



## Het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid bij patiënten ouder dan 55 jaar

*Een samenwerking tussen de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Fryslân en de Praktijkondersteuners Ouderenzorg en huisartsen van verschillende Friese huisartsenpraktijken*

Student: Rianne van der Wal

Studentnummer: 445594

Datum inleveren onderzoeksopzet: 1-1-2023

Datum inleveren definitieve thesis: 10-10-2023

Docentbegeleider: Karin Menninga

Werkplekken: GGD Fryslân, Huisartsenpraktijk Kalsbeek, Huisartsenpraktijk De Compaenen

Leermeesters: Everhard Hofstra, Foekje Kalsbeek, Liesbeth Vijfhuizen en Simon Rienstra

**School:** Hanzehogeschool  
**Opleiding:** Master Physician Assistant  
**Cohort:** 2021-2024  
**E-mailadres:** ra.van.der.wal@st.hanze.nl  
**Productcode:** PHLM19ONZ2-1  
**Onderzoeksbegeleiders:** Klaus Boonstra, Steffie Bunk, Bilbo Schickenberg  
**Opdrachtgever:** GGD Fryslân  
**Onderzoekperiode:** November 2022 – oktober 2023

## Voorwoord

Beste lezer voor u ligt mijn Masterthese, die is geschreven in opdracht van het expertteam Ouderen van de GGD Fryslân. De Masterthese is het eindresultaat van de samenwerking tussen de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Fryslân en verschillende Friese Huisartsenpraktijken.

Via deze weg wil ik alle huisartsen en Praktijkondersteuners Ouderenzorg die mee hebben gewerkt aan het onderzoek bedanken voor hun deelname. In het bijzonder wil ik Klaus Boonstra bedanken voor het creëren van het onderzoeksonderwerp. Tevens gaat mijn dank uit naar Bilbo Schickenberg en Steffie Bunk van het expertteam Ouderen, hun begeleiding heeft een waardevolle bijdrage geleverd aan het onderzoek.

Tot slot zou ik graag Karin Menninga bedanken, mijn onderzoeksbegeleider vanuit de Hanzehogeschool, die mijn onderzoeksopzet en concepten meermaals heeft beoordeeld en mij van opbouwende *feedback* heeft voorzien.

# Abstract

## Aanleiding en doelstelling

Het bevorderen van vitaliteit en het uitstellen van kwetsbaarheid is een doel van de GGD. Bij een integraal brede aanpak voor het vitaal ouder worden, is het essentieel om de taken van de GGD en de huisartsenpraktijk op elkaar af te stemmen. Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de wijze waarop de huisarts en de Praktijkondersteuner Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid bij patiënten ouder dan 55 jaar.

## Methode

Het betreft een evaluerend kwalitatief onderzoek, waarbij er semigestructureerde diepte-interviews zijn gebruikt. Er zijn vier huisartsen en vier Praktijkondersteuners Ouderenzorg geïnterviewd. Bij de analyse van de transcripties werden de fasen van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen doorlopen.

## Resultaten

Uit de interviews kwamen de onderstaande hoofdtopics:

- Preventie in de huisartsenpraktijk  
Bij patiënten, zonder chronische ziektes of een *event* in de voorgeschiedenis, worden preventieve maatregelen ingezet vanaf 75 jaar.
- Screening op kwetsbaarheid  
Kwetsbaarheid wordt ingeschat op basis van de klinische blik, structureel screenen is niet effectief gebleken. Onbekende patiënten boven de 75 jaar worden benaderd middels *casefinding*.
- Werkwijze met betrekking tot kwetsbaarheid en vitaliteit  
Gezamenlijke besluitvorming is van belang, evenals het behouden van de autonomie en de zelfstandigheid.
- Taakverdeling en onderlinge samenwerking  
Men richt zich voornamelijk op ziektegerelateerde preventie.
- Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven.  
Patiënten zijn niet op de hoogte van beschikbare activiteiten. Verschillende factoren vormen een belemmering voor deelname.

## Conclusie

De huisarts en de Praktijkondersteuner Ouderenzorg richten zich voornamelijk op patiënten vanaf 75 jaar. Tijdens het spreekuurconsult is er aandacht voor het creëren van bewustwording van gezondheidsrisico's, waarbij de nadruk ligt op ziektegerelateerd advies.

## Aanbevelingen

De aanbevelingen aan de GGD Fryslân betreft het creëren van meer bewustwording van gezondheidsrisico's en het in kaart brengen van de beschikbare activiteiten en organisaties.

## Inhoud

Voorwoord.....	3
Abstract.....	4
Inleiding.....	7
1. Onderzoeksmethode.....	9
<b>1.1 Onderzoekdesign</b> .....	9
<b>1.2 Onderzoekpopulatie</b> .....	9
<b>1.3 Procedure dataverzameling en ethische aspecten</b> .....	9
<b>1.4 Literatuurstudie en interviewguide</b> .....	10
1.4.1 Validiteit <i>interviewguide</i> .....	10
1.4.2 Betrouwbaarheid <i>interviewguide</i> .....	10
<b>1.5 Analyse</b> .....	11
<b>1.6 Kwaliteitscriteria</b> .....	11
1.6.1 <i>Trustworthiness</i> .....	11
1.6.2 <i>Bruikbaarheid</i> .....	12
1.6.3 <i>Authenticity</i> .....	12
2. Resultaten.....	14
<b>2.1 De respondenten</b> .....	14
<b>2.2 Verkregen resultaten</b> .....	14
2.2.1 Preventie in de huisartsenpraktijk.....	14
2.2.2 Screening op kwetsbaarheid.....	15
2.2.3 Werkwijze met betrekking tot kwetsbaarheid en vitaliteit.....	17
2.2.4 Taakverdeling en onderlinge samenwerking.....	19
2.2.5 <i>Vitaliteits- &amp; kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven</i> .....	20
3 Discussie & Conclusie.....	22
<b>3.1 Discussie</b> .....	22
3.1.1 <i>Sterke en zwakke punten van het onderzoek</i> .....	23
<b>3.2 Conclusie</b> .....	24
4. Aanbevelingen.....	25
<b>4.1 Taakverdeling en onderlinge samenwerking</b> .....	25
<b>4.2 Informeren en het creëren van bewustwording</b> .....	25
<b>4.3 Vervolgonderzoek</b> .....	26
Literatuurlijst.....	27
Bijlagen.....	31
<b>Bijlage 1: Operationaliseringsschema literatuuronderzoek</b> .....	31
<b>Bijlage 2: Interviewguide</b> .....	32
<b>Bijlage 3: Ethische toetsing</b> .....	35

<b><i>Bijlage 4: Informerende brief</i></b> .....	41
<b><i>Bijlage 5: Informed consent</i></b> .....	42
<b><i>Bijlage 6: Inclusie- en exclusiecriteria</i></b> .....	43
<b><i>Bijlage 7: Tijdsplanning praktijkonderzoek</i></b> .....	44
<b><i>Bijlage 8: Definiëring van begrippen</i></b> .....	45
<b><i>Bijlage 9: Beoordelingsformulier onderzoeksopzet</i></b> .....	47
<b><i>Bijlage 10: Mindmap analyse praktijkonderzoek</i></b> .....	49
<b><i>Bijlage 11: Codeboek</i></b> .....	50

## Inleiding

In de afgelopen eeuw is het aantal 65-plussers meer dan tien keer zo groot geworden, dit maakt het belang om zo lang mogelijk vitaal te blijven steeds groter. Toekomstbestendige zorg is dan ook een actueel onderwerp binnen het kabinet. Het kabinet stelt hierbij de nieuwe norm: zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan (Rijksoverheid, 2022). Het langer thuis blijven wonen zal worden gestimuleerd en de zelfredzaamheid en de participatie zal worden ondersteund (Rijksoverheid, 2022). Een groot deel van de ouderen is in staat om eigen regie te voeren en de zelfstandigheid te behouden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-b). Echter kunnen belemmeringen in cognitie, geheugen, snelheid, flexibiliteit, fysieke activiteiten en de sociale omgeving leiden tot kwetsbaarheid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.-a). Kwetsbaarheid wordt onderscheiden in vier domeinen; fysiek, sociaal, psychisch en cognitie. Veelal is er sprake van kwetsbaarheid op één van de vier domeinen (GGD Fryslân, 2022). Het fysieke domein heeft betrekking op verminderde spierkracht, ongewenst gewichtsverlies, vermoeidheid, verminderde loopsnelheid en slecht ervaren gezondheid. De sociale determinant betreft eenzaamheid, weinig sociale steun en verminderde maatschappelijke participatie. Bij het psychische aspect staat de aanwezigheid van depressie en verminderde mentale gezondheid centraal. Onder het domein cognitie valt een verminderd geheugen, snelheid en flexibiliteit (GGD Fryslân, 2022). Gezonde voeding en voldoende beweging hebben een positieve invloed op fysieke en cognitieve kwetsbaarheid. Voldoende beweging in combinatie met sociale activiteiten is van belang bij sociale kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015). Met het stijgen van de leeftijd neemt de kwetsbaarheid onder ouderen toe, wat resulteert in een verminderde kwaliteit van leven (Drey et al., 2010). Kennis over de mate van kwetsbaarheid draagt bij aan het selecteren van de patiënten met een hoger gezondheidsrisico, dan enkel te kijken naar de leeftijd (Schuurmans, Steverink, Lindenberg, Frieswijk & Slaets (2004).

Eén van de doelen van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Fryslân (GGD Fryslân) betreft het bevorderen van de vitaliteit en het uitstellen van de kwetsbaarheid (GGD Fryslân, 2022). Zo is in de landelijke nota, Gezondheidsbeleid 2020-2024, vitaal ouder worden opgenomen als één van de vier speerpunten (GGD Fryslân, 2022). Het expertteam Ouderen van de GGD Fryslân heeft dan ook onderzoek gedaan naar de opgave voor de publieke gezondheid, met betrekking tot het vitaal ouder worden, en de mogelijke bijdrage van de GGD Fryslân. Tijdens het onderzoek zijn de determinanten van kwetsbaarheid in kaart gebracht om richting te kunnen geven aan de manier waarop de GGD en gemeenten op populatieniveau aan de slag kunnen met de preventieve maatregelen gericht op de vitaliteit (GGD Fryslân, 2022). Kijkend naar de preventie op individueel niveau kan worden gesteld dat centralisatie van de individuele zorg aan kwetsbare ouderen is belegd bij de huisartsenpraktijk (Ambagtsheer, Archibald, Lawless, Mills, Yu, & Beilby, 2019). Zo is er in 2019 een herijking gekomen van de kernwaarden en – taken van de huisarts. Hierin is vastgesteld dat de huisarts de geïndiceerde en zorggerelateerde individuele preventie als kerntaak ziet (Toekomst Huisartsenzorg, z.d.). De rol van de huisarts is gericht op het signaleren en bespreekbaar maken van de gezondheid en de leefstijl, zodat complicaties en/of chronische ziekten enigszins kunnen worden voorkomen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2022).

Ondanks dat preventie een onderdeel is van de huisartsenzorg, is er te weinig bekend over interventies gericht op het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid voor zowel 50-plussers als ouderen (Lionis & Midlöv, 2017). Vaak wordt kwetsbaarheid te weinig behandeld door zorgverleners, met name als er gericht wordt behandeld voor één ziekte (Ambagtsheer et al., 2019.). In de huisartsenpraktijk leggen huisartsen de hoogste prioriteit bij het inzetten van de Praktijkondersteuner Ouderenzorg (POH-Ouderenzorg) bij kwetsbare ouderen (Schers, Koopmans & Rikkert, 2009). Om individuele zorg aan kwetsbare ouderen te kunnen centraliseren hebben de huisartsen onder andere behoefte aan een multidisciplinaire aanpak (Ambagtsheer et al., 2019). Bij een integraal brede aanpak voor vitaal ouder worden, is het dan ook essentieel om de doelen en taken van zowel de GGD als de huisarts en de POH-Ouderenzorg

beter op elkaar af te stemmen. Uiteindelijk draagt een lokale aanpak, gericht op preventieve ouderengezondheid, namelijk bij aan de vitaliteit onder ouderen en het langer thuis kunnen wonen (Aalbers, Vuijk, & Finnema 2018). Dit onderzoek heeft zich dan ook gericht op welke wijze de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid onder ouderen. De Raad van Ouderen (2019d) geeft aan dat men zich vanaf 55 jaar al dient te richten op gezondheidsbevorderende interventies, zodat er ook op latere leeftijd gezondheidswinst kan worden behaald.

