenzorg in aanraking met een aantal wetten.

BIG

Elke verpleegkundige heeft in haar werk te maken met de wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), zo ook de praktijkverpleegkundige. Deze wet beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. Daarbij is deze wet erop gespitst om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren (V&VN, 2012). Onder deze wet vallen acht beroepen: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen (V&VN, 2012).

Uitgangspunt van de wet BIG is: *‘dat het een ieder in beginsel vrijstaat om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, behoudens indien voorbehouden aan desbetreffende categorieën hulpverleners’* (Cuperus e.a., 2002).

In de wet BIG staat vermeld dat beroepsbeoefenaren handelingen mogen verrichten waar zij bevoegd en bekwaam voor zijn. De beroepsbeoefenaren zijn hier zelf verantwoordelijk voor. In deze wet staan een aantal handelingen vermeld die voorbehouden zijn aan bepaalde beroepsbeoefenaren. Alleen zij die daar bevoegd voor zijn, mogen deze handelingen uitvoeren (V&VN, 2012). Voor de acht beroepen die onder de wet BIG vallen, stelde de rijksoverheid registers in. Alleen zij die geregistreerd staan, mogen de beroepstitel voeren en vallen onder het tuchtrecht. Alle beroepsbeoefenaren dienen zich zelf in te schrijven doormiddel van het indienen van een verzoek tot inschrijving bij de Inspectie van Gezondheidszorg. Hiervoor dient men wel aan de gestelde eisen te voldoen (V&VN, 2012).

Het NPV (Netwerk Praktijkverpleegkundige) geeft aan dat de praktijkverpleegkundige onder andere met de wetten BOPZ, WGBO en AWBZ te maken krijgt. De module ‘Kwetsbare ouderen’ van Agis, voegt daar nog de wetten WMO en ZVW aan toe. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze wetten.

BOPZ

De wet BOPZ staat voor Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Deze wet regelt onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen of behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis (Rijksoverheid, 2012). Deze wet is bedoeld voor gedwongen opnamen en behandelingen in de psychiatrie, daarnaast is deze wet bedoeld voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de psychogeriatric (Rijksoverheid, 2012). De betrokken persoon moet voldoen aan een aantal voorwaarden: een geestesstoornis en deze stoornis veroorzaakt gevaar voor de betrokkene of diens omgeving, het gevaar kan niet door iets anders buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend en de betrokkene is niet

bereidwillig om zich te laten behandelen (Dings e.a., 2002). Procedures voor onvrijwillige opname zijn: de Rechterlijke machtiging en de Inbewaringstelling en de Indicatieprocedure (Dings e.a., 2002).

WGBO

In het beroepsprofiel van de V&VN die geschreven is voor de praktijkverpleegkundige ouderen, staat onder andere dat het van groot belang is dat de praktijkverpleegkundige kennis heeft van de wet WGBO (Telgenhof e.a., 2010). WGBO staat voor Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Deze wet bevat een aantal elementen. De hulpverlener is verplicht de patiënt te allen tijde goed te informeren over de aard en het doel van onderzoek en/of behandeling, zodat de patiënt op een juiste manier een beslissing kan nemen. Daarnaast wordt er in deze wet aandacht besteed aan het feit dat voor elke behandeling de toestemming van de patiënt vereist is. Wanneer een patiënt zelf niet voor zijn of haar rechten kan opkomen, regelt deze wet dat zij zich kunnen laten vertegenwoordigen. Daarnaast wordt er in deze wet aandacht geschonken aan de privacy van de patiënt (Dute e.a., 2000).

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziekte kosten vergoedt medische kosten die niet onder zorgverzekering vallen. Wanneer men zorg wil aanvragen uit de AWBZ, dan heeft men een indicatie nog van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (Rijksoverheid, 2012). Huisartsen en praktijkverpleegkundigen krijgen te maken met AWBZ-regelingen als partner in de keten en voor het aanvragen van een indicatie (NHG, 2010).

WMO

In de Wet Maatschappelijke Ondersteuning zijn de volgende wetten samengebracht: Wet Voorzieningen Gehandicapten, Welzijnswet en het onderdeel huishoudelijke verzorging uit de AWBZ. Deze wet heeft als doel dat iedereen zo lang en zo zelfstandig mogelijk moet kunnen participeren in de samenleving (Schulinck, 2012). Voor de ouderen zijn een deel van de WMO-voorzieningen relevant. Dit gaat met name over de zorg die uit de AWBZ is overgebracht naar de WMO, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, mantelzorgondersteuning en diensten bij wonen met zorg (NHG, 2010). Gemeenten hebben een grote vrijheid hoe men de WMO wil inrichten. Voor het gebruik van de WMO-voorzieningen is in een aantal gevallen een indicatie nodig, dit geldt onder andere voor huishoudelijke hulp.

ZVW

Begin 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Vanaf dat moment was het voor elke burger in Nederland verplicht om een zorgverzekering af te sluiten (Ven e.a., 2009). Ouderen kunnen vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet aanspraak maken op geneeskundige zorg, verblijf in ziekenhuis, ambulante GGZ zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenvervoer en paramedische zorg (Stichting Lijn1, 2010).

Deelvraag 3: Hoe ziet de functieomschrijving van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen binnen het ouderenzorgspreekuur eruit?

Om bovenstaande deelvraag te beantwoorden is er een functieomschrijving gegeven van de rol van de huisarts en van de praktijkverpleegkundige ten aanzien van het ouderenzorgspreekuur.

Functieomschrijving huisarts

De huisarts heeft een signalerende functie als het gaat om de oudere zorgvrager. Wanneer er in een praktijk bijvoorbeeld gekozen wordt om via case-finding ouderen op te sporen voor het ouderenzorgspreekuur, dan houdt dat in dat de huisarts in de reguliere contacten met oudere patiënten niet alleen kijkt naar het probleem van dat moment, maar dat hij ook signaleert op zaken die duiden op kwetsbaarheid (NHG, 2010). Op deze manier kan hij patiënten doorsturen naar de praktijkverpleegkundige.

De praktijkverpleegkundige ziet de ouderen op haar spreekuur of gaat bij de ouderen op bezoek aan huis. De Praktijkwijzer Ouderenzorg (2010), geeft aan dat de huisarts wel betrokken moet worden bij de voorbereiding hierop. Zij geven aan dat de huisarts samen met de praktijkverpleegkundige een lijst moet maken met punten die aan de orde moeten komen bij een probleeminventarisatie via huisbezoek. Wanneer er nadere diagnostiek moet plaatsvinden bij een oudere, dan is het de taak van een huisarts om daar mee verder te gaan (NHG, 2010).

In 2007 is het NHG-standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' uitgebracht. Dit standpunt is gericht op alle ouderen, maar richt zich specifiek op de doelgroep ouderen met complexe problematiek. In dit standpunt is de rol van de huisarts in de zorg voor de oudere zorgvrager beschreven. Er wordt onder andere genoemd dat het van groot belang is dat de huisarts een doortastende, pro-actieve houding moet hebben bij het voorkomen van medische problemen. Deze houding is ook belangrijk als het gaat om (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is (NHG-standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', 2007). De groep allochtone ouderen en ouderen in achterstandswijken vragen in het bijzonder zorg en regie van de huisarts.

Iets anders wat genoemd wordt is het feit dat de huisarts het NHG-standpunt 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' moet volgen. In dit standpunt wordt expliciet aandacht gevraagd voor de medicatiebewaking bij ouderen. Ook het nauw samenwerken met andere eerstelijns hulpverleners wordt genoemd als één van de taken van de huisarts als het gaat om ouderen (NHG-standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', 2007). De huisarts heeft in het zorgproces een regie functie, voornamelijk in situaties waar de zorg voor de patiënt steeds complexer wordt (Gercama, 2007).

Competenties die bij zo'n regiefunctie behoren, zijn delegeren, consulteren en verwijzen op basis van een behandelplan. Daarnaast is een goede informatievoorziening naar alle betrokken hulpverleners één van de taken die behoren bij deze regiefunctie, evenals het opbouwen van een consultatie- en verwijsnetwerk (Gercama, 2007).