**Probleem- en doelstelling:**

Er is bij de GGD onvoldoende inzicht in de wijze waarop de huisarts en POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar. Hierdoor is het niet duidelijk wat de huisartsenpraktijk kan betekenen in de integrale aanpak van het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid van deze doelgroep. Dit onderzoek richt zich dan ook op de wijze waarop de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid van deze doelgroep, met als doel dat er in oktober 2023 inzicht is verkregen in de werkwijze binnen de huisartsenpraktijk.

**Vraagstelling:**

Op welke wijze geven de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar?



# 1. Onderzoeksmethode

## 1.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek betreft een evaluerend kwalitatief onderzoek, waarbij de resultaten zijn verkregen middels semigestructureerde diepte-interviews. De keuze voor kwalitatief onderzoek berust op het feit dat het onderzoek ingaat op de visie, mening en werkwijze van de huisarts en POH-Ouderenzorg. Door het gebruik van semigestructureerde interviews werd het gesprek in de juiste banen geleid, maar was er ook ruimte voor eigen invulling (Fischer en Julsing, 2014). Hierdoor werd de kant van de huisarts en de POH-Ouderenzorg goed belicht en kon er worden ingegaan op de aspecten die de huisarts en de POH-Ouderenzorg inbrachten. Op deze manier kon er veel informatie worden opgehaald en stond de huisarts en de POH-Ouderenzorg centraal (Verhoeven, 2014).

## 1.2 Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek zijn zowel huisartsen als POH's-Ouderenzorg geïnterviewd. Voor het creëren van een representatieve groep waren zij werkzaam in plattelands- of stadspraktijken. De interviews werden afgenomen van week 7 t/m week 19 van 2023. Participanten werden gevonden via het netwerk van de huisartsen en de POH-Ouderenzorg die aangesloten zijn bij huisartsenpraktijk Kalsbeek. Er is gewerkt met een doelgerichte steekproef, *purposive sampling*. Zo werden de participanten geselecteerd op basis van eigenschappen (Scholten, Offringa, & Assendelft, 2018). Deze eigenschappen zijn vormgegeven aan de hand van in- en exclusiecriteria en opgenomen in Tabel 2. In Bijlage 6: Inclusie- en exclusiecriteria is de onderbouwing van de gehanteerde criteria opgenomen. De grootte van de steekproef was afhankelijk van het moment van dataverzadiging. Gedurende de interviews bleek dat dataverzadiging was opgetreden na het uitvoeren van acht interviews.

**Tabel 2:**

*De inclusie- en exclusiecriteria*

<i>Inclusie criteria</i>	<i>Exclusie criteria</i>
Een (waarnemend) huisarts of POH-Ouderenzorg die werkzaam is in plattelands- of stadspraktijken	Een waarnemend huisarts of POH-Ouderenzorg die <2 dagen per week in dezelfde huisartsenpraktijk werken
Praktiserende POH met als aandachtsgebied ouderenzorg	Een huisarts en POH-Ouderenzorg die werkzaam is buiten Friesland

## 1.3 Procedure dataverzameling en ethische aspecten

Voorafgaand aan het onderzoek is vastgesteld dat het onderzoek buiten de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) viel. In Bijlage 3: Ethische toetsing is het bijbehorende schema van de zorgvuldigheidsmaatregelen opgenomen. Er was daarom toestemming nodig van de medisch ethische toetsingscommissie (METC). Bij de start van het praktijkonderzoek is de uitvoerend onderzoeker eerst in gesprek gegaan met de huisartsen en de POH-Ouderenzorg van huisartsenpraktijk Kalsbeek. Afgaand op de connecties werd er een inschatting gemaakt van de *response rate*. Afhankelijk van de connectie werden de participanten door de huisartsen of POH-Ouderenzorg van huisartsenpraktijk Kalsbeek benaderd met het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Nadat de participanten hun interesse hadden getoond in medewerking aan het onderzoek, werden hun contactgegevens gedeeld met de uitvoerend onderzoeker. Per mail volgde een aanvullende brief van de uitvoerend onderzoeker met daarin de achterliggende informatie en het doel van het onderzoek uitgeschreven. Deze brief is opgenomen in Bijlage 4: Informerende brief. Nadat de deelnemers schriftelijk akkoord waren gegaan, werd er een afspraak ingepland voor het interview. De deelnemers zullen vanaf nu respondenten worden genoemd. De interviews namen ongeveer 30 minuten in beslag. Het gehele interview werd opgenomen om vervolgens verbatim getranscribeerd te worden. De getranscribeerde gegevens werden bewaard in een speciale map in Microsoft Word Office op de beveiligde werklaptop van uitvoerend onderzoeker. In de analyse wordt

beschreven op welke wijze de gegevens vervolgens verwerkt en zijn geanalyseerd. Er werd afgesproken dat de opnames in december 2023, bij de afronding van het onderzoek, zullen worden verwijderd. De ingevulde *Informed consents* werden na afronding van het onderzoek bewaard in het kantoor van de uitvoerend onderzoeker. Deze konden worden geraadpleegd indien de vrijwillige deelname van een participant in twijfel werd getrokken. De tijdsplanning van het gehele onderzoek is terug te vinden in Bijlage 7: Tijdsplanning praktijkonderzoek. Het contact tussen de uitvoerend onderzoeker en de participanten verliep gedurende het gehele onderzoek via de beveiligde mail en telefoon van de GGD Fryslân.

#### **1.4 Literatuurstudie en interviewguide**

Alvorens het praktijkonderzoek werd uitgevoerd, heeft de uitvoerend onderzoeker belangrijke begrippen gedefinieerd. Zie hiervoor Bijlage 8: Definiëring van begrippen. Tevens heeft de uitvoerend onderzoeker een literatuurstudie gedaan, wat de basis heeft gevormd voor de inleiding. De relevante hoofdt topics die uit de literatuurstudie naar voren kwamen zijn geoperationaliseerd en opgenomen in Bijlage 1: Operationaliseringsschema literatuuronderzoek. De hoofdt topics van het operationaliseringsschema hebben uiteindelijk de basis gevormd voor de *interviewguide*, die is gebruikt tijdens het praktijkonderzoek. De hoofdt topics van de *interviewguide* betroffen: vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren, werkwijze, samenwerking en preventie. Op deze hoofdt topics werd tijdens het interview doorgevraagd aan de hand van de subtopics, welke vanuit de literatuur een samenhang vertoonden. Om enige structuur aan te brengen in het interview, werden er op voorhand vragen opgesteld die richtinggevend waren tijdens het interview. De vragen zijn opgenomen in de *interviewguide*, welke terug te vinden is in Bijlage 2: *Interviewguide*.

Doordat het interview was opgebouwd uit een inleiding, kern en afronding werd het één geheel (Verhoeven, 2014).

##### **1.4.1 Validiteit *interviewguide***

Zoals bovenstaand beschreven, is de *interviewguide* gebaseerd op de hoofd- en subtopics die uit de literatuurstudie naar voren kwamen. Gezien het feit dat de topics zijn geoperationaliseerd vanuit de literatuurstudie past de *interviewguide* in het achterliggende theoretische kader, wat resulteerde in een hoge begripsvaliditeit (Ostelo, Verhagen, & de Vet, 2012).

Uit de literatuur kwam naar voren dat er onder huisartsen geen eenduidige definitie is van kwetsbaarheid (Drey et al., 2010). De term kwetsbaarheid werd dan ook bij de introductie toegelicht, waardoor de context werd behouden (Scholten et al., 2018).

De uitvoerend onderzoeker heeft tussentijds getoetst of de vraag en/of informatie juist was overgekomen door middel van doorvragen (Verhoeven, 2014). Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen werden de gevoelige vragen, waarin er werd ingegaan op de mening van huisartsen/POH-Ouderenzorg, niet als eerste gesteld. De vooropgestelde vragen boden structuur in het interview. Hierdoor werd aan eenieder hoofdzakelijk hetzelfde gevraagd, wat ten goede kwam aan de validiteit. De inhoudsvaliditeit is gecontroleerd door de *interviewguide* aan de opdrachtgever, medestudenten en coaches van de Master Physician Assistant van de Hanzehogeschool voor te leggen (Bakker & Van Buuren, 2019).

##### **1.4.2 Betrouwbaarheid *interviewguide***

De *interviewguide* is aan zowel coaches en studenten van de opleiding Master Physician Assistant van de Hanzehogeschool voorgelegd, als aan de begeleiders vanuit het expertteam Ouderen. De terugkoppeling van alle partijen is verwerkt en heeft de betrouwbaarheid van de *interviewguide* verhoogd. Tevens vond er een proefinterview plaats met de uitvoerend onderzoeker en een andere tweedejaars Master Physician Assistant student. Het proefinterview vergrootte de betrouwbaarheid van de topiclijst. Zo werden er aantekeningen gemaakt en kon het proefinterview worden geëvalueerd (Verhoeven, 2014). Door het proefinterview werd ook de structuur en transparantie gewaarborgd, wat maakt dat de geldigheid, geloofwaardigheid en transparantie van de gegevens is vergroot (Ostelo et al., 2012). Er werd getracht toevallige fouten uit te sluiten door de vooropgestelde hoofdvragen vanuit verschillende kanten te benaderen aan de hand van de

bijbehorende topics. Daarnaast werd eenieder onderworpen aan dezelfde vragen (Bakker & Van Buuren, 2019). Tot slot werd de betrouwbaarheid van de *interviewguide* gewaarborgd door de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Zo heeft de uitvoerend onderzoeker alle interviews uitgevoerd, wat leidde tot een hoge test-hertestbetrouwbaarheid (Bakker & Van Buuren, 2019).

## **1.5 Analyse**

Gedurende het gehele onderzoek werd de anonimiteit van de participanten gewaarborgd. Zo hebben de participanten bij de eerste kennismaking een code gekregen, welke gedurende het gehele onderzoek werd gebruikt. Gezien het moment van dataverzadiging liepen de codes op van 1 tot en met 8. De code van de participanten kwam overeen met de code van de transcripten. Tijdens enkele interviews moest in verband met technische problemen de opname tussentijds worden gepauzeerd, waarna de opname weer kon worden hervat. Bij enkele participanten is de code dan ook aangevuld met een letter, waarmee wordt verwezen naar deel 1(a) en deel 2(b) van het interview.

De geluidsopnames werden verbatim getranscribeerd met behulp van de transcribeerwebsite Amberscript. Tijdens het analyseren van de transcripten werden de fasen van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen doorlopen (Verhoeven, 2014). Allereerst werden de gegevens verkend, waarna kleine fragmenten werden geselecteerd die in één woord konden worden samengevat. Vervolgens werd de waarde van de gebruikte termen onderzocht, waarna er werd gestart met het exploratief coderen oftewel het open coderen. Tijdens het open coderen werd er gebruik gemaakt van de computerapplicatie 'Atlas ti'. Met behulp van Atlas ti konden fragmenten uiteindelijk worden gecodeerd en gegroepeerd, waarna ze hiërarchisch konden worden geordend. Vervolgens heeft de uitvoerend onderzoeker door middel van axiaal coderen gezocht naar onderlinge verbanden en associaties en/of combinaties. Hierbij werden er hoofdgroepen en subgroepen gevormd door kritisch te kijken naar de codes. Deze verbanden en associaties werden vervolgens selectief gecodeerd door structuur aan te brengen in de begrippen. Uiteindelijk zijn de codes en groepen met behulp van Atlas ti geordend in een *mindmap*, welke terug te vinden is in Bijlage 10: *Mindmap* analyse praktijkonderzoek. Na afronding van de gegevensverwerking werden de opnamen gewist door de uitvoerend onderzoeker (Verhoeven, 2014).