In 2008 is er een internet enquête gehouden onder huisartsen waarin aan huisartsen de vraag werd gesteld hoe zij aankijken tegen hun rol met betrekking tot de oudere zorgvrager. Uit de resultaten kwam onder andere dat 60,9% van de huisartsen vond dat hun werkwijze in de eerste lijn moet veranderen. Men gaf aan dat de huisarts meer moet samenwerken met hulpverleners buiten de praktijk, ook multidisciplinair overleg zou meer moeten plaatsvinden. De huisarts zou daarbij een regiefunctie moeten hebben, aldus deze huisartsen (Schers e.a., 2009).

Functieomschrijving praktijkverpleegkundige

De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is een BIG geregistreerde HBO- verpleegkundige op niveau 5. De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is in dienst van een AWBZ instelling of is werkzaam in de eerstelijns zorg (Telgenhof e.a., 2010).

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de werkdruk van huisartsen te verminderen kan de huisarts taken aan de praktijkverpleegkundige delegeren. Dit komt ten goede aan chronische zieken en ouderen (Noordman e.a., 2009). De huisarts blijft echter wel de medische eindverantwoordelijke voor de patiënten die de praktijkverpleegkundige ziet (Hurkmans, 2006).

De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is een zelfstandige beroepsbeoefenaar en het omvat diverse taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Zo verleent de praktijkverpleegkundige ouderenzorg naast verpleegkundige zorg ook gedelegeerde medisch- inhoudelijke geneeskundige zorg aan veelal oudere zorgvragers met een chronische ziekte, comorbiditeit en een verhoogde kwetsbaarheid (Telgenhof e.a., 2010). Gedelegeerde medisch- inhoudelijke geneeskundige zorg houdt de zorgtaken binnen de huisartsenpraktijk in, die delegerbaar zijn en die voor een belangrijk deel in protocollen zijn vastgelegd (Hurkmans, 2006).

‘De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is verantwoordelijk voor de planning, organisatie en uitvoering van de (medische en verpleegkundige inhoudelijke) zorg rondom één of meerdere patiënten of patiëntengroepen’ (Telgenhof e.a., 2010). Een belangrijk onderdeel hierin voor de praktijkverpleegkundige is het zelfstandig opsporen van complexe problematiek bij een patiëntencategorie. Dit kan gaan om zowel kortdurende als chronische zorg. De verpleegkundige moet hierbij niet alleen de aandacht vestigen op de patiënt maar ook diens sociale netwerk en/of de mantelzorger. De praktijkverpleegkundige moet over een *‘analytisch, probleemoplossend, communicatief en structurerend vermogen’* beschikken (Telgenhof e.a., 2010).

Door middel van triage, neemt de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol in tijdens de diagnosestelling. Na het stellen van de medische diagnose door de arts kan de praktijkverpleegkundige starten met de behandeling, begeleiding en monitoring volgens de vastgestelde protocollen. De praktijkverpleegkundige zal op basis van de medische diagnose een verpleegkundige diagnose opstellen en het beoogde resultaat aangeven. De interventies zullen gericht zijn op het oplossen, verminderen of verzachten van het probleem van de zorgvrager. Creativiteit is hierin een belangrijke vereiste van de praktijkverpleegkundige. Dit omdat de praktijkverpleegkundige inzicht heeft in de lichamelijke, psychische, sociale, praktische en verpleegtechnische zorgbehoefte van de zorgvrager. De praktijkverpleegkundige mag in overleg met de huisarts afwijken van een protocol. Het is van belang dat de praktijkverpleegkundige hierbij haar eigen grenzen en deskundigheid kent (Telgenhof e.a., 2010).

Voor de oudere zorgvrager betekent de praktijkverpleegkundige een laagdrempelig contact met een vertrouwd gezicht en kan de ouderen de praktijkverpleegkundige gemakkelijk benaderen met vragen. Een belangrijke taak van de praktijkverpleegkundige voor de oudere is het creëren van vertrouwen en veiligheid passende bij het tempo en de benodigde tijd van de zorgvrager met als doel de zorgvrager te laten ervaren waar zijn krachten en mogelijkheden liggen. De praktijkverpleegkundige streeft naar de hoogste mate van zelfmanagement voor de zorgvrager overeenkomstig de zorgstandaarden (Telgenhof e.a., 2010). Volgens Schuurmans (2010) is het werk van de verpleegkundige echter nog te veel gericht op wat de zorgvrager niet meer kan door hun aandoening. Het accent zou volgens Schuurmans, meer moeten gaan liggen op het functiebehoud, waardoor ouderen zelfstandig kunnen blijven functioneren. De verpleegkundige krijgt dan meer een pro-actieve rol. Belangrijk hierbij is om niet vóór ouderen te denken en te doen, maar sámen met ouderen.

De praktijkverpleegkundige heeft afhankelijk van de problematiek van de zorgvrager intensief contact met de oudere patiënt en de sociale omgeving en/of mantelzorger. Om de complexe zorgvraag van de ouderen te begeleiden is coachen op diverse gebieden een belangrijke rol van de praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundige coacht op het gebied van zelfmanagement, het leren omgaan met, en het hanteren van de consequenties van het ouder worden. Daarnaast heeft de praktijkverpleegkundige een coachende rol bij het hanteren van leefregels en het coachen van mantelzorg en andere zorgverleners die bij de oudere zijn betrokken (Telgenhof e.a., 2010).

De praktijkverpleegkundige kan functioneren als de centrale zorgverlener. De praktijkverpleegkundige ouderenzorg is verantwoordelijk voor de afstemming en coördinatie van zorg door verschillende disciplines. Samenwerking is hierbij van belang met de diverse betrokken disciplines. De praktijkverpleegkundige kan dan werken vanuit de wensen en verwachtingen van de zorgvrager. Hierdoor is de praktijkverpleegkundige een centraal aanspreekpunt voor de zorgvrager met als gevolg dat er continuïteit van zorg ontstaat (Telgenhof e.a., 2010).

Tenslotte is een taak van de praktijkverpleegkundige dat de nieuwe ontwikkelingen op haar aandachtsgebied worden bijgehouden. Zodat ze expert is op haar aandachtsgebieden. En het vertalen en implementeren van verpleegkundig onderzoek naar de eigen organisatie is een taak van de praktijkverpleegkundige. Het leveren van kwaliteitszorg is een belangrijke taak van de praktijkverpleegkundige als uitvoerder (Telgenhof e.a., 2010).

In de jaren 90 van de vorige eeuw zijn in Canada op basis van breed onderzoek zeven CanMeds rollen geformuleerd. Dit zijn de eisen waar de medici moet voldoen. Het gaat hier om de volgende zeven rollen: zorgverlener, coach, collega, regisseur, gezondheidsdeskundige, beroepsbeoefenaar en student. Om binnen de rollen de diverse terreinen te onderscheiden worden er competentiegebieden geformuleerd. Een competentiegebied is een verzameling van taken rond een aspect van zorg waarvoor de praktijkverpleegkundige verantwoordelijkheid draagt. Alle competentiegebieden geven invulling aan de rollen en de zorg dat de praktijkverpleegkundige verleend wordt door de competentiegebieden gedekt.

Vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit vormen de competentiegebieden voor de praktijkverpleegkundige ouderenzorg (Tegelhof e.a., 2010).

Samenvattend kan er gezegd worden dat de huisarts een signalerende en regie functie heeft, als het gaat om de oudere zorgvrager. De praktijkverpleegkundige is met name verantwoordelijk voor de planning, organisatie en uitvoering van de zorg rondom de ouderen.

Deelvraag 4: Welke instrumenten zijn er om te inventariseren waar de verpleegkundige aandachtspunten moeten liggen in de zorg voor de ouderen?

Er zijn diverse screeningsinstrumenten die gebruikt kunnen worden om kwetsbaarheid bij ouderen op te sporen (Schers e.a., 2010). Zorgverzekeraar Agis noemt in de module 'Kwetsbare ouderen 2012' de volgende screeningsinstrumenten voor gebruik in de huisartsenpraktijk: TraZAG, GFI, ISAR-PC, RAI, TFI, Prisma7 en EasyCareTos. Hieronder volgt een beschrijving van de hiervoor genoemde screeningsinstrumenten.

TraZAG

TraZAG staat voor Transmurale Zorg Assesment Geriatrie. Dit is een instrument dat gebruikt kan worden om problemen in de zorgsituatie van een patiënt op een systematische wijze op te sporen en in kaart te brengen. TraZAG is in eerste instantie geschreven voor praktijkverpleegkundigen om in te zetten in de huisartsenpraktijk, daarnaast is dit instrument ook inzetbaar in andere werkerreinen in de ouderenzorg. Het instrument kan in drie situaties gebruikt worden, om zorgproblemen bij patiënten in beeld te brengen, om bekende problematiek te onderbouwen en om het verdere beloop van de patiënt in beeld te houden. Daarnaast kan het gebruik van het instrument een preventief karakter hebben (Warnier e.a., 2007). Bij het in kaart brengen van zorgproblemen kan gebruik gemaakt worden van het zogenoemde startdocument. Dit is een korte vragenlijst waarin probleemgebieden als Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL), Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), voeding, mobiliteit, medicatiegebruik, cognitieve functies, stemming en depressie naar voren komen. Ook is er een aparte bijlage met aandacht voor de mantelzorger (Warnier, 2008).

Aan de hand van de probleem inventarisatie vanuit het startdocument kan een diepgaandere verkenning per gebied plaatsvinden eventueel door middel van aanvullende meetinstrumenten.

Op basis daarvan kan een gericht zorgplan voor de patiënt opgesteld worden. Hierbij is het belangrijk om te blijven realiseren dat de vragenlijst een hulpmiddel is en dat zonder de klinische blik en ervaring van de verpleegkundige de verkregen informatie beperkte waarde heeft. Het is belangrijk hierbij de bevindingen in het complete beeld van de patiënt te passen (Warnier e.a., 2007).

GFI

GFI staat voor Groningen Frailty Indicator. Dit is een screeningsinstrument om bij een patiënt inzicht te krijgen in de mate van kwetsbaarheid (Schuurmans, 2005). In de GFI komen de volgende aandachtsgebieden naar

voren waarmee de mate van kwetsbaarheid bepaald wordt: mobiliteit, lichamelijke fitheid, visus, gehoor, voeding, multimorbiditeit, psychosociaal en cognitie (Campen, 2011). Als er problemen ervaren worden op een gebied, wordt hier een punt voor geteld, de punten worden vervolgens opgeteld. De totale score geeft een beeld van de mate van kwetsbaarheid (Groot, 2006). De scores op de GFI variëren van 0 tot en met 15, ouderen met een totaalscore van 4 of hoger worden als matig tot ernstig kwetsbaar beschouwd (Metzelthin, 2011).

ISAR - PC

ISAR – PC staat voor Identification of Senior At Risk Primary Care. Dit is een screeningsinstrument wat is ontwikkeld voor thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder (Nationaal Programma Ouderenzorg 2009). Het instrument is ontwikkeld in het kader van het onderzoek 'Functiebehoud in Transitie (FIT)' (Rooij e.a., 2009) Dit instrument is ontwikkeld om ouderen met een verhoogd risico op functieverlies vroegtijdig te herkennen. De vragenlijst bestaat uit 4 korte vragen die beantwoord kunnen worden met 'ja' en 'nee'. Met deze vragen wordt er aandacht besteed aan de gebieden ADL, HDL, geheugen en leeftijd (Nationaal Programma Ouderenzorg, 2011). Voor elke vraag is een aantal punten te scoren. Bij een score van 2 of hoger is verder onderzoek op aanwezigheid van geriatrische problemen aanbevolen.

RAI

RAI staat voor Resident Assessment Instrument. Dit is een meetinstrument om de zorgbehoefte van ouderen te bepalen. Dit instrument bestaat uit een vragenlijst en protocollen; Minimum Data Sets en Resident Assessment Protocols (Kluijver, 2007). Het is een instrument wat met name gebruikt wordt in verzorgings en verpleeghuizen, maar wat daarnaast ook kan afgenomen bij ouderen in de thuissituatie (VVI-RAI). De vragenlijst gaat onder andere in op de volgende aspecten: geestelijke toestand, , algemene gezondheid, continentie, horen, zien, toestand van de huid en dergelijke (Kluijver, 2007). De Resident Assessment Protocols zijn achttien protocollen die aangeven hoe men moet omgaan met bijvoorbeeld een delier, visusstoornissen, ADL-problemen of problemen die betrekking hebben op het psychosociaal welbevinden (Werf, 2005).

TFI

De Tilburg Frailty Indicator is ontworpen door onderzoeker en verpleegkundige R. Gobbens van de Universiteit in Tilburg. Dit is een vragenlijst wat gebaseerd is op zijn definitie en model voor kwetsbaarheid. Deze vragenlijst kan door zorgverleners in de eerstelijnszorg worden gebruikt op kwetsbare ouderen op te sporen (Nursing, 2010).

Gobbens (2011), schrijft het volgende over zijn definitie van kwetsbaarheid: *'Op basis van literatuuronderzoek en het raadplegen van experts hebben wij de volgende lichamelijke, psychische en sociale componenten van fragiliteit geselecteerd: kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijk actief zijn, evenwicht, cognitie, zintuiglijke functies (gehoor, gezichtsvermogen), stemming (depressieve symptomen, angst), coping, sociale relaties en sociale steun. Ze vormen samen onze operationele definitie van fragiliteit'.*

De TFI is een vragenlijst die door de oudere zelfstandig kan worden ingevuld. Deze lijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat 10 vragen over determinanten van fragiliteit en het tweede deel bevat vragen over componenten van fragiliteit (Olthuis, 2010). Aan de hand van deel kan worden bepaald of een oudere fragiel is en in welk domein de problemen voorkomen. Het lichamelijke domein, het psychische domein en sociale domein krijgen daarbij aandacht. Componenten van fragiliteit op lichamelijk domein kunnen onder andere zijn: moeilijkheden met lopen, lichamelijk moeheid, gehoor- en gezichtsproblemen. Het psychisch domein omvat de componenten cognitie, depressieve symptomen, angst en coping. Bij het sociale domein wordt gevraagd naar de componenten alleenwonend, sociale relaties en sociale steun (Olthuis, 2010). De meeste vragen kunnen met 'ja' en 'nee' beantwoord worden. De totaalscore kan variëren van 0-15. Een score van 5 of hoger wijst volgens de ontwikkelaar op kwetsbaarheid (Metzelthin e.a., 2011).

Er zijn twee steekproeven uitgevoerd om de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument te bepalen. Deze steekproeven werden uitgevoerd onder ouderen van 75 jaar en ouder in Roosendaal. De test-hertest betrouwbaarheid bleek goed te zijn (Gobbens, 2011).

Prisma7

Prisma7 is een screeningsinstrument die is ontwikkeld om ouderen van 85 jaar en ouder met functiebeperkingen op te sporen (Raïche e.a., 2008). Dit screeningsinstrument bestaat uit zeven vragen, die met 'ja' of 'nee' dienen beantwoord te worden. Deze vragen richten zich op de volgende gebieden: leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen bij activiteiten, hulpbehoefte bij basiszorg en activiteiten, sociale contacten en hulpmiddelen bij bewegen (Hébert e.a., 2005). Indien er meer dan drie vragen beantwoord worden met 'ja', dan is er sprake van een verhoogd risico op een functiebeperking. De aanbeveling hierbij is dat men het niveau van de autonomie van de oudere bepaalt aan de hand van de SMAF (Hébert e.a., 2005). De SMAF is uitgebreider instrument, dat zich richt op vijf aandachtsgebieden: ADL, HDL, communicatie, mobiliteit en mentale functies (Raïche e.a., 2008).

Easy care-TOS

Om te weten welke ouderen zorg nodig hebben, is het screeningsinstrument Easycare-TOS ontwikkeld.

Hiermee kunnen kwetsbare ouderen geïdentificeerd worden (UMC St Radboud/ZOWEL NN, 2010).

'Het Easycare-concept is in Sheffield, Groot-Brittannië, bedacht en staat voor Elderly Assessment

System'(ZOWELL NN, 2011). Dit concept heeft als missie om het leven van ouderen te verbeteren door problemen sneller te herkennen die betrekking hebben op gezondheid en welzijn, diagnoses beter te stellen en om adequater te reageren op zorgvragen. Het is in 2002 in Nederland geïntroduceerd (ZOWELL NN, 2011).