## **1.6 Kwaliteitscriteria**

De kwaliteitscriteria passend bij kwalitatief onderzoek hebben betrekking op de termen *trustworthiness* (betrouwbaarheid) en *authenticity* (echtheid). De term *trustworthiness* is onder te verdelen in *credibility*, *transferability*, *dependability* en *confirmability* (Amin et al., 2020). Ook de term *authenticity* wordt volgens Amin et al. (2020) verder onderverdeeld. De begrippen die hierbij aan de orde komen zijn: *fairness*, *ontological authenticity*, *educative authenticity*, *catalytic authenticity* en *tactical authenticity*. Onderstaand zal er verder worden ingegaan op de begrippen en wordt er beschreven hoe deze begrippen zich weerhouden ten opzichte van het onderzoek. De *authenticity* komt in principe pas bij de discussie van het onderzoek aan de orde, waar de nauwkeurigheid van het praktijkonderzoek zal worden geëvalueerd. Echter zal de *authenticity* ook in dit hoofdstuk kort worden toegelicht.

### **1.6.1 Trustworthiness**

#### *Credibility (interne validiteit)*

De interne validiteit was enigszins verminderd doordat er gebruik is gemaakt van een selectieve steekproef. Om alsnog de juiste conclusies te kunnen trekken werden uitsluitend de resultaten van de verbatim getranscribeerde data gebruikt (Verhoeven, 2014). Tevens werd na het onderzoek door middel van *member-checking* de verkregen informatie door de uitvoerend onderzoeker getoetst bij een medestudent van de Master Physician Assitant aan de Hanzehogeschool (Amin et al., 2020). Zo heeft een medestudent de opname met de verbatim getranscribeerde data gecontroleerd. Op deze manier is de objectiviteit van de uitvoerend onderzoeker gewaarborgd (Verhoeven, 2014).

### Transferability (externe validiteit)

De variatie in de onderzoekspopulatie is gewaarborgd door te selecteren op basis van in- en exclusiecriteria. Hierdoor werd de kwaliteit van de *purposive sampling* gegarandeerd (Scholten et al., 2018). Er is bewust rekening gehouden met het feit dat de participanten zowel werkzaam zijn in plattelands als stadspraktijken, waardoor er indicaties konden worden gegeven over de Friese huisartsenpraktijken.

De reikwijdte van dit onderzoek is vergroot door de hooftopics en subtopics vanuit het literatuuronderzoek te gebruiken in het praktijkonderzoek. Zo werden tijdens het praktijkonderzoek de gestelde vragen vanuit verschillende aspecten belicht, wat de externe validiteit heeft vergroot (Verhoeven, 2014).

### Dependability (betrouwbaarheid)

De competentie van de uitvoerend onderzoeker is vergroot door de interviews meermaals plaats te laten vinden (Scholten et al., 2018). Zo werden de stappen van meten, analyseren en interpreteren meermaals doorlopen. De herhaling van deze stappen, iteratie, verhoogden de betrouwbaarheid van het onderzoek (Amin et al., 2020). Door het opnemen van de interviews konden de gesprekken vaker worden beluisterd, wat ook een positief effect had op de iteratie. Daarnaast kon door het opnemen de verkregen informatie verbatim worden getranscribeerd, wat de controleerbaarheid en de reproduceerbaarheid waarborgde (Scholten et al., 2018).

### Confirmability (objectiviteit)

De noodzaak om als uitvoerend onderzoeker een inlevende rol in te nemen bij interviews brengt soms de objectiviteit in het gedrang (Amin et al., 2020). Toch is het volgens Verhoeven (2014) van belang om informatie te verzamelen vanaf een afstand. Het aanbrengen van structuur in het interview, garandeerde tijdens dit onderzoek die afstand. Tevens werd het gesprek werd letterlijk getranscribeerd, wat de objectiviteit vergrootte.

## **1.6.2 Bruikbaarheid**

Kennis over het bevorderen van de vitaliteit en het verbeteren/uitstellen van de kwetsbaarheid in de huisartsengeneeskunde geeft inzicht in de werkwijze van de huisarts en de POH-Ouderenzorg. Er kan dan ook worden gesproken van instrumentele bruikbaarheid. Gedurende het onderzoek werd er nauw contact gehouden met de opdrachtgever, wat de bruikbaarheid van het onderzoek vergrootte (Verhoeven, 2014).

## **1.6.3 Authenticity**

### Fairness (echtheid)

Om de echtheid te kunnen beoordelen is er middels *member-checking* gecontroleerd of de verschillende meningen van de participanten zijn meegenomen in het onderzoek en naar waarheid zijn verwerkt (Amin et al., 2020).

### Ontological authenticity (besef)

Amin et al. (2020) hebben dit onderdeel opgenomen om na te gaan of de participant na het onderzoek meer inzicht heeft verkregen in zijn/haar eigen situatie.

### Educative authenticity (leren begrijpen en waarderen)

Om erachter te komen of participanten na het onderzoek de mening van de andere participanten beter konden waarderen, is het leren begrijpen en waarderen opgenomen in de authenticiteit (Amin et al., 2020).

*Catalytic authenticity (stimuleren tot het ondernemen van actie)*

De vraag die Amin et al. (2020) stellen bij katalytische authenticiteit betreft de vraag of het onderzoek voor de participanten heeft bijgedragen aan het ondernemen van actie om de huidige situatie te veranderen.

*Tactical authenticity (empowerment)*

Empowerment stond in had in dit onderzoek betrekking op het ondernemen van stappen door de participanten, om de huidige situatie daadwerkelijk te gaan veranderen (Amin et al., 2020).

## 2. Resultaten

### 2.1 De respondenten

Er werden in totaal acht participanten geïnterviewd, die allen werkzaam waren in een huisartsenpraktijk in Friesland in de functie van huisarts of POH-Ouderenzorg. De verhouding betrof vier huisartsen en vier POH's-Ouderenzorg, die afkomstig waren uit zes verschillende huisartsenpraktijken. In eerste instantie werden acht participanten benaderd voor deelname aan het onderzoek. De laatste participant heeft gezien de tijdsinvestering afgezien van deelname. Aangezien data-verzadiging nog niet was opgetreden na zeven interviews, is er nog een negende participant benaderd. Van de negen participanten zijn er uiteindelijk acht participanten geïnccludeerd. De *responserate* betrof dan ook 88,89%. De geïnccludeerde participanten zullen vanaf nu respondenten worden genoemd.

### 2.2 Verkregen resultaten

Tijdens het praktijkonderzoek kwamen er verschillende topics naar voren. Deze topics waren onder te verdelen in de hoofdttopics: Preventie in de huisartsenpraktijk, Screening op kwetsbaarheid, Werkwijze met betrekking tot kwetsbaarheid en vitaliteit, Taakverdeling en onderlinge samenwerking en tot slot Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven. Alle topics die tijdens het praktijkonderzoek naar voren zijn gekomen, werden opgenomen in een codeboek. In het codeboek zijn de topics ondersteund met de bijbehorende citaten, welke te vinden zijn in Bijlage 11: Codeboek. Om de hoofdttopics, subtopics en onderlinge verbanden overzichtelijk weer te geven, zijn deze met behulp van Atlas ti verwerkt in een *mindmap*. De *mindmap* is opgenomen in Bijlage 10: *Mindmap* analyse praktijkonderzoek. Onderstaand is iedere hoofdttopic uitgewerkt aan de hand van de bijbehorende subtopics.

#### 2.2.1 Preventie in de huisartsenpraktijk

##### \* *Doelgroep*

De meeste respondenten gaven aan patiënten pas vanaf 75 jaar preventief te screenen, al woog voor iedere respondent hierin de medische voorgeschiedenis wel zwaarder dan de leeftijd. Respondent 3 lichtte dit toe:

“Wat we dus nu doen is bij de Praktijkondersteuners kijken welke mensen er allemaal via de ketenzorg bekend zijn. Dat zijn vaak toch wel de oudere mensen en mensen met een *event* in de voorgeschiedenis zoals hart- en vaatziekten andere ziektes waarbij ze dus controles moeten hebben, maar er zit niet een hele strakke leeftijdsgrens aan.”

Naast de leeftijd en de medische voorgeschiedenis werd door enkele respondenten in de spreekkamer het effect van armoede gezien. Zo zagen enkele respondenten een relatie tussen toenemende kwetsbaarheid en het moeten rondkomen van een minimuminkomen. Respondent 8 gaf aan dat preventieve maatregelen met betrekking tot voorlichting en screening voor deze groep niet effectief is gebleken, doordat zij grotere financiële zorgen aan hun hoofd hebben.

##### \* *Chronische zorgvragers en ouderenzorg*

In de praktijk zag het merendeel van de respondenten dat er in de groep van 75- tot 80- jarige patiënten sprake is van weinig kwetsbaarheid. Alle respondenten vertelden dat de patiëntengroep met een chronische zorgvraag standaard onder controle is bij de POH-Ouderenzorg, waar de patiënten structureel worden gescreend. Respondent 8 vertelde over deze controles het volgende:

“Dat ligt denk ik ook heel veel bij de Praktijkondersteuners want alle mensen met suikerziekte en CVRM, astma, COPD, die komen allemaal bij de Praktijkondersteuner en daar gaat het natuurlijk altijd over voeding en beweging. Al die mensen, het merendeel, heeft nog helemaal geen klachten, maar die worden daar allemaal op aangesproken en aangemoedigd om daarmee aan de gang te gaan.”

### \* *Belang van casefinding*

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat het preventief screenen boven de 75 jaar grotendeels is belegd bij de POH-Ouderenzorg. Deze screening wordt gedaan op basis van *casefinding*, waarbij er zonder dat er een actieve hulpvraag is de patiënt wordt bezocht om alvast een indruk te krijgen van de kwetsbaarheid. Op deze manier kan er, indien de patiënt hulpbehoevend wordt, zorg op maat worden geleverd. Zo vertelde respondent 1:

“Dat is dan de meerwaarde zeg maar als ze niet-kwetsbaar zijn, maar dat je toch weet oh dat is die, daar gebeurt er nu dit mee, die hebben we toen bezocht en zo zit dat daar thuis ongeveer in elkaar. Dat is een hele grote meerwaarde, dus ken je patiënten eigenlijk komt het daarop neer.”

### \* *Bevorderen van gezondheid en preventieve maatregelen*

Alle respondenten vertelden dat preventie van kwetsbaarheid en het verbeteren van de vitaliteit, bij de groep patiënten die nog geen gezondheidsschade heeft, is gericht op het creëren van bewustwording. De respondenten gaven aan deze bewustwording te creëren door informatie te verstrekken via de wachtkamerschermen. Tevens is er tijdens het spreekuur aandacht voor het bespreken van leefstijlfactoren zoals: voeding, bewegen, alcohol gebruik en roken. Enkele respondenten gaven hierbij wel aan dat het van belang is dat de patiënt gemotiveerd is om de leefstijl aan te pakken. Mocht een patiënt actief bezig zijn met het verbeteren van de leefstijl, wordt dit gestimuleerd in het spreekuur door het geven van complimenten en het belichten van de vooruitgang die de patiënt heeft geboekt. Respondent 3a benoemde hier het belang van:

“De meerwaarde is, denk ik, wel dat dat mensen bewuster worden én zijn van hun leefstijl en proberen daar toch ook voor de toekomst en voor het ouder worden toch wat mee te doen.”

Naast het feit dat de hulpvraag van de patiënt wordt besproken tijdens het spreekuurconsult, vertelden de meeste respondenten ook aandacht te schenken aan het voorkomen van een recidief. Respondent 5 gaf onderstaand voorbeeld:

“Als iemand vaak valt, dat je denkt van hé, laat de fysio even meekijken hè, kunnen we waarmaken dat iemand weer zijn spieren wat sterker of als dat helemaal niet nodig is, mensen motiveren om deel te gaan nemen aan bepaalde nou activiteiten die ja bij ons dan in het dorp ja worden aangeboden.”