'Om de groep kwetsbare ouderen bij wie systematische probleeminventarisatie zinvol zou kunnen zijn, te definiëren en op te sporen, is er binnen het Easycareconcept een methode en vragenlijst ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk waarmee op een eenvoudige en snelle wijze ouderen gescreend kunnen worden op kwetsbaarheid: Easycare TOS' (ZOWELL NN, 2011). TOS staat voor Tweetraps Ouderen Screening.

De screening bestaat uit twee trappen. Trap 1 is bestemd voor de huisarts. Deze moet een korte vragenlijst invullen die betrekking hebben over de gezondheid, het welzijn, functioneren en sociaal netwerk van de

oudere. Het is de bedoeling dat de huisarts deze vragenlijst invult met alle informatie die hij heeft over de patiënt. De huisarts beoordeelt aan de hand van deze informatie of hij deze oudere kwetsbaar vindt. De ouderen die door de huisarts beoordeelt worden als kwetsbaar gaan naar de tweede trap. Dit geldt ook voor de patiënten waarbij de huisarts niet goed kan beoordelen of deze kwetsbaar zijn (UMC St Radboud/ZOWEL NN, 2010).

Bij trap 2 is het de bedoeling dat doormiddel van een vragenlijst, die wordt afgenomen bij de oudere thuis, extra gegevens worden verzameld. Deze lijst moet worden afgenomen door een praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of welzijnsmedewerker(UMC St Radboud/ZOWEL NN, 2010). Deze lijst is geen scorelijst, waarmee aan de hand van een score er gezien kan worden of de oudere kwetsbaar is maar het is een methode die de praktijkverpleegkundige of huisarts kan ondersteunen bij het identificeren van kwetsbare ouderen (ZOWEL NN, 2011). Eventueel kan er vervolgens nog gebruik gemaakt worden van aanvullende meetinstrumenten (bijvoorbeeld de MMSE), om bevindingen te objectiveren en te evalueren (ZOWEL NN, 2011).

B Bijlage 3. Begeleidende brief



Huisartsen de Burgt
Nederwoudseweg 17D
3772 TD Barneveld
Tel. 0342-751212

Barneveld, 9 maart 2012

Geachte heer/mevrouw.....,

Er is een grote populatie ouderen van 75 jaar en ouder binnen Huisartsen de Burgt. Uw huisarts is benieuwd naar de mogelijke problemen die deze groep ouderen ervaart. In opdracht van uw huisarts gaan wij, drie verpleegkunde studenten, deze problemen inventariseren.

Uit de groep ouderen is een willekeurige selectie gemaakt. U bent geselecteerd om bijgevoegde vragenlijst in te vullen.

Wij willen u vragen de vragenlijst in te vullen. Dit is van groot belang, zodat duidelijk wordt of de zorg voor ouderen vanuit Huisartsen de Burgt moet worden aangepast.

De vragenlijst bestaat uit 9 vragen die met 'ja' of 'nee' beantwoord dienen te worden. Wilt u het antwoord omcirkelen wat op uw situatie van toepassing is? Indien u niet zelf in staat bent om deze vragenlijst in te vullen, is het mogelijk dat uw partner of familielid dit samen met u doet.

Wij vragen u of u de ingevulde vragenlijst uiterlijk 27 maart te retourneren door middel van bijgevoegde antwoordenvolp.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Namens drs. D.A. Jaspers, drs. L.W.C. 't Mannetje en drs. A.J.H.M. Vermeulen,

Henrieke Anker
Christine Bos
Nelleke van den Brink
Verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede

Bijlage 4. TraZAG lijst

Gelieve het juiste antwoord te omcirkelen. Bijvoorbeeld:

Ja

Nee

1	Heeft u meer hulp nodig bij het doen van het huishouden (bijv. koken, schoonmaken) dan drie maanden geleden?	Ja	Nee
2	Heeft u meer hulp nodig bij het uitvoeren van de dagelijkse verzorging (bijv. bij wassen/aankleden) dan drie maanden geleden?	Ja	Nee
3 A	Bent u de afgelopen drie maanden onbedoeld afgevallen?	Ja	Nee
3 B	Heeft u problemen met eten en drinken?	Ja	Nee
4 A	Bent u de afgelopen zes maanden twee of meer keer gevallen?	Ja	Nee
4 B	Heeft u problemen met lopen?	Ja	Nee
5	Bent u het afgelopen jaar vaker ziek geweest dan voorheen?	Ja	Nee
6	Gebruikt u meer dan vier verschillende medicijnen?	Ja	Nee
7 A	Heeft u problemen met het zien (ondanks dragen van bril)?	Ja	Nee
7 B	Heeft u problemen met het gehoor (ondanks dragen van gehoorapparaat)?	Ja	Nee
8	Heeft u problemen met het geheugen? Ofwel bent u vergeetachtiger geworden?	Ja	Nee
9	Bent u de laatste tijd (drie maanden) somberder gestemd dan voorheen, of depressief geweest?	Ja	Nee

Bijlage 5. Topiclijst interviews

Topiclijst voor de interviews met ouderen

Doel van het interview: Behoeftes peilen van ouderen ten aanzien van een ouderenzorgspreekuur.

Doelgroep: Ouderen van 75 jaar en ouder van Huisartsen de Burgt, die wekelijks de aandacht van de huisarts vragen.

Exclusie doelgroep:

- Mantelzorger
- Partner

Vooraf

- Respondent bedanken voor de tijd die hij/zij neemt voor het interview.
- Uitleg wie wij zijn.
- Korte uitleg wat we doen. (afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO-V)
- In kort zeggen wat het doel van dit interview is.
- Benoemen hoe lang het interview ongeveer zal duren. (+/- 1 uur)
- Benoemen dat gegevens anoniem worden verwerkt.
- Benoemen dat het interview wordt opgenomen, zodat er door de onderzoekers niet meegeschreven hoeft te worden en het gesprek kan op deze manier anoniem uitgewerkt worden.
- Voice-recorder aanzetten.

Topic: Contactmomenten

Hoe vindt u de contactmomenten met de zorgverleners uit huisartsen de Burgt?

- Hoe vaak heeft u contact met de zorgverleners en waarover?
- Waarom heeft u vaak contact met de zorgverleners?
- Zijn er voldoende contactmomenten?
- Als u contact heeft gehad met een zorgverlener van huisartsen de Burgt (visite, consult, telefonisch) heeft dat zin gehad?

Topic: Zorgvraag

Wat is uw zorgvraag aan de zorgverleners van huisartsen de Burgt? (huisarts, praktijkverpleegkundige, praktijkassistente)

- Welke zorg wordt er concreet aan u gegeven vanuit de huisartsen de Burgt?

- Welke zorg zou u het liefst willen ontvangen?

Hoe ervaart u de zorgverlening?

- Wat gaat goed, wat minder goed in de zorg die u ontvangt vanuit huisartsen de Burgt?
- Wat wilt u graag anders zien in de zorg die u ontvangt?
- Voelt u zich begrepen door de zorgverleners vanuit huisartsen de Burgt?

Topic: Deskundigheidsniveau zorgverleners

Wat vindt u belangrijk aan de zorgverleners uit huisartsen de Burgt?

- Over welke bepaalde eigenschappen zou een zorgverlener volgens u moeten beschikken?
- Heeft u voorkeur voor contact met de huisarts/praktijkverpleegkundige of praktijkassistente?
 - o Waarom?

Topic: Bereikbaarheid van zorg

Uitleg ouderenzorgspreekuur

- Zou u gebruik willen maken van een ouderenzorgspreekuur?
 - o Zo ja, voor wat?
 - o Zo nee, waarom niet?
- Voor welke problemen zou u gebruik willen maken van een ouderenzorgspreekuur? (Psychisch, lichamelijk, sociaal)
- Indien er een ouderenzorgspreekuur komt, ziet u dit het liefst bij u thuis of in de huisartsenpraktijk (en indien van toepassing, in het verzorgingstehuis)?

Topic: Ideaalbeeld

- Hoe ziet uw ideale zorgverlener uit de huisartsenpraktijk eruit?