Eén van de kernboodschappen van alle respondenten betrof het feit dat er binnen de preventieve zorg in de huisartsengeneeskunde ook grenzen zijn en dat de zorg met name gericht is op ziektegerelateerd advies. Respondent 6 zei hierover het volgende:

“Ik moet wel zeggen ik denk je moet niet al die preventiedingen bij de huisarts leggen, want wij zijn toch in die zin medisch opgeleid. Er is een probleem en je zoekt een oplossing en we zijn inmiddels heel erg in preventie terechtgekomen maar dat moet niet de primaire taak zijn van huisarts is mijn persoonlijke mening.”

## **2.2.2 Screening op kwetsbaarheid**

### \* *Screeningslijsten*

Respondenten vertelden in geringe mate gebruik te maken van screeningstools om de kwetsbaarheid in kaart te brengen. Een enkele respondent gaf aan de *Easycare* vragenlijst, de Transmurale Zorg Assessment Geriatrie (TRAZAG) of de *Groniger Frailty Indicator* (GFI) te gebruiken voor het gestructureerd in kaart brengen van de kwetsbaarheid van een nieuwe patiënt. Echter het merendeel van de respondenten gaf aan de screeningslijsten niet meer stapsgewijs bij langs te gaan. Knelpunten die werden genoemd, hadden betrekking op de grote tijdsinvestering. Tevens werd het

niet ontvangen van de ingevulde vragenlijsten en problemen met de interpretatie van de scores benoemd. Uit het citaat van respondent 5 kwam dit ook naar voren:

“Maar in het begin stuurde ik iedereen, alle vijftienplussers en een een GFI op van mensen waarvan je wist dat ze kwetsbaar waren die kregen een nul, dus daar kwam eigenlijk niks uit, terwijl daar wel kwetsbaarheid speelde. Terwijl je bij een andere groep zag van nou ja dat speelt wel wat, maar om nu te bespreken van kwetsbaarheid is de vraag en die scoorde dan juist heel hoog.”

*\* Klinische blik en het inschatten van de situatie*

Het merendeel van de respondenten gaf aan de onderwerpen van de screeningslijsten paraat te hebben in de vorm van kennis. Op basis van deze kennis wordt een inschatting gemaakt van de kwetsbaarheid van een patiënt. In de onderstaande opmerking van respondent 1 kwam dit ook naar voren:

“Volgens mij hebben wij ook wel een hele goede antenne van wie echt kwetsbaar is, want er zijn ook mensen die scoren heel kwetsbaar, maar die redden zich heel goed zelf. Dus de kwetsbaarheid is ook een begrip wat je weer moet graderen in moet ik er wat mee of moet ik er niks mee?”

De kracht van de screening op kwetsbaarheid was volgens de helft van de respondenten gebaseerd op het feit dat men de patiëntenpopulatie goed kent. Dit kwam ook naar voren in het citaat van respondent 7: “Het is vooral, denk ik, belangrijk om je patiëntenpopulatie te kennen. Dus als je daar wat zicht op hebt dan kan je eerder inschatten of dingen ook ontsporen. Of de situatie verandert waardoor dat iemand kwetsbaar wordt.” Tegelijkertijd werd door respondent 8 de kwetsbare kant van het huisartsentekort aangekaart:

“Waarnemers die kennen hun populatie niet zo goed. Nee, dus daar wordt kwetsbaarheid misschien minder waargenomen dus het huisartsentekort dat gaat wel op dit vlak ook zijn invloed uit doen.”

*\* Casefinding*

Iedere respondent heeft binnen de huisartsenpraktijk enkele oudere patiënten die niet in beeld zijn. “Dat zijn vaak de mensen waar niet zoveel mee is, een enkele zorgmijder daargelaten”, aldus respondent 1. Om het aantal oudere patiënten die niet in beeld zijn inzichtelijk te maken en te beperken tot het minimum, vertelde de helft van de respondenten dat er een paar keer per jaar een uitdraai wordt gemaakt van de oudere patiënten die nog niet in beeld zijn. Respondent 6 benoemde hiervan het doel:

“Nou, dat is meer om te kijken of er een oudere, een hele kwetsbare oudere is die wij niet kennen. Dus we willen gewoon onze populatie kennen, en bij die oudere heb je de grootste kans dat je iemand mist.”

Het uitdraaien van de lijst met oudere patiënten die nog niet in beeld zijn, is een vorm van *casefinding*. Zo worden er bij deze ouderen sociale visites afgelegd om de kwetsbaarheid in te schatten. Respondent 1 vertelde hierover het volgende:

“Die willen we eigenlijk gewoon een bezoek brengen om te kijken of ze überhaupt kwetsbaar zijn. En datzelfde doe ik dus met de groep 85 tot 90 jaar, 80 tot 85 jaar en 75 tot 80 jaar.”

Respondent 4 gaf daarbij aan dat er ook vanuit de omgeving een actieve bijdrage wordt geleverd aan *casefinding*, wat naar voren kwam in de onderstaande opmerking:



“De sociale controle is hier gewoon veel groter. Het gebeurt zelfs nog wel dat er hier ook wel eens patiënten komen en die zeggen: “nou, ik maak me wel wat zorgen om diegene.” Je hebt dan wel je beroepsgeheim natuurlijk, dan ga je daar verder niet op in, maar je neemt hem wel mee en denk je van oh misschien kan ik daar een keer naartoe. Ja, dus ja, dat is ook weer het stukje *casefinding*.”

Respondent 7 benoemde dat een aantal jaren geleden *casefinding* ook bestond uit het actief benaderen van patiënten boven de 75 jaar door het opsturen van vragenlijsten. Aan de hand van deze vragenlijsten kon de mate van kwetsbaarheid worden ingeschat. Gezien de tijdinvestering en het minimale resultaat is men daarmee opgehouden. Respondent 8 vertelde hoe het vandaag de dag gaat: “We doen dus gewoon bij de oudere groep doen we gewoon de *casefinding* hè. Als op het moment dat er dus naar voren komt dat er signalen zijn op de één of andere manier, dan ga je daarmee aan de slag en dat blijkt ook veel nuttiger te zijn.”

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat het aantal oudere patiënten die niet in beeld zijn minimaal is, wat maakt dat het aantal sociale visites is beperkt.

#### \* *Structureel screenen*

Alle respondenten gaven aan dat het structureel screenen van patiënten op kwetsbaarheid niet van meerwaarde is, aangezien de ouderen die niet in beeld zijn vaak vitale ouderen betreffen. Zo zijn er binnen de praktijken verschillende onderzoeken geweest op verzoek van de zorgverzekeraar, wat heeft aangetoond dat er bij structureel screenen geen nieuwe kwetsbare gevallen naar voren komen. Respondent 8 bevestigde dit met het onderstaande citaat:

“Nou, d'r waren twee praktijken die hadden geen enkele verrassing, er was één praktijk die had drie patiënten en wijzelf hadden één patiënt en dan kom je dus tot de conclusie dat het een uitgebreide vragenlijst sturen om te en dat komt ook uit de literatuur naar voren hoor, in de huisartsenpraktijk heeft het geen zin om zo'n screening te doen, want de huisartsen kennen hun patiënten en die weten dus al wie er kwetsbaar zijn.”

Tevens gaf de helft van de respondenten gaf dat het missen van enkele kwetsbare mensen opweegt tegen de tijdsinvestering en het geld wat er bij structureel screenen komt kijken.

#### \* *Tijdsinvestering*

Bij het inzetten van preventieve maatregelen werd de tijdsinvestering door het overgrote deel van de respondenten gezien als een belemmerende factor. Zo zei respondent 2: “Ik denk dat dat het meest zinvol ook is om je tijd efficiënt te besteden als je gaat trekken aan iets waar ze geen zin in hebben, dan ja, zonde van ons beider tijd, denk ik.” Enkele respondenten vertelden mee te doen aan het project ‘Meer tijd voor de patiënt’, maar dat dan de mogelijkheden in het spreekuurconsult alsnog beperkt zijn.

### **2.2.3 Werkwijze met betrekking tot kwetsbaarheid en vitaliteit**

#### \* *Toepassing Positieve Gezondheid*

Meer dan de helft van de respondenten was op de hoogte van het concept Positieve Gezondheid. Alle respondenten benoemden het belang van het focussen op successen en het belichten van de positieve kant. “Dit komt ten goede aan het efficiënt werken”, aldus respondent 2a. De regie houden bij de patiënt was hierbij een veelbesproken onderwerp. Het kunnen aansluiten op de behoeften van de patiënten is hierbij van belang, respondent 4a zei hierover het volgende:

“Nogmaals, wat wil de cliënt/ patiënt zelf en bespreken van inderdaad wat kun je nog? Wat is voor jou belangrijk? Wat kun je doen om bepaalde dingen te bereiken? Ja, dat stukje positief, maar ook met name het stimuleren van het zelfstandig wonen vind ik wel heel belangrijk.”

Respondent 7 vertelde het concept van Positieve gezondheid ook in te zetten in het proces van ouder worden. Respondent 7: "Hè met name mentale gezondheid is belangrijk bij de oudere patiënt vind ik, want de lichamelijke dingetjes die komen en dat kan je niet tegengaan dat het lopen minder gaat, maar wel; hoe ga je daarmee om. Hè en wat heb je nodig?"

*\* Visie op ouder worden*

De respondenten gaven aan bij de ouder wordende patiënt zich te richten op hetgeen wat nog mogelijk is en waar de patiënt waarde aan hecht, oftewel zorg op maat. Respondent 8 vertelde een realistische kijk te hebben op het proces van ouder worden:

"Je moet proberen zo goed mogelijk de goede dingen zoveel mogelijk te behouden, want dan heb je minder last van wat je gaat verliezen, maar je gaat verliezen."

De leeftijd werd door het merendeel van de respondenten niet gezien als leidend. Zo gaven de respondenten aan bij de oudere patiënt te kijken naar zowel het lichamelijke als het sociale aspect en te denken in mogelijkheden. Dit kwam ook naar voren in de opmerking van respondent 4a:

"Je doet er alles aan om ze maar ook goed te kunnen laten functioneren. Minder snel naar een verzorgingshuis, minder snel naar het verpleeghuis."

*\* Visie en waarden*

Alle respondenten vertelden in de zorgverlening aan oudere patiënten waarde te hechten aan zelfstandigheid en het behouden van de autonomie. Zo gaf respondent 4b aan: "Ik vind het heel belangrijk dat iemand autonoom mag zijn. Dus als die vindt dat die daar een vloerkleedje graag wil hebben, geef ik wel eens preventie van nou ja daar kun je over vallen, maar het is wel heel belangrijk om de patiënt in zijn waarde te laten." Respondent 1 voegde hier het onderstaande aan toe:

"Nou ik vind het heel belangrijk dat mensen naar tevredenheid wonen met hulp van derden als het nodig is qua huisarts, Praktijkondersteuner, thuiszorg nou wie eigenlijk ook maar. En dat mensen heel erg in hun waarde gelaten worden over waar ze zich gewoon prettig bij voelen."

De meerderheid van de respondenten gaf aan als doel te hebben de patiënt zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving te kunnen laten wonen, door waar nodig hulp te bieden en aan te vragen.

*\*Vervolgstappen na inschatten van kwetsbaarheid*

Volgens een aantal respondenten wordt er na het maken van een inschatting van de kwetsbaarheid een afweging gemaakt of er acties uitgezet dienen worden, rekening houdend met de wensen van de patiënt. Zo schetste respondent 1:

"De tweede vraag is: wil iemand daar zelf iets mee doen? Dat is ook altijd heel veel mensen zien zelf het nut niet zo in van interventies waar wij aan denken. Dus dan moet je heel erg de balans vinden van wat speelt hier, hoe erg is het, wil iemand er wat mee en zo ja, dan doen we daar wat mee."