Afsluiting van het interview

- Heeft u nog belangrijke aanvullingen die we gemist hebben tijdens het interview?
- Voice-recorder uitzetten.
- Waardering uitspreken voor het meewerken aan het interview.

B Bijlage 6. Analyse interviews

Hieronder vindt u een analyse van één van de interviews. De analyses van de overige interviews en de verbatim van alle interviews zijn op te vragen bij de onderzoekers.

Interview 3 = respondent C

Nummer	Vindplaats	Fragment	Code	Categorie	Concepten
1.	3.1.2	R: Naja, als ik ze bel dan heb ik contact met ze.	Contact via telefoon.	Wijze van contact	Beleving contact
2.	3.1.4	R: Dan komt de assistente aan de lijn.	Telefonisch contact met assistente.	Wijze van contact	Beleving contact
3.	3.1.6	R: Nou, ik hoef niet zoveel te bellen want ze zorgen hier in huis voor de medicijnen...	Belt niet vaak, verzorgingshuis zorgt voor medicatie.	Frequentie contact	Beleving contact
4.	3.1.10	R: en dan moet ik even contact hebben opnemen en dan krijg ik medicijnen...	Contact bij blaasontsteking, krijgt medicatie.	Lichamelijke klachten	Medische klachten
5.	3.1.14	R: Nou de huisarts krijg je niet vaak aan de lijn he, dat is meestal de assistent..	Huisarts niet vaak aan de telefoon meestal assistente.	Wijze van contact	Beleving contact
6.	3.1.16	R: En die vraagt wat er is en dan overlegt ze dat met de dokter..	Assistente vraagt probleem, overlegt met de dokter.	Rol assistente	Competenties zorgverlener
7.	3.1.18	R: Ze hebben ook niet zoveel tijd om iedereen elke keer langs te gaan	Huisarts geen tijd om iedereen elke keer langs te gaan.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
8.	3.1.22	R: Maar het is heel moeilijk om iedere dag, hoor ik weleens, om iedere dag iedereen te bereiken die de huisarts wil he.	Mw. hoort van zoon die HA is dat het moeilijk is om alle patiënten die een vraag hebben die dag te bereiken.	Omgeving	Steun omgeving
9.	3.1.24	R: Nee, dat vindt ik weleens jammer.	Jammer dat huisarts niet een bepaald aantal keren langs komt.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
10.	3.2.1	R: Ja, dat ze niet zo eens even bij je komen kijken he.	Jammer dat huisarts niet zomaar bij patiënt komt.	Beleving contact	Beleving contact
11.	3.2.3	R: Als je toch die leeftijd hebt enne ik heb	Huisarts moet langs komen gezien leeftijd.	Reden contact	Beleving

		Parkinson dan...	Huisarts moet langs komen vanwege Parkinson.		contact
12.	3.2.5	R: ... en dat is een hele nare ziekte.	Parkinson nare ziekte.	Beleving ziekte/ klachten	Medische klachten
13.	3.2.7	R: En m'n dochter heeft het ook en dat vindt ik heel erg.	Mw. vindt heel erg dat dochter ook ziekte van Parkinson heeft.	Omgeving	Steun omgeving
14.	3.2.13	I: Oké, maar komt de huisarts die komt bij u alleen langs als u belt? R: Ja, als het nodig is.	Huisarts komt langs als ze belt en als het nodig is.	Reden contact	Beleving contact
15.	3.2.15	R: Dan vraagt de assistente eerst wat is er aan de hand.	Assistente vraagt naar probleem.	Rol assistente	Competenties zorgverlener
16.	3.2.19	I: Ja, maar u zou graag dat ze gewoon langs komen uit zichzelf? R: Ik heb hier altijd vrijwilligers werk gedaan op ruimzicht enne daar kwam ik ook altijd heel veel bij al die mensjes, dan zeiden ze ook altijd dat ze het zo fijn vonden dat ik langs kwam weetje wel?	Mw. heeft goede ervaring met vrijwilligerswerk, mensen vonden fijn dat mw. langskwam.	Beleving activiteiten	Steun omgeving
17.	3.2.21	R: Ja, ja. Ik denk dat ze geen tijd meer hebben.	Huisarts geen tijd om uit zichzelf langs te komen.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
18.	3.2.23	I: En waarom zou u dat fijn vinden? R: Ja rust gesteld meer.	Geruststelling.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
19.	3.2.31	R: Ja dan kun je eens even praten uuh of er nog wat aan te doen is of...	Praten over event. behandeling.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
20.	3.2.33	R: Ja, dan ben je zelf ook gerust gesteld .	Geruststelling.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
21.	3.2.37	I: Ja. En waarover contact over uuh waarvoor belt u vooral naar de huisartsenpraktijk? R: Naja, ik heb ook wel suiker...	Bellen voor diabetes	Reden contact	Beleving contact
22.	3.2.39	R: Of ze een keertje langs willen komen om te prikken, dan doen de verpleegsters hier ook wel hoor.	Belt voor langskomen voor controle glucosewaarde.	Participatie	Beleving contact
23.	3.3.2	R: Dan uuh, daar krijg ik wel medicijnen voor, maar ik vindt het toch wel fijn als het een keer uuh geprikt wordt.	Vindt glucosecontrole fijn ondanks gebruik medicatie.	Beleving behandeling	Beleving contact

24.	3.3.4	R: En dat wordt weleens een beetje, het duurt weleens heel lang voordat ze weer eens een keertje komen dan he.	Lange tussen tijd controle diabetes.	Beleving behandeling	Beleving contact
25.	3.3.10	R: Eén keer in de drie maanden.	1 keer in de 3 maanden komt PVK.	Frequentie contact	Beleving contact
26.	3.3.12	R: Nou zij doet maar zeggen, het bloed afnemen en dat soort dingentjes één keer in de drie maanden dan.	Bloed afnemen, 1 keer per 3 maanden.	Frequentie contact	Beleving contact
27.	3.3.20	I: En voor de rest neemt u geen contact op met haar over de diabetes? R: Nee eigenlijk niet, dat zou ik weleens willen.	Wil meer contact met PVK over diabetes.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
28.	3.3.26	R: Ja, over wat je binnen krijgt je eten en je drinken voor de suiker.	Meer contact met PVK over diabetes, eten, drinken.	Rol praktijkverpleegkundige	Competenties zorgverlener
29.	3.3.28	I: Ja, en zou u dan willen dat u haar vaker kan bereiken of dat [Naam praktijkverpleegkundige] zelf belt? R: Ja, ik kan nou niet meer naar de dokter, dat ik veel te veel, naja dat uuh. Ik vindt dat kan ze best hier thuis even doen bloed afnemen enz. dat is zo gebeurd, maar dat doet ze dan één keer in de drie maanden.	Kan niet naar huisarts.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
30.	3.3.28	R: . En ik denk dat ze dat genoeg vindt.	Mw. denkt dat PVK 1 keer per 3 maanden bloed afnemen genoeg vindt.	Beleving behandeling	Beleving contact
31.	3.3.30	I: Ja, maar u gaf aan dat u dat wel vaker wilt, vaker contact met haar? R: Een beetje controle meer he.	Meer controle.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
32.	3.3.32	R: Ze hebben hier ook wel verpleegsters he, die mij helpen.	Mw. wordt geholpen door verpleegsters van verzorgingshuis.	Hulp vanuit verzorging	Steun omgeving
33.	3.4.2	I: Ja, ja. Dus u zou wel vaker [Naam praktijkverpleegkundige] willen spreken over de diabetes? R: Ja, ja.	Vaker contact PVK over diabetes.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
34.	3.4.4	I: En wilt u dan dat u moet bellen of dat ze uit zichzelf belt [Naam praktijkverpleegkundige]? R: Nou ik denk niet dat ze dat doet, dat heb ik nog nooit meegemaakt.	Mw. denkt dat PVK niet uit zichzelf belt.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen

35.	3.4.9	R: Ja, misschien wel. Misschien zou dat iets makkelijker zijn voor me.	PVK uit zichzelf belt, makkelijker.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
36.	3.4.11	R: Want dan denk ik zou ik dat gewoon nemen, want ja. Ik wil het wel hebben...	Contact met PVK, eten, drinken.	Rol praktijkverpleegkundige	Competenties zorgverlener
37.	3.4.15	I: Ja, dat is duidelijk. Ja want u gaf ook aan dat de dokter, dat u het fijn zou vinden als die wat vaker langs zou komen? R: Ja, maar dan heb je van die zusters he die zullen wel contact met de dokter hebben.	Zusters verzorgingshuis hebben contact huisarts.	Hulp vanuit verzorging	Steun omgeving
38.	3.4.19	I: Want waar zou u in gerust gesteld willen worden? R: Ja, of je suiker niet te hoog is.	Geruststelling over diabetes.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
39.	3.4.21	I: Ja.	Contact met HA over lichamelijk klachten.	Reden contact	Beleving contact
40.	3.4.23	R: Nou, de gang van zaken gewoon he elke dag.	Contact over gang van zaken.	Reden contact	Beleving contact
41.	3.4.25	R: Dus dan heb je het er zelf ook niet meer zo over, met die zusters zeg maar.	Met zusters niet vaak over klachten parkinson.	Beleving ziekte/klachten	Medische klachten
42.	3.4.27	R: Behalve als ik uuh blaasontsteking heb ofzo dan gelijk plas opnemen en mee naar de dokter zeg maar.	Snel handelen bij blaasontsteking.	Rol huisarts	Competenties zorgverlener
43.	3.4.31	R: Ja, dat is dezelfde dag nog geregeld.	Hulp van kinderen bij vermoeden blaasontsteking.	Steun omgeving	Steun omgeving
44.	3.4.33	R: Het was nu goed dus uuh daar ben ik blij om.	Blij met uitslag.	Beleving ziekte/klachten	Medische klachten
45.	3.5.2	I: Als u contact heeft gehad met een zorgverlener van huisartsen de Burgt, dus met de assistente of met de huisarts heeft het dan zin gehad? R: Ik heb eigenlijk weinig met die dokters te maken,	Weinig te maken met dokter.	Frequentie contact	Beleving contact
46.	3.5.6	R: Ja kijk, dan geeft die medicijnen...	Contact met HA praktijk heeft zin: geeft medicijnen.	Beleving behandeling	Beleving contact
47.	3.5.8	R: Mwah dat is bij die ziekte, ja het hoort erbij he.	Klachten hoort bij ziekte.	Levenshouding	Zingeving

48.	3.5.8	R: en je krijgt al zo'n hoop van die rommel zeg ik, het is allemaal vergif niet dan?	Vindt medicatie rommel en vergif.	Beleving behandeling	Beleving contact
49.	3.5.12	R: Ik kan merken als ik het niet gehad heb dan uuh voel ik meteen he dat ik de medicijnen niet gehad heb.	Baat bij medicatie.	Beleving behandeling	Beleving contact
50.	3.5.14	R: Het moet goed bij elkaar aansluiten.	Medicatie moet goed bij elkaar aansluiten.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
51.	3.5.16	I: Ja. Maar bent u dan tevreden als u contact heeft gehad met de huisarts? R: Ja, ik zie haar niet zo heel gek veel, maar ze is ook hartstikke druk natuurlijk. En dan gaan de patiënten die dringend zijn die gaan voor natuurlijk.	Ziet HA niet veel, die is druk, patiënten die dringend zijn gaan voor.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
52.	3.5.18	R: He je bent wel 86 en dan zeggen ze al gauw van uuh ja je bent ook al een hele leeftijd en dan krijg je toch...	Klachten worden al gauw op leeftijd geschoven.	Bejegening	Verwachting ouderen
53.	3.5.22	R: En dat is niet fijn eigenlijk.	Niet fijn dat zus zelfde HA heeft.	Omgeving	Steun omgeving
54.	3.5.26	R: 'daar komt die zus ook weer aan'	Bij bellen 'daar komt die zus ook weer aan'. Voelt zich hierdoor geremd om te bellen naar HA.	Beleving contact	Beleving contact
55.	3.5.28	I: U hebt het gevoel dat u dan lastig bent? R: Dat geloof ik niet.	Niet het gevoel van lastig gevonden te worden.	Beleving contact	Beleving contact
56.	3.5.32	R: Dan vraag ik ook weleens wat aan [Naam zoon] natuurlijk m'n zoon.	Mw. vraagt ook wel eens wat aan zoon die HA is.	Steun omgeving	Steun omgeving
57.	3.5.32	R: Wil je elke dag de dokter op de stoep hebben? Dat gaat toch niet.	Elke dag dokter op de stoep gaat niet.	Frequentie contact	Beleving contact
58.	3.6.6	I: Nee, want u gaf aan dat de dokter dat u merkt dat de dokters druk zijn. En waar merkt u dat aan? R: Nou anders zouden ze wel vaker langs komen.	Mw. denkt dat HA te druk is anders zouden ze vaker langs komen.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
59.	3.6.10	R: Ja, ze zijn altijd druk he.	HA is altijd te druk.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
60.	3.6.12	I: Maar als de dokter hier is zegt die dan ook dat die druk is? R: Nee, dat zegt die niet. Nee.	Dokter zegt niet dat die te druk is.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact

61.	3.6.14	R: Ja, ik vraag hem ook niet onnodig	HA is druk omdat die niet vaak langs komt.	Beleving contact	Beleving contact
62.	3.6.16	R: Ik ga hem niet bellen als het niet nodig is he.	Belt niet voor onnodige dingen.	Reden contact	Beleving contact
63.	3.6.18	R: Nee, dan gaat ze rustig even bij je op de bank zitten even he. Nee daar heb ik niks geen klagen over hoor.	Geen klagen over wanneer HA langs komt.	Beleving contact	Beleving contact
64.	3.6.23	R: Ja, we zijn hier allemaal heel gek met d'r hoor.	Meerdere mensen zijn gek met HA.	Omgeving	Steun omgeving
65.	3.6.33	I: Maar u vindt wel dat ze vaker mag langs komen? R: Ja, dat vind ik wel ja dat zou wel kunnen.	HA mag vaker langs komen.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
66.	3.6. 35	R: Ja ter geruststelling	Ter geruststelling.	Reden contact	Beleving contact
67.	3.6.39	I: En hoe vaak zou u dan fijn vinden? R: ...maarre 1 keer in de paar weken ofzo ...	HA 1 keer in de paar weken langs komt.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
68.	3.7.5	R: Een beetje controle.	Ter controle HA langs komt.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
69.	3.7.9	R: Wat je er allemaal van kunt krijgen.	Praten over wat je kunt krijgen van de ziekte.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
70.	3.7.15	R: Als ik ze nodig heb dan roep ik ze.	Mw. roept HA als ze die nodig heeft.	Reden contact	Beleving contact
71.	3.7.23	R: Ik kan er geen verkeerds van zeggen bedoel ik.	Kan er geen verkeerds van zeggen dat ze eerst tegen assistent zegt wat er aan de hand is, daarna komt de HA indien nodig langs of niet.	Beleving contact	Beleving contact
72.	3.7.25	R: Het zou fijn wezen als ze een beetje vaker langs zou komen,	Fijn vinden als HA vaker langs komt.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen
73.	3.7.31	I: Zijn er nog meer dingen waarvan u denkt he dat mis ik? R: Nou, misschien eens vaker bloedje prikken voor de zekerheid.	Vaker bloed prikken voor de zekerheid.	Frequentie behandeling	Beleving contact
74.	3.8.3	I: Nee en wat vindt u goed gaan vanuit huisartsen de Burgt de zorg die u krijgt? Ja u vertelde dan ook dat [Naam	Vindt fijn als PVK langs komt.	Beleving contact	Beleving contact