Twee respondenten gaven aan dat het bij het vervolgesprek van belang is dat er een vaste zorgverlener is betrokken in verband met de continuïteit. Door respondent 4 werd benoemd dat er hierin ook een samenwerking tussen de POH-Ouderenzorg en de huisarts mogelijk is. Zo zei respondent 4: "Maar ik heb met één huisarts afgesproken zij gaat één keer in de zes weken en ik ga één keer in de zes weken en dat zijn echte kwetsbare ouderen, waar we wel komen."

## 2.2.4 Taakverdeling en onderlinge samenwerking

### *\* Betrokken organisaties en onderlinge samenwerking*

De respondenten vertelden met verschillende instanties en organisaties samen te werken: het wijkteam, het gebiedsteam, de fysiotherapeut, de thuiszorg, de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) en de ouderen psychiater. De meeste respondenten hebben korte lijntjes met de samenwerkingspartners. Echter vertelde respondent 6 dat de relatie soms kwetsbaar is, dit komt naar voren uit het volgende resultaat: "Nou ja, na een half jaar waren zij alweer vertrokken naar een ander andere werkplek, waren we onze korte lijntjes kwijt en dat is eigenlijk mijn ervaring met het wijkteam."

Alle respondenten gaven aan samen te werken met Welzijn op Recept, een organisatie waaruit een coach aangesteld kan worden. "Iemand die gewoon echt zicht heeft op wat er allemaal aangeboden wordt en wat eventueel passend zou kunnen zijn bij iemand", aldus respondent 7. In een enkele regio is er een poortwachterssysteem ingericht vanuit de gemeente en het welzijnswerk, die deze rol ook kunnen vervullen. Ondanks deze concepten loopt de helft van de respondenten ertegenaan niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden in de regio, waardoor ze de patiënt niet goed kunnen verwijzen.

### *\* Rol huisarts*

Binnen de huisartsenpraktijk is de onderlinge taakverdeling van de huisarts en de POH-Ouderenzorg helder. Het inventariseren van de hulpvraag, het zoeken naar mogelijkheden en het gericht doorverwijzen behoort tot de taken van de huisarts. Preventie werd door alle respondenten niet benoemd als primaire taak. Respondent 2a zei hierover: "Ik vind het niet speciaal huisartsenzorg om dit preventief voor het grote geheel te doen, echt individueel wel met name als er inderdaad gezondheid gerelateerde klachten zijn." De werkwijze van respondent 8 kwam overeen met de opmerking van respondent 2a:

"Ik beperk me meestal wel tot het inventariseren en kijken van waar ligt de vraag, waar, wat wil je precies? En dan is het kijken van kunnen wij daar binnen de huisartsenpraktijk wat mee of kan een andere organisatie daar beter wat mee?"

De meeste respondenten benoemden dat de huisartsen, gezien de werkdruk, taken delegeren naar de POH-Ouderenzorg. Een enkele respondent gaf aan de ouderen zorg veelal te delegeren aan daarvoor opgeleide doktersassistenten. Dit bleek ook uit de onderstaande opmerking van respondent 6:

"Nee, het is een samenwerking met de assistenten alles wat we kunnen delegeren proberen we te delegeren en we hebben natuurlijk ook Praktijkondersteuners, maar hun aandachtsgebied is astma, COPD, diabetes, hoge bloeddruk, CVRM en niet iedereen valt daarin."

### *\* Rol POH-Ouderenzorg*

De POH-Ouderenzorg heeft een signalerende rol en richt zich onder andere op de groep chronische zorgvragers en de patiënten die willen stoppen met roken. Respondent 5 omschreef de rol van POH-Ouderenzorg als een verbindende factor tussen de huisarts en de patiënt: "Daarin is de POH een hele mooie schakel." De POH-Ouderenzorg heeft naast de chronische ziekten, ook oog voor het sociale aspect. Dit komt volgens de meeste respondenten doordat de POH-Ouderenzorg vaak langere tijd is aangesloten bij de huisartsenpraktijk en daardoor goed op de hoogte is van wat er bij de patiënt speelt. Zo vertelde ook respondent 3a: "Hè voor ouderen die al lang controles hebben dat ze ook weten: wat zijn de omstandigheden van de mensen? Wat voor familie, wat voor ja dingen er spelen of misschien psychische klachten. Dus dat is wel heel prettig voor mensen als ze de Praktijkondersteuner langer kennen en nieuwe mensen kunnen dan ook via de Praktijkondersteuner die wat langer tijd heeft worden vervolgd zodat ze ook de dingen die belangrijk zijn eruit halen."

Respondent 5 voegde hier nog aan toe dat de POH-Ouderenzorg vaak laagdrempelig bereikbaar is, dit bleek uit de onderstaande opmerking:

“Ja, van hé, wat speelt er en wat kunnen we daar in betekenen. Maar ook dat is een stap. Het is vaak zo dat mensen naar de huisartsenpraktijk gaan en zoiets hebben van goh, ik moet een klacht hebben om op het spreekuur van de huisarts te komen. En wat ik het voordeel van de POH vind, is dat je eigenlijk al laagdrempelig met elkaar in gesprek komt.”

#### *\* Rol publieke organisatie*

Enkele respondenten gaven aan dat publieke organisaties, zoals de gemeenten, bij kunnen dragen aan het verminderen van de kwetsbaarheid en het verbeteren/uitstellen van de vitaliteit bij patiënten die zijn aangesloten bij de huisartsenpraktijk. Zo zou een publieke organisatie bij kunnen dragen aan het vergroten van de kennis over preventieve maatregelen en een rol kunnen spelen in het vraagstuk hoe het tekort aan mantelzorgers opgevangen kan worden. Het dient echter wel een samenwerkingsverband te zijn met lokale partijen. Dit bleek uit de opmerking van respondent 8: “Je kunt aan de grote maatschappij gaan werken, maar dan heeft die persoon concreet natuurlijk even niks aan.”

#### *\* Rol en adviezen GGD*

Volgens het grootste deel van respondenten hoort het ontwikkelen van initiatieven, wat betreft de preventieve maatregelen voor de oudere populatie, thuis bij de GGD. Door bijna iedere respondent werd het creëren van bewustwording en het verstrekken van informatie over de beschikbare mogelijkheden benoemd als taak van de GGD. Bewustwording van het effect van goede voeding, beweging en aanzetten tot nadenken over de toekomst werd door het merendeel van de respondenten gezien als een belangrijk onderdeel. Tevens werd enkele respondenten het belang benoemd om de patiënt te informeren over: waar hij/zij terecht kan met vragen, valpreventie, goede slaaphygiëne, slaapmiddelengebruik en gezonde voeding. Respondent 6 zei hierover het volgende:

“Heel veel ouderen hebben bloeddruk regulerende middelen, maar als ze koorts krijgen of als er een hittegolf is dat men dan meer kennis krijgt. Dat als je oudere weet dat als je extra vochtverlies hebt, om wat voor reden dan ook, dat er dan even kritisch naar die medicatie gekeken moet worden.”

Om patiënten te bereiken benoemden de respondenten verschillende adviezen: workshops, presentaties, folders en netwerken via verenigingen, *social-media* en de lokale kranten. De kernboodschap was echter wel om de verbinding te zoeken met de huisartsenpraktijk, dit kwam ook naar voren in de uitspraak van respondent 7:

“Als je bijvoorbeeld iets gaat uitdragen in Friesland of in een bepaalde gemeente, denk dat het goed is om eerst wel bepaalde dingen af te stemmen met een huisartspraktijk. Anders dan krijgen wij weer vragen van ja, maar de GGD die komt met dit en klopt dat of niet? Hè, dan moet je daar natuurlijk wel achter staan, zodat je eenduidig informatie kan zenden.”

## **2.2.5 Vitaliteits- & kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven**

### *\* Beïnvloedende factoren van kwetsbaarheid en vitaliteit*

Beïnvloedende factoren van kwetsbaarheid en vitaliteit hadden volgens alle respondenten betrekking op het oog hebben voor de patiënt, relaties, goed slapen en de mentale gezondheid. Door enkele respondenten werd ook ontspanning gezien als een belangrijke beïnvloedende factor. Zo ook door respondent 2b: “Ja, ik denk dat je door de ontspanning ook een betere nachtrust hebt uiteindelijk en beter kan overzien wat belangrijk is voor jou. Het zet aan tot reflecteren op hoe je je leven leidt. Ik denk dat het behulpzaam is, ja maar of dat zo is, dat zal vast nog niet onderzocht zijn.”

Eenzaamheid werd door alle respondenten genoemd als beïnvloedende factor. Er werden verschillende voorbeelden genoemd over hoe patiënten hiermee omgaan. Een respondent vertelde dat patiënten het soms lastig vinden om het hierover te hebben, omdat ze niet zielig gevonden willen worden. Een andere respondent vertelde dat soms ouderen de eenzaamheid accepteren als onderdeel van het ouder worden. Het is dan ook patiëntafhankelijk hoe er met verlies wordt omgegaan. Respondent 8 gaf aan zich te richten op de elementen, waar de patiënten zich vaak het beste bij voelen. Zo zei respondent 8: "Natuurlijk moet je gezond eten, je moet goed bewegen, zorgen dat je voldoende rust krijgt, je sociale netwerk goed onderhouden. Je weet dat dat mensen zich daar het beste bij voelen, dus dat dat is waar je sowieso zeg maar als preventie op in kunt spelen." Respondent 8 gaf daarbij ook aan dat de arme patiëntenpopulatie minder goed in staat is in te spelen op deze factoren. Dit bleek uit de volgende opmerking:

"Ze hebben minder middelen om de levens daarop te optimaliseren of qua voeding het juiste te kiezen."

#### *\* Beschikbare activiteiten*

Door alle respondenten werden er verscheidende lokale initiatieven genoemd, waar de oudere patiëntenpopulatie aan deel kan nemen: Saar aan huis, sporten met volwassenen, gezamenlijk eten. Echter is het voor de helft van de respondenten de vraag wiens rol het is om het overzicht te behouden van de mogelijkheden en hoe dit overzicht uiteindelijk bij de patiënten komt. Dit kwam ook naar voren in de opmerking van respondent 6:

"Toevallig begeleid ik net iemand met een echt verstoorde rouw na het overlijden van haar echtgenoot. En dan verwijst ik wel naar het wijkteam en ik weet dat er wijkteams zijn met rouw clubjes, maar daar kan ik niks over vinden. En ja, dat is dan echt iets wat mensen dan zelf moeten gaan uitzoeken."

Het financiële aspect is een belemmerende factor voor deelname aan activiteiten. Tevens is er bij de patiënt sprake van een kennis tekort over de mogelijkheden binnen de regio, wat leidt tot een verminderde participatie aan activiteiten. Respondent 1 noemde onderstaand praktijkvoorbeeld:

"Als ik soms eens opnoem wat er mogelijk is, dan zie je mensen soms verbaasd kijken. Van oh is dat er ook en dat verbaast mij steeds weer dat mensen daar niet van op de hoogte zijn. Terwijl we genoeg communicatieplatformen hebben. We hebben een weekblad, we hebben website, we hebben folders nou, noem het maar op."

Tevens werd door het merendeel van de respondenten eenzaamheid als een belemmerende factor gezien. "Het ergens alleen naartoe moeten, weerhoudt patiënten om deel te nemen aan activiteiten", aldus respondent 7.

## 3 Discussie & Conclusie

### 3.1 Discussie

Dit onderzoek heeft zich gericht op de vraag op welke wijze de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid bij patiënten ouder dan 55 jaar, met als doel dat er in oktober 2023 inzicht is verkregen in de werkwijze binnen de huisartsenpraktijk. Om antwoord op deze onderzoeksvraag te krijgen zijn er vier huisartsen en vier POH's-Ouderenzorg geïnterviewd. De besproken informatie werd tijdens de analyse uiteindelijk weggezet onder de hoofdtopics: Preventie in de huisartsenpraktijk, Screening op kwetsbaarheid, Werkwijze met betrekking tot kwetsbaarheid en vitaliteit, Taakverdeling en onderlinge samenwerking, Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven.

De Raad van Ouderen (2019d) adviseert om vanaf 55 jaar gezondheidsbevorderende interventies in te zetten. Echter blijkt uit het praktijkonderzoek dat de preventieve maatregelen om de vitaliteit te bevorderen en de kwetsbaarheid te verminderen/uit te stellen, zijn ingericht op patiënten met een medische hulpvraag, chronische zorgvragers en de patiëntenpopulatie van 75 jaar en ouder. In dit onderzoek kunnen er dus geen uitspraken worden gedaan met betrekking tot de groep ouderen tussen 55 en 75 jaar, los van het feit dat de huisarts en de POH-Ouderen hierin geen rol op zich nemen. De respondenten gaven echter wel aan dat de leeftijd niet leidend is. Zo weegt de mate van kwetsbaarheid en de medische voorgeschiedenis zwaarder bij het inschatten van gezondheidsrisico's, wat overeenkomt met de resultaten van Schuurmans et al. (2018). Zo stelt ook Schuurmans et al. (201) dat kwetsbaarheid resulteert in een aanzienlijke vermindering van het zelfmanagement ten opzichte van de toename van de leeftijd.

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat men tijdens het consult aandacht heeft voor de onderhoudende factoren van gezondheidsproblemen en probeert men gericht preventieve maatregelen bespreekbaar te maken. In de literatuur wordt aangegeven dat er in de eerste lijn interventies kunnen worden ingezet om de screening op kwetsbaarheid te verbeteren (Lionis & Midlöv, 2017). Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de screening op kwetsbaarheid met name is gebaseerd op de klinische blik, waarbij bestaande screeningstools op de achtergrond worden meegenomen. Het praktijkonderzoek onderstreept dan ook de resultaten van het onderzoek van Ambagtsheer et al. (2019) waarin wordt aangegeven dat huisartsen, gezien de inzet van de klinische blik, niet de behoefte hebben aan een formele preventieve screening. Bij de zorg voor kwetsbare ouderen blijkt zowel uit de literatuurstudie als uit het praktijkonderzoek dat de hoogste prioriteit ligt bij het inzetten van de POH-Ouderenzorg, wat resulteert in tijdswinst voor de huisarts.

Opvallend is dat het ouder worden in de praktijk niet wordt gezien als een proces van aftakeling, wat het onderzoek van Ambagtsheer et al. (2019) wel doet vermoeden. Zo ligt in de praktijk de focus op hetgeen wat met de bestaande beperkingen mogelijk is en staat het behouden van de eigen regie van de patiënt centraal. Dit sluit aan bij het waardeperspectief, waarin de potentie wordt benadrukt en de focus ligt op gezondheid in plaats van ziekte (GGD Fryslân, 2022). In de praktijk kan er vervolgens uit een breed scala aan organisaties en samenwerkingspartners de juiste ondersteuning worden gekozen. Echter is de kernboodschap van dit praktijkonderzoek dat de huisartsenpraktijk met name op individueel niveau ziektegerelateerde preventieve maatregelen inzet. Uit de resultaten van dit praktijkonderzoek blijkt dan ook dat het ontwikkelen en initiëren van initiatieven van preventieve maatregelen voor de gehele populatie ouderen behoort tot het takenpakket van een publieke organisatie zoals de GGD. Dit sluit aan op de literatuur waarin wordt aangegeven dat de rol van de GGD in belangrijke mate gezocht kan worden in het streven naar meer samenhang in het gemeenschappelijk beleid en in zorg- en welzijnsactiviteiten in de wijken en dorpen, vanuit het perspectief van gezondheid en welzijn (Aalbers et al., 2018). Uit het praktijkonderzoek blijkt dat het

hierbij van belang is om bewustwording te creëren en de burger te informeren over de beschikbare mogelijkheden. Factoren van kwetsbaarheid en vitaliteit staan in de praktijk onder invloed van de belemmeringen om deel te nemen aan de activiteiten, deze belemmeringen worden ook beschreven in de literatuur door Aalbers et al. (2018).

### **3.1.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek**

Het onderzoek is gebaseerd op de wijze waarop de huisartsen en POH's Ouderen invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid, wat gepaard gaat met meningen en ervaringen. Het doel van dit onderzoek is dan ook niet om de resultaten te generaliseren, maar om indicaties te geven. Zo kunnen bij herhaling van het onderzoek de resultaten verschillen, door verschil in respondenten en uitvoerend onderzoeker. De aandachtspunten omtrent de herhaalbaarheid van het onderzoek verlaagt de betrouwbaarheid. Door gebruik te maken van een *member-check* door een medestudent van de Master Physician Assistant aan de Hanzehogeschool is echter de interne validiteit en de echtheid verhoogd. Kijkend naar de nauwkeurigheid van het praktijkonderzoek, is het onduidelijk of de interviews de respondenten aangezet hebben tot handelen. Hierdoor valt er niks te zeggen over de *tactical authenticity*. De respondenten gaven na afloop van het interview aan dat het interview heeft aangezet tot nadenken over het eigen handelen, waaruit blijkt dat de *ontological authenticity* is gewaarborgd. Tevens bood het interview bij de respondenten inzichten om het eigen handelen te optimaliseren. Het onderzoek heeft dan ook bijgedragen aan *catalytic authenticity*. Respondenten gaven aan uit te kijken naar het eindrapport, zodat men ook kon de meningen en ervaringen van de andere respondenten kon lezen. Hiermee wordt er een eerste stap gezet wat betreft de *educative authenticity*.

Doordat de interviews door dezelfde uitvoerend onderzoeker zijn uitgevoerd was er sprake van een hoge test-hertestbetrouwbaarheid, wat heeft bijgedragen aan de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Zo werd de kwaliteit van de interviews beter, naarmate de opgedane ervaring van de uitvoerend onderzoeker toe nam. Gaandeweg het praktijkonderzoek bleek namelijk dat de context van het onderzoek bij de respondenten duidelijker werd als voorafgaand aan het interview de vier domeinen van kwetsbaarheid werden besproken, die beschreven staan in het Fitaal Wiis model van GGD Fryslân (2022). Het bespreken van het Fitaal Wiis model van GGD Fryslân (2022) heeft bij de laatste vier interviews de instrumentele bruikbaarheid dan ook verhoogd. Kijkend naar de interviewvaardigheden van de uitvoerend onderzoeker bleek bij het transcriberen dat de uitvoerend onderzoeker bij de eerste vier interviews te lange vragen stelde of twee vragen in één stelde. Hierdoor was er meer uitleg nodig en zijn er soms antwoorden verloren gegaan, wat een beperking is van het onderzoek. Bij de daaropvolgende interviews heeft de uitvoerend onderzoeker getracht dit te vermijden door bewust na één vraag een stilte te laten vallen. De tijdsbewaking en de respondenten bij het onderwerp houden was tevens een aandachtspunt.

Een zwak punt met betrekking tot de aanbevelingen richting de GGD betreft het feit dat het voor een aantal respondenten niet duidelijk was welke taken de GGD heeft en waar zij verantwoordelijk voor is. Hierdoor konden enkele respondenten niet concreet aangeven welke vorm van preventie bij de huisartsenpraktijk ondergebracht kan worden en welke taken de GGD toebehoren.

Daarnaast bleek tijdens de interviews dat de taakverdeling tussen de huisarts, POH-Ouderenzorg en de doktersassistenten per praktijk verschillend is. Zo hebben sommige praktijken ook taken, met betrekking tot de wijze waarop er in de huisartsenpraktijk invulling wordt gegeven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid, belegd bij de doktersassistenten. Deze groep is tijdens dit onderzoek echter buiten beschouwing gelaten, waardoor er geen indicaties kunnen worden gegeven over de rol van de doktersassistenten. Het feit dat er bij het analyseren van de data er enkele codes zijn samengevoegd om het overzicht te behouden, betreft een discussiepunt. Zo is het mogelijk dat de eigen interpretatie is van invloed geweest op de *grounding* van de thema's.

### **3.2 Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat de huisarts en de POH-Ouderenzorg zich met name richten op patiënten vanaf 75 jaar. Tijdens het spreekuurconsult is er aandacht voor het creëren van bewustwording van gezondheidsrisico's, maar ligt de nadruk op ziektegerelateerd advies. De kwetsbaarheid wordt ingeschat op basis van de klinische blik, hierin is de POH-Ouderenzorg een belangrijke schakel. Zo legt de POH-Ouderenzorg onder andere sociale visites af bij de oudere patiënt om de mate van kwetsbaarheid in te kunnen schatten. De POH-Ouderenzorg en de huisarts hechten waarde aan zorg op maat, waarbij de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie en de zelfstandigheid kan behouden. Om dit te realiseren wordt er met verscheidene organisaties samengewerkt. Echter is het een aandachtspunt is dat de patiënt niet altijd op de hoogte is van de mogelijkheden die verschillende organisaties bieden.



## 4. Aanbevelingen

De aanbevelingen hebben met name betrekking op de hoofdtopic Taakverdeling en onderlinge samenwerking. De huisartsen en POH's gaven aan dat de zorg, met betrekking tot de kwetsbaarheid en de vitaliteit, naar wens is ingericht voor de chronische zorgvragers en de patiënten vanaf 75 jaar. Echter lijkt er voor de patiëntenpopulatie van 55 tot 75 jaar een taak weggelegd voor een publieke organisatie, zoals de GGD. De aanbevelingen zijn dan ook gericht op patiënten vanaf 55 jaar. Tot slot wordt er nog een aanbeveling gedaan voor een vervolgonderzoek.

Doordat de *feedback* van de begeleiders van het expertteam Ouderen is verwerkt, zijn de aanbevelingen relevant, haalbaar en bruikbaar zijn.

### 4.1 Taakverdeling en onderlinge samenwerking

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er een breed scala aan zorgmedewerkers en organisaties is die betrokken kunnen worden als het gaat om vitaal ouder worden. Echter is het knelpunt dat zowel de huisarts en de POH-Ouderenzorg als de patiënt vaak niet op de hoogte zijn van het aanbod. Er lijkt dan ook een taak weggelegd voor de publieke organisatie, zoals de GGD, om overkoepelend informatie te verstrekken over het aanbod in Friesland. Levasseur et al. (2015) stelt dat *public health* interventies zich moeten richten op verschillende omgevingsfactoren, om de sociale participatie van ouderen te bevorderen. Tevens stellen Aalbers et al. (2018) dat de rol van de GGD in belangrijke mate gezocht dient te worden in het streven naar meer samenhang in het gemeenschappelijk beleid en in zorg- en welzijnsactiviteiten in de wijken en dorpen, vanuit het perspectief van gezondheid en welzijn. Wat betreft de taakverdeling kan dan ook de onderstaande aanbeveling worden gedaan.

- De aanbeveling aan het expertteam Ouderen van de GGD Fryslân is om in het kader van vitaal ouder worden de beschikbare activiteiten en organisaties in de provincie Friesland in kaart te brengen en de Friese burger en huisartsenpraktijken hierover te informeren, dit kan bijvoorbeeld aan de hand van folders. Hierbij kan worden overwogen om een samenwerking aan te gaan met een coach die aangesloten is bij Welzijn op recept.

### 4.2 Informeren en het creëren van bewustwording

Afgaand op het praktijkonderzoek kunnen er nog een aantal thema's worden opgenomen in de informatieverstrekking richting de Friese burger. Zo is bekend dat kwetsbaarheid vier domeinen kent; fysiek, sociaal, psychisch en cognitie (GGD Fryslân, 2022). Echter blijkt uit het praktijkonderzoek dat er bij de burger nog meer bewustwording gecreëerd dient te worden over specifieke aspecten van het ouder worden, zodat de burger beter is voorbereid. Presentaties, lokale kranten, folders en verenigingen zouden ondersteunend kunnen zijn aan de informatieverstrekking. Het advies is om ook hierin de verbinding met de Friese huisartsenpraktijk te zoeken.

- De aanbeveling aan het expertteam Ouderen van de GGD Fryslân is om de Friese burger meer bewust te maken van: het effect van goede voeding en beweging, het belang om alvast na te denken over de toekomstige huisvesting, het belang van valpreventie en goede slaaphygiëne, het gebruik van slaapmedicatie en medicatiegebruik tijdens een hitteperiode of bij verminderde vochtintake.