		praktijkverpleegkundige] bijvoorbeeld langs komt. R: Ja dat vind ik fijn...			
75.	3.8.7	R: Maar anders bel ik even het is een heel aardig iemand	PVK is aardig.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
76.	3.8.9	R: Ja. Maar [Naam huisarts] is ook heel lief...	HA is ook heel lief.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
77.	3.8.14	R: Ja wel, ja hoor ook een hele aardig meid [Naam praktijkverpleegkundige].	Tevreden over HA en PVK.	Beleving contact	Beleving contact
78.	3.8.16	I: En wat vindt u goed aan hen? Aan [Naam praktijkverpleegkundige]? R: Dat ze de tijd bijhoudt he.	Goed dat PVK opschrijft dat ze geweest is en wanneer ze weer komt.	Rol praktijkverpleegkundige	Competenties zorgverlener
79.	3.8.31	I: En aan dokter [Naam] wat vindt u goed? R: Ja. Nee daar kan ik niks geen verkeerd van zeggen.	HA is lieve vrouw, kan niks verkeerd zeggen.	Beleving contact	Beleving contact
80.	3.9.1	R: Dan kunnen ze soms nog heel goed zijn hoor.	Ondanks leeftijd kan HA nog heel goed zijn.	Beleving contact	Beleving contact
81.	3.9.5	R: ik zit hier in uuh aanleunwoning...	Mw. woont in aanleunwoning.	Omgeving	Steun omgeving
82.	3.9.9	R: ...van de gemeente dan dus he en ik heb hulp hier van het huis van ruimzicht...Ik geloof vast zes of zeven keer per dag	Heeft 6 of 7 keer per dag hulp van ruimzicht.	Hulp vanuit verzorging	Steun omgeving
83.	3.9.11	R: Wassen en aankleden en eten dat koop ik dan natuurlijk maar uuh dat krijg ik ook hier van het huis.	Hulp bij wassen, aankleden en krijgt eten van het huis.	Hulp vanuit verzorging	Steun omgeving
84.	3.9.13	R: Naar bed doen 's avonds	Hulp bij naar bed gaan.	Hulp vanuit verzorging	Steun omgeving
85.	3.9.21	I: Nou uhm vindt u dat ze een luistert oor voor u hebben? R: Jawel, jawel dat vind ik wel hoor.	HA heeft luisterend oor.	Beleving contact	Beleving contact
86.	3.9.21	R: Ze kan niet elke keer voor de deur staan, dan kan ik ook voorstellen.	HA kan niet elke dag voor de deur staan.	Frequentie contact	Beleving contact
87.	3.9.23	R: Maar als dan nodig is dan geloof ik wel dat ze zou komen	Mw. gelooft dat HA wel komt als ze die nodig heeft.	Vertrouwen	Verwachting ouderen
88.	3.9.27	I: Dus u voelt zich wel begrepen?	Voelt zich begrepen door HA.	Beleving contact	Beleving

		R: Ja.			contact
89.	3.9.32	I: Over welke eigenschappen vindt u dat een zorgverlener dus een huisarts of [Naam praktijkverpleegkundige] moet beschikken, wat vindt u? R: Nou dat is wel heel fijn dat ze met je meeleven, dat ze he, dat je samen kunt praten erover.	Fijn vinden als HA meeleeft, samen erover praten.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
90.	3.9.36	R: Ja, ook over de ziekte..	Praten over de ziekte.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
91.	3.9.36	R: nu m'n dochter het ook heeft dat vind ik ook heel erg, die zit ook zo te trillen.	Vindt erg dat dochter ook Parkinson heeft.	Omgeving	Steun omgeving
92.	3.10.4	R: En weetje wat het ergste is? Vallen.	Ergste is vallen.	Beleving ziekte/ klachten	Medische klachten
93.	3.10.6	R: Ik ben vier keer gevallen.	Is vier keer gevallen.	Lichamelijk klachten	Medische klachten
94.	3.10.12	R: Kun je niet vooruit, wil die benen niet meer, dus dan zul je toch in en rolstoel moeten. Dat is heel vervelend vooral de zomer komt dan wel weer los en m'n kleinzoon die gaat trouwen dus dan denk je 'kan ik er nog wel bij zijn?'	Vindt het vervelend in rolstoel te moeten omdat benen niet meer willen, vooral nu zomer er aan komt.	Toekomst	Zingeving
95.	3.10.16	R: Ja, natuurlijk dat is logisch dat weet ik misschien wel graag bij zijn maar ja.	Maakt zich zorgen of ze wel bij bruiloft van kleinzoon kan zijn.	Toekomst	Zingeving
96.	3.10.13	I: Maar u gaf aan dat u het belangrijk vindt dat u met de huisarts of met [Naam praktijkverpleegkundige] rustig kan praten. R: Ja.	Belangrijk om rustig te kunnen praten met HA of PVK.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
97.	3.10.15	R: Ja, net als wat ik zeg dat geef ook wel wat rust.	Praten geeft rust.	Beleving contact	Beleving contact
98.	3.10.17	R: In je eigen doen en laten hé.	Geeft rust in eigen doen en laten.	Beleving contact	Beleving contact
99.	3.10.19	R: , wat moet ik zeggen, slaap je beter als je eens even gepraat hebt d'r over.	Geeft rust omdat je er over gepraat hebt.	Beleving contact	Beleving contact
100.	3.10.23	I: Ja. U wilt het graag bespreekbaar maken? R: Ja, als het kan.	Wil problemen bespreekbaar maken met HA.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen

101.	3.10.25	R: Dat doe ik met m'n zoon ook wel eens	Praat weleens met zoon over problemen.	Steun familie/ mantelzorg	Steun omgeving
102.	3.11.4	I: Een luisterend oor of.. R: Dat is altijd goed natuurlijk.	Luisterend oor is altijd goed.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
103.	3.11.6	R: Je moet dit niet doen of je moet dat niet doen of je moet dat doen.	Raad geven over wat wel of niet doen.	Eigenschappen zorgverlener	Competenties zorgverlener
104.	3.11.18	I: Wat waarom vindt u dat belangrijk? R: Nou uh, uh er zijn mensen die weten iets meer als een ander.	Raad geven is belangrijk omdat er mensen zijn die iets meer weten als een ander.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
105.	3.11.22	R: Van mekaar.	Raad opvolgen van elkaar.	Omgeving	Steun omgeving
106.	3.11.24	R: Als het helpt.	Fijn als raad helpt.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
107.	3.11.26	I: Ja. Want zit u bijvoorbeeld met bepaalde vragen die u aan haar wilt stellen? R: Ja of ik niet meer aan sport moet doen of uuh meer hoe heet het moet hebben uhm toe nou uhm een die heb ik al jaren.	Raad over sport, vaker pedicure.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
108.	3.11.38	I: Ja. Dus vooral op praktische adviezen van de dokter? R: Ja. Die zegt hoe het moet natuurlijk.	Praktische adviezen van de HA.	Rol huisarts	Competenties zorgverlener
109.	3.12.15	I: ...Is er nog iets waarvan u zegt 'dat vind ik belangrijk'? R: Uuh ook wel als je steun, als je een ander ziet. Dat die hetzelfde hebben, je gaat weleens vergelijken he.	Steun van mensen die hetzelfde hebben.	Steun omgeving	Steun omgeving
110.	3.12.22	R: Ja, dan kan je er even over praten hoe die het voelen.	Praten over gevoelens met mensen die hetzelfde hebben.	Steun omgeving	Steun omgeving
111.	3.12.24	I: Ja en wat zou de huisarts daaraan kunnen doen voor u? R: Ik denk niet veel, nee.	HA kan niet veel hierin doen.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
112.	3.12.30	R: Dat is heel naar als moeder zijnde om dat te zien.	Naar om als moeder zijnde je kind ziek te zien.	Omgeving	Steun omgeving
113.	3.12.34	R: Ja je rust veel, je kunt wel merken eigenlijk, als ik druk geweest ben zoals gisteren had ik heel veel visite gehad dan ben ik vandaag wel	Mw. is kapot als ze druk is geweest.	Lichamelijke klachten	Medische klachten