### **4.3 Vervolgonderzoek**

Tijdens de dataverzameling bleek dat de huisartsenpraktijk zich met name richt op de ziektegerelateerde preventie, terwijl de GGD zich meer richt op de selectieve en universele preventie. Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de wijze waarop de verschillende vormen van preventie samen kunnen komen en elkaar kunnen versterken. Een integrale samenwerking tussen de Friese huisartsenpraktijken en de GGD Fryslân is hierbij van belang. Elementen van het huidige onderzoek kunnen worden opgenomen in het vervolgonderzoek.

## Literatuurlijst

- Aalbers, B., Vuijk, L., & Finnema E. (2018). *Rapport desktopresearch participatie ouderen*. Geraadpleegd 20 november 2022, van <https://vrfryslan.sharepoint.com/sites/themaportaal/Denktankouderen/Gedeelde%20%20documenten/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fthemaportaal%2FDenktankouderen%2FGedeelde%20%20documenten%2FKennisbank%20Publieke%20Gezondheid%20Ouderen%2FNaslagwerken%2FNHLS%20rapport%20Desktopresearch%20participatie%20ouderen%20FINAL%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fthemaportaal%2FDenktankouderen%2FGedeelde%20%20documenten%2FKennisbank%20Publieke%20Gezondheid%20Ouderen%2FNaslagwerken>
- Ambagtsheer, R. C., Archibald, M. M., Lawless, M., Mills, D., Yu, S., & Beilby, J. J. (2019). General practitioners' perceptions, attitudes and experiences of frailty and frailty screening. *Australian Journal of General Practice*, 48(7), 426-433. doi: 10.31128/AJGP-11-18-4757
- Amin, M. E. K., Nørgaard, L. S., Cavaco, A. M., Witry, M. J., Hillman, L., Cernasev, A., & Desselle, S. P. (2020). Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(10), 1472-1482. doi:10.1016/j.sapharm.2020.02.005
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2019). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (3e druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers
- Berg, P., Kemperman, A., De Kleijn, B., & Borgers, A. (2015). Locations that Support Social Activity Participation of the Aging Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10432–10449. <https://doi.org/10.3390/ijerph120910432>
- CBS. (2022). *Ouderen*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen#:~:text=Op%201%20januari%202022%20telt,van%20de%20inwoners%2065%2Dplus.&text=Er%20zijn%20%20672%20346,en%20853%20107%2080%2Dplussers>.
- Compendium Geneeskunde. (z.d.). Kennis van de huisartsgeneeskunde. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://compendiumgeneeskunde.nl/pages/disciplines-huisartsgeneeskunde>
- CZ. (z.d.). *De Praktijkondersteuner doet meer dan u denkt*. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://www.cz.nl/service-en-contact/wat-doet-een-Praktijkondersteuner>
- Drey, M., Wehr, H., Wehr, G., Uter, W., Lang, F., Rupprecht, R. . . C. C., Bauer, J. M. (2010). The frailty syndrome in general practitioner care. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, 48-54. doi:10.1007/s00391-010-0136-3
- Fischer, T. & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- GGD Fryslân. (z.d.). *GGD Fryslân* [foto]. Geraadpleegd op 27 augustus 2023, van <https://www.ggdfryslan.nl/>
- GGD Fryslân. (z.d.). *Professionals*. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://www.ggdfryslan.nl/professionals/>

- GGD Fryslân. (2022, april). *Vitaliteit in de derde levensfase: Een opgave voor publieke gezondheid*. Geraadpleegd op 13 september 2022, van <https://www.ggdfryslan.nl/media/8121/vitaliteit-in-de-derde-levensfase-extern-adviesrapport-ggd-fryslan.pdf>
- Hanzehogeschool Groningen. (z.d.). *Hanzehogeschool Groningen* [foto]. Geraadpleegd op 27 augustus 2023 van <https://www.hanze.nl/nl>
- Hesdahl, B., Houben, C., & Smeijsters, R. (2019). Positieve Gezondheid helpt de huisarts naar mens én omgeving te kijken. *Bijblijven*, 35(8), 39-48. doi:10.1007/s12414-019-0080-0
- Levasseur, M., Génereux, M., Bruneau, J.-F., Vanasse, A., Chabot, É., Beaulac, C., & Bédard, M. (2015). Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health*, 15(1), 503. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1824-0>
- Lionis, C., & Midlöv, P. (2017). Prevention in the elderly: A necessary priority for general practitioners. *European journal of general practice*, 23 (1), 202-207. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1350646>
- Lucassen, P. (2021, oktober). Is positieve gezondheid een aanwinst voor de huisarts?. *Huisarts en wetenschap*, 58.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2019). *Gezondheidspsychologie*. Amsterdam: Pearson Benelux
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022). *Preventie in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 26 november 2022, van <https://www.nhg.org/thema/preventie-de-huisartsenpraktijk-0>
- Ostelo, R. W. J G., Verhagen, A. P., & De Vet H. C. W. (2012). *Onderwijs in de gezondheidszorg* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Praktijksteun. (z.d.). *Functieprofiel POH-Ouderenzorg*. Geraadpleegd op 28 december 2022, van <https://www.praktijksteun.nl/functieprofiel-poh-ouderenzorg>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020, januari). *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*. Geraadpleegd op 18 november 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/01/08/samenvatting-advies-de-derde-levensfase>
- Raad van Ouderen. (2019a, januari). *Advies campagne de waarde van ouder worden*. Geraadpleegd op 18 november 2022 van, <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/adviezen/campagne-herwaardering-ouderen/>
- Raad van Ouderen. (2019b, juni). *Advies over voorbereiden op ouder worden*. Geraadpleegd op 18 november 2022, van <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/adviezen/voorbereiden-op-ouder-worden/>
- Raad van Ouderen. (2019c, november). *Advies over zingeving en verminderen eenzaamheid*. Geraadpleegd op 18 november 2022, van <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/adviezen/zingeving-en-verminderen-eeenzaamheid/>

- Raad van Ouderen. (2019d, december). *Ongevraagd advies gezondheidsbevordering ouderen*. Geraadpleegd op 18 november 2022, van <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/adviezen/gezondheidsbevordering-ouderen/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-a). *Cijfers en feiten ouderen in Nederland*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-woorden/feiten-en-cijfers-ouderen>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-b). *Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks/kwetsbare-ouderen>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-c). *Wat is preventie?*. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015). *Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?*. Geraadpleegd op 20 november 2022, van <https://www.rivm.nl/documenten/ouderen-van-nu-en-straks-zijn-er-verschillen-in-kwetsbaarheid>
- Rijksoverheid. (2022, 20 september). *Kabinet zet in op preventie en intensievere samenwerking binnen de zorg*. Geraadpleegd op 26 november 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/09/20/kabinet-zet-in-op-preventie-en-intensievere-samenwerking-binnen-de-zorg>
- Schermer, M. H. N., & Van der Horst, H.E. (2021). Het concept 'positieve gezondheid' nader bekeken. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 165, 1-4. Geraadpleegd op 30 november 2022, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/het-concept-positieve-gezondheid-nader-bekeken#artikelinformatie>
- Schers, H., Koopmans, R., & Rikkert, M. O. (2009). De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. *Huisarts en wetenschap*, 52, 626–630 (2009). <https://doi.org/10.1007/BF03085828>
- Scholten, R. J. P. M., Offringa, M., & Assendelft, W. J. J. (2018). *Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijs* (5e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schuurmans, H., Steverink N., Lindenberg, S., Frieswijk, & N., Slaets, J. P. J. (2004). Old or Frail: What Tells Us More?. *Journal of Gerontology*, 59A(9), 962-965. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/59/9/M962/535393>
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8(27), 31-43. Geraadpleegd op 16 oktober 2022, van <http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/588/657>
- Toekomst Huisartsenzorg. (z.d.). *Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk*. Geraadpleegd op 15 september 2023, van <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/kerntaken-in-de-praktijk/#zorg-preventie>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?. Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vitaal bedrijf. (z.d.). *Wat is vitaliteit?*. Geraadpleegd op 25 november 2022, van <https://www.vitaalbedrijf.info/achtergrond/wat-is-vitaliteit>

Van der Wal, R. (2018). *Wat is uw beleving omtrent voeding?: Onderzoek naar de beleving omtrent voeding van opgenomen patiënten (afstudeer scriptie)*. Verpleegkunde, NHL, Leeuwarden

Warmoth, K., Lang, I. A., Phoenix, C., Abraham, C., Andrew, M. K., Hubbard, R. E., & Tarrant, M. (2015). 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society*, 36, 1483-1500. doi:10.1017/S0144686X1500046X

De Wolff, D. (2022). *Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van senioren in Friesland (rapport onderzoeksstage)*. Bestuurskunde/Overheidsmanagement, NHL/Stenden Hogeschool, Leeuwarden

*Overig: de afbeelding op het voorblad is mijn eigen werk, het betreft mijn oma op de bowlingbaan*

# Bijlagen

## Bijlage 1: Operationaliseringsschema literatuuronderzoek

Op welke wijze geven de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen /uitstellen van de kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar?		
Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren	Werkwijze	Screening en preventie
<i>Determinanten van kwetsbaarheid</i>	<i>Definitie kwetsbaarheid</i>	<i>Behoeften huisartsen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiek</li> <li>- Sociaal</li> <li>- Psychisch</li> <li>- Cognitie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aftakeling</li> <li>- Achteruitgang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinaire aanpak</li> <li>- Voldoende middelen</li> <li>- Training zorgverleners en gezondheidsinstanties en aanbieden medicatie management, voedingsinterventies en proactief handelen</li> </ul>
<i>Beïnvloeding determinanten van kwetsbaarheid</i>	<i>Positieve Gezondheid</i>	<i>Screening kwetsbaarheid</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysieke omgeving</li> <li>- Sociale omgeving</li> <li>- Voorlichting en advies</li> <li>- Medisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potentie benaderen</li> <li>- Focus op gezondheid, adaptie, veerkracht en betekenisvol leven</li> <li>- Regie over gezondheid bij patiënt</li> <li>- Middel om breder naar gezondheid te kijken</li> <li>- Waardeerperspectief</li> <li>- Raakvlakken met biopsychosociaal model</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toepassen klinische blik</li> <li>- Leeftijd niet toereikende informatie</li> </ul>
<i>Positieve invloed</i>	<i>Uitdagingen Positieve Gezondheid</i>	<i>Meerwaarde screening kwetsbaarheid</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voeding</li> <li>- Beweging</li> <li>- Sociale activiteiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meetbaarheid</li> <li>- Complexiteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vroegsignalering</li> <li>- Preventie</li> <li>- Verbeteren vitaliteit en kwaliteit van leven</li> </ul>
<i>Belemmerende factoren patiëntparticipatie</i>	<i>Nadelen Positieve Gezondheid</i>	<i>Weerstand tegen screening</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omgevingsfactoren</li> <li>- Maatschappelijke participatie</li> <li>- Diensten</li> <li>- Voorzieningen en toegankelijkheid</li> <li>- Middelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overmatige individualisering van gezondheidsproblemen</li> <li>- Sociale problemen gezien als maatschappelijk probleem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verplicht lijstje</li> <li>- Verlies van patiënten contact</li> <li>- Hoge werkdruk</li> </ul>
<i>Rol GGD</i>		<i>Rol POH Ouderenzorg</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenwerking gemeentelijk beleid</li> <li>- Zorg- en welzijnsactiviteitenactiviteiten</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoge prioriteit</li> <li>- Preventieve maatregelen comorbiditeit; verbeteren zorgplannen, valpreventie, kwetsbaarheid</li> </ul>
<i>Wensen ouderen</i>		<i>Behandeldoel</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet betuttelen</li> <li>- Voorbereiden op ouder worden</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kwetsbaarheid stabiliseren</li> <li>- Zelfstandigheid behouden</li> </ul>

## ***Bijlage 2: Interviewguide***

Interview over vitaliteit en kwetsbaarheid

In het diepte-interview waren drie fasen te onderscheiden zijn. De introductie, de kern en de afronding. De introductie vindt plaats tijdens de eerste kennismaking. Afhankelijk van de participant komt de kern en de afronding daarna of de afgesproken dag van het interview aan de orde. De kern en de afronding behoren tot het diepte-interview en zullen dan ook worden opgenomen.