		een beetje kapot zeg maar.			
114.	3.13.1	R:Ja, dat kost energie.	Kost energie als je druk bent geweest.	Lichamelijke klachten	Medische klachten
115.	3.13.3	R: Maar het is niet makkelijk.	Is niet makkelijk voor mw.	Beleving ziekte/ klachten	Medische klachten
116.	3.13.5	I: Nee. Even kijken, heeft u voorkeur voor een contact met een huisarts of met de praktijkverpleegkundige, maakt het uit wie er bij u komt, vindt u dat uitmaken? R: Nou ik ben niet zo dat ik van de ene dokter op de andere dokter vlieg hoor.	Vliegt niet van de één na de andere dokter.	Vertrouwen	Verwachting ouderen
117.	3.13.11	I: Maakt het u dan uit wie er komt? R: Nee, dat zou me dan niet kunnen schelen. Als het maar helpt.	Maakt niet uit of PVK of HA komt, als het maar helpt.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
118.	3.13.13	R: Tuurlijk. Ik ben niet zo dat ik aan een huisarts vast zit, nee.	Zit niet vast aan HA.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
119.	3.13.19	I: U vindt het ook prima om naar de verpleegkundige te gaan? Ja. Dus dat maakt u niet uit? R: Nee.	Maakt niet uit of PVK of HA langs komt.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
120.	3.13.23	R: Over de ziekte en wat dan gebeuren moet.	HA en PVK praten samen met elkaar over de ziekte en acties.	Verwachting behandeling	Verwachting ouderen
121.	3.13.28	R: Zal het wel genoeg uithalen? Ja ik weet niet hoor. Ik denk dat je allemaal bij je eigen huisarts blijft.	Vraagt zich af of ouderenzorgspreekuur wel genoeg uithaalt. Denkt bij eigen HA te blijven.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
122.	3.13.30	I: Maar het is binnen Huisartsen de Burgt, dus dat kan bijvoorbeeld [Naam praktijkverpleegkundige] gaan doen een verpleegkundige doet dat. Zou u daar gebruik van gaan maken of willen maken? R: Nou ik geloof dat ik bij mijn eigen huisarts blijf.	Gelooft dat ze bij eigen HA blijft.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
123.	3.14.3	R: Ik zou er misschien ook wel een keer heen gaan.	Zou misschien naar het ouderenzorgspreekuur gaan.	Behoeft ouderenzorgspreekuur	Verwachting ouderen
124.	3.14.7	R: Ja, ik denk het wel.	Gaat misschien gebruik maken van ouderenzorgspreekuur.	Behoeft ouderenzorgspreekuur	Verwachting ouderen

125.	3.14.9	I: Voor welke dingen zou u er dan gebruik van maken? R: Nou ja dat ze zomaar een keer langs komen en eens over je ziekte praten...	Dat ze langs komen en praten over ziekte.	Behoeft ouderenzorgspreekuur	Verwachting ouderen
126.	3.14.11	R: Of ik nog meer medicijnen moet hebben, dat soort zulk dingen.	Voor medicijnen.	Behoeft ouderenzorgspreekuur	Verwachting ouderen
127.	3.14.15	R: Ik weet niet of je het zo gauw met een dokter doet over het geloof of over de dood	Praten over het geloof of dood.	Spiritualiteit	Zingeving
128.	3.14.15	R: of weet ik niet of ik dat met de dokter bespreek, ik dacht het niet.	Mw. weet niet of ze met de HA over geloof en dood kan praten.	Vertrouwen	Verwachting ouderen
129.	3.14.17	R: Nou met [Naam praktijkverpleegkundige] zou ik het wel kunnen.	Met PVK zou ze het wel kunnen.	Voorkeur HA/PVK	Verwachting ouderen
130.	3.14.21	R: Nou ja, je weet toch wat er na de dood komt en ja daar moet je toch ook rekening mee houden.	Rekening houden met wat er na de dood komt.	Spiritualiteit	Zingeving
131.	3.14.23	R: Ja, het is wel fijn als je daar ook met de dokter over kan praten.	Mw. zou het fijn vinden als ze met HA over geloof en dood kan praten.	Verwachting contact	Verwachting ouderen
132.	3.14.30	R: Ja met dokter [Naam], dat dacht ik wel. Nog nooit bij de hand gehad hé.	Mw. denkt dat ze het wel met de HA kan bespreken maar weet het niet zeker, heeft het nog nooit bij de hand gehad.	Verwachting contact	Verwachting ouderen
133.	3.14.36	I: En als er zo'n ouderenzorgspreekuur komt zou u dan het liefst hier in het huis willen of hier bij u thuis of in de huisartsenpraktijk dat kan ook nog. R: Nee, ik denk het beste in huis.	Ouderenzorgspreekuur het beste thuis.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
134.	3.14.38	R: Daar ben je eigen hé.	Thuis ben je eigen.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
135.	3.15.4	I: Het is vertrouwelijk? R: Ja dat dacht ik ook en als wij gaan dan moeten we toch met een andere mee met een rolstoel of weet ik wat.	Eigen omgeving is vertrouwelijk. En anders is mw. afhankelijk van iemand die met haar mee gaat.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
136.	3.15.6	R: En anders moet je weg nu kan je het hier thuis doen.	Nu kan je thuis blijven.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
137.	3.15.10	I: Dus het is makkelijker? R: Ja dat dacht ik wel.	Thuis is makkelijker.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen

138.	3.15.15	I: Ja, want het zou u wel lukken stel dat het hier in het verzorgingstehuis is om daar te komen? Of zouden ze hier echt in huis moeten komen? R: Ja, tenminste dat probeer ik heb het steeds nog gedaan	Ouderenzorgspreekuur in verzorgingshuis kan ook.	Spreekuurplaats	Verwachting ouderen
139.	3.15.15	R: ik heb altijd vrijwilligerswerk gedaan hier...	Mw. heeft vrijwilligerswerk in verzorgingshuis gedaan.	Omgeving	Steun omgeving
140.	3.15.19	R: Dus ik weet niet of dat ooit weer komt.	Mw. weet niet of ze ooit nog vrijwilligerswerk kan doen omdat ze moeilijk kan lopen na val.	Toekomst	Zingeving
141.	3.15.21	R: Zit altijd met die benen van dat vallen he.	Mw. heeft problemen met lopen na vallen, ondanks rollator.	Lichamelijke klachten	Medische klachten
142.	3.15.32	R: Ik hoop dat het weer komt want ik zal me zorgen als het niet komt.	Mw. hoopt dat ze weer kan lopen.	Toekomst	Zingeving
143.	3.15.36	I: even los van dokter [Naam] of [Naam praktijkverpleegkundige] hoe ziet u ideale huisarts eruit of een andere zorgverlener? R: Ja ééntje die wel een keertje langs komt, ja dat ze ook weet hoe de zaken er voor staan.	Keertje langs komt en weet hoe de zaken ervoor staan.	Verwachting contact	Verwachting ouderen
144.	3.16.9	I: Ja, want hebt u nu weleens het idee dat ze daar niet van op de hoogte zijn hoe het met u gaat? R: Dat denk ik ook, dat denk ik wel.	Mw. heeft het idee dat zorgverleners niet op de hoogte zijn van hoe het met haar gaat.	Beleving behandeling	Beleving contact
145.	3.16.11	R: Ja maar je gaat er zelf 1 keer in de drie maanden naar toe naar de neuroloog.	Mw. gaat 1x per 3 maanden voor controle naar neuroloog.	Overige behandelaars	Steun omgeving
146.	3.16.15	I: Ja, dus u ervaart van de neuroloog voldoende steun of zou u dat meer willen? R: Ja, dat is een hele goede dokter.	Ervaart voldoende steun van neuroloog.	Overige behandelaars	Steun omgeving
147.	3.16.17	I: Ja. Maar dan zou u fijn vinden dat tussendoor de huisarts een paar keer langs komt? R: Ja, als die eventjes langs komt	Fijn vinden als HA eventjes langs komt.	Wenselijke contact	Verwachting ouderen
148.	3.16.23	R: Dat ze niet komen omdat ze geen tijd hebben want dat kan.	Geeft de HA niet de schuld dat ze niet vaak langs komt omdat ze geen tijd hebben.	Beschikbaarheid tijd	Beleving contact
149.	3.16.28	R: Ik heb er nooit zo gek veel mee te maken gehad. Het is met die parkinson nu en voor de rest ja m'n man die is heel ziek geweest daar	Momenteel contact met HA over Parkinson en eerder veel contact over ziekte man.	Reden contact	Beleving contact

		hebben we jaren mee getobd.			
150.	3.16.32	I: Ja het is meer als u uw huisarts zelf zou mogen samenstellen wat u dan heel fijn zou vinden. R: Nou dat ze een keertje langs komt enne ja.	Fijn vinden al HA een keertje langs komt.	Wenselijk contact	Verwachting ouderen