### Introductie

In de introductie zullen de onderstaande onderdelen aan de orde komen.

- *Voorstellen;*
  
- *Het benoemen van het doel van het gesprek;*  
Vanuit de GGD zouden we graag inzicht hebben in de invulling van de preventie met betrekking tot het bevorderen van de vitaliteit en het verbeteren/uitstellen van de vitaliteit bij patiënten van boven de 55 jaar. Met de informatie die we van u ontvangen kunnen we zorgen voor een integrale brede aanpak voor het vitaal ouder worden.
  
- *Het toelichten van de opbouw van het gesprek;*  
Ik zal u drie vragen stellen met betrekking tot het bevorderen van vitaliteit en het verminderen van kwetsbaarheid, uw werkwijze, de mate screening en preventie. Naast de vragen is er voor u de ruimte voor eigen invulling. Na het gesprek zal ik kort samenvatten waar we het over gehad hebben en ronden we het gesprek af.
  
- *De geschatte tijdsduur aangeven;*  
Het interview zal +/- 30 minuten van uw tijd in beslag nemen.
  
- *De waardering benoemen voor de medewerking van de patiënt;*  
Mocht u deel willen nemen aan dit onderzoek, wil ik u alvast bedanken voor de moeite.
  
- *Het belang toelichten van de informatie;*  
Het is voor de GGD van belang te weten op welke wijze er in de eerstelijns zorg aandacht wordt geschonken aan de preventie met betrekking tot het vitaal ouder worden. Op deze manier wordt het inzichtelijk welke rol de huisarts en de POH-Ouderenzorg hierin (kunnen) vervullen en kan er gezamenlijk gekeken worden naar de punten van aandacht. Dit komt ten goede aan de samenwerking tot een integrale aanpak voor het vitaal ouder worden.
  
- *Aangeven wat er met de verkregen informatie gebeurt;*  
Ik zal het gesprek opnemen zodat de informatie, die tijdens het gesprek aan de orde komt, letterlijk uitgetypt kan worden en de gegevens verder verwerkt kunnen worden. Gedurende het gehele onderzoek blijft u anoniem.
  
- Toestemming vragen voor opname van het gesprek;  
Mocht u mee willen doen aan het onderzoek zou u er dan mee instemmen dat het gesprek zal worden opgenomen?
  
- Patiënt wordt gevraagd een *informed consent* te tekenen;  
Als u open staat voor deelname wil ik u vragen de toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen aan de hand van een *informed consent*. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. U krijgt een kopie of een tweede exemplaar van deze toestemmingsverklaring.



- *Patiënt op de hoogte brengen van het feit dat de patiënt vragen mag weigeren en aan mag geven te willen stoppen.*

U mag ervoor kiezen niet deel te nemen aan het onderzoek of tussentijds te stoppen, dit zal geen gevolgen hebben voor u of de samenwerkingsrelatie met de GGD. (Verhoeven, 2014).

### Kern

De kern van het onderzoek zal ingaan op de onderzoeksvraag op welke wijze de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de van de vitaliteit en verminderen van de kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar. Hierbij wordt er ingegaan op de ervaringen en werkwijze van de huisarts en POH-Ouderenzorg.

<b>Hoofdonderwerp</b>	<b>Sub onderwerpen</b>	<b>Doorvragen</b>
<u>Screening en preventie</u>	<p><u>Behoeften huisartsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Multidisciplinaire aanpak;</i></li> <li>- <i>Voldoende middelen;</i></li> <li>- <i>Training zorgverleners en gezondheidsinstanties en aanbieden medicatie management, voedingsinterventies en proactief handelen.</i></li> </ul> <p><u>Screening kwetsbaarheid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Klinische blik;</i></li> <li>- <i>Leeftijd niet toereikende informatie.</i></li> </ul> <p><u>Meerwaarde screening kwetsbaarheid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vroegsignalering;</i></li> <li>- <i>Preventie;</i></li> <li>- <i>Verbeteren vitaliteit en kwaliteit van leven.</i></li> </ul> <p><u>Weerstand tegen screening:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Verplicht lijstje;</i></li> <li>- <i>Verlies van patiënten contact;</i></li> <li>- <i>Hoge werkdruk.</i></li> </ul> <p><u>Rol POH-Ouderenzorg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hoge prioriteit</i></li> <li>- <i>Preventieve maatregelen comorbiditeit; verbeteren zorgplannen, valpreventie, kwetsbaarheid</i></li> </ul> <p><u>Behandeldoel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kwetsbaarheid stabiliseren</i></li> <li>- <i>Zelfstandigheid behouden</i></li> </ul>	<i>Wie, wat, welke, wanneer, hoe enzovoort.</i>
<u>Werkwijze</u>	<p><u>Definitie kwetsbaarheid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Aftakeling;</i></li> <li>- <i>Achteruitgang.</i></li> </ul> <p><u>Positieve gezondheid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Potentie benaderen;</i></li> <li>- <i>Focus op gezondheid, adaptie, veerkracht en betekenisvol leven;</i></li> <li>- <i>Regie over gezondheid bij patiënt;</i></li> <li>- <i>Middel om breder naar gezondheid te kijken;</i></li> <li>- <i>Waardeerperspectief;</i></li> <li>- <i>Raakvlakken met biopsychosociaal model.</i></li> </ul>	
<i>Wat kunt u betekenen in de screening en de preventie van kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55?</i>		
<i>Hoe kijkt u tegen het ouder worden aan en op welke wijze heeft dit invloed op uw werkwijze/handelen?</i>		

Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren  
Op welke wijze speelt u in op de vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren die invloed hebben op het bevorderen van de vitaliteit en verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid?

*Uitdagingen Positieve Gezondheid:*

- Meetbaarheid;
- Complexiteit.

*Nadelen Positieve Gezondheid:*

- Overmatige individualisering van gezondheidsproblemen
- Sociale problemen gezien als maatschappelijk probleem

*Determinanten van kwetsbaarheid:*

- Fysiek;
- Sociaal;
- Psychisch;
- Cognitie.

*Beïnvloeding determinanten van kwetsbaarheid:*

- Fysieke omgeving;
- Sociale omgeving;
- voorlichting en advies;
- medisch.

*Positieve invloed:*

- Voeding;
- Beweging;
- Sociale activiteiten.

*Belemmerende factoren patiëntparticipatie:*

- Omgevingsfactoren;
- Maatschappelijke participatie;
- Diensten;
- Voorzieningen en toegankelijkheid;
- Middelen.

*Rol GGD:*

- Samenwerking gemeentelijk beleid;
- Zorg- en welzijnsactiviteitenactiviteiten.

*Wensen ouderen:*

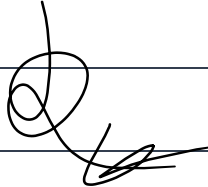
- Niet betuttelen;
- Voorbereiden op ouder worden.

### **Bijlage 3: Ethische toetsing**

#### *Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen onderzoek*

Project / vak / studieonderdeel:	Masterthesis Physician Assistant
Docent / coach:	Karin Menninga
Onderwerp:	Het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid
Begin- en eindtijd van het onderzoek:	Oktober 2022 t/m december 2023
Beschrijving van het onderzoek (kort maar volledig):	Onderzoek naar de wijze waarop de huisarts en de POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar. Het onderzoek is in samenwerking met GGD Fryslân en Huisartsenpraktijk Kalsbeek en zal zich richten op interviews met de huisartsen en de POH-Ouderenzorg.

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding tot Physician Assistant uit te voeren onderzoek.

Naam van de student(en):	Handtekening:
Rianne van der Wal	

Datum: 28-12-2022

	<b>A</b>		<b>B</b>	<b>C</b>
<b>1</b> <b>Privacy / anonimiteit</b>	Aankruisen indien van toepassing		Beantwoord in kolom C onderstaande vragen als in kolom A het vakje met "Ja" is aangekruist.	Indien "Ja" in kolom A, toelichting formuleren
1.1 Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? <i>(Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.)</i> Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?	De participanten zullen worden geanonimiseerd middels het toekennen van een code. Deze code is niet te herleiden naar de gegevens van de participant en zal gedurende het onderzoek worden gebruikt. De informed consents zullen worden bewaard in het kantoor van de opdrachtgever. Zodra het onderzoek is afgerond zullen deze vertrouwelijke papieren door de onderzoeker in de desbetreffende container van de GGD worden gedaan zodat de gegevens op gepaste wijze worden vernietigd.
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersonen?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen? Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als e-mailadres van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?	Er zal uitsluitend via het beveiligde GGD email-adres van de onderzoeker worden gecommuniceerd. Na afronding van het onderzoek zal de onderzoeker tezamen met de ICT afdeling van de GGD de gegevens verwijderen. Het is niet noodzakelijk de gegevens van de participant te publiceren, dus hiervoor zal geen toestemming worden gevraagd.
1.3 Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Zijn deze gegevens nodig? Waarom? Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als andere persoonlijke gegevens van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?	De interviews zullen zoveel mogelijk fysiek plaatsvinden, hiervoor is het vereist om adresgegevens uit te wisselen. Deze communicatie zal per mail van de GGD verlopen en wederom na afronding van het onderzoek m.b.v. de ICT van de GGD worden verwijderd.

<p>1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?</p>	<p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Wie krijgen dit materiaal te zien / horen? Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor? Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als beeld- of geluidsmateriaal van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?</p>	<p>De participanten zullen worden opgenomen. Voorafgaand aan het interview zullen zij worden gevraagd of ze hier toestemming voor geven, dit zal worden vastgelegd in een informed consent, welke bewaard wordt op de locatie van GGD totdat het onderzoek is afgerond. Na afronding zal de onderzoeker, zoals bovenstaand beschreven de informed consents vernietigen.</p>
<p>1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?</p>	<p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring? Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag? Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?</p>	<p>Enkele participanten zijn collega's van de onderzoeker. Het betreft echter een onderwerp waar de onderzoeker als Physician Assistant geen betrokkenheid in heeft. Er is dus een zekere afstand tussen het onderwerp en de onderzoeker, tevens heeft de onderzoeker geen persoonlijke belangen bij de uitkomsten. De onderzoeker beroept zich op de geheimhoudingsplicht als professional en zal de onderlinge uitkomsten dan ook niet delen, enkel in de vorm van de zojuist genoemde codes (1 t/m dataverzadiging is opgetreden)</p>

<p><b>2</b> <b>Informatie en toestemming</b></p>	<p>Aankruisen indien van toepassing</p>		<p>Beantwoord in kolom C onderstaande vragen als in kolom A het vakje met "Nee" is aangekruist.</p>	<p>Indien "Nee" in kolom A, toelichting formuleren</p>
<p>2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p>Waarom niet?</p>	
<p>2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie?</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p>Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?</p>	
<p>2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft?</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p>Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?</p>	

2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Waarom niet?	
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Waarom niet?	
2.6 Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever)	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Waarom niet?	
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke?	<b>Nee</b> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waarom? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	<b>Nee</b> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?	
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	<b>Nee</b> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet?	
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>		Voeg het protocol bij.	Zie Bijlage 4: Informerende brief en Bijlage 5: Informed consent
		Nee <input type="checkbox"/>	Waarom niet?	

<b>3.</b> <b>Mogelijke schadelijke effecten</b>	Aankruisen indien van toepassing	Beantwoord in kolom C onderstaande vragen als in kolom A het vakje met "Ja" is aangekruist.	Indien "Ja" in kolom A, toelichting formuleren*
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen?	<b>Nee</b> <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)?

3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij <i>onder andere</i> aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort.	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?	Het onderzoek is erop gericht om inzicht te krijgen in de interventies die de huisarts/POH-Ouderenzorg toepassen, afhankelijk van de uitkomsten zal er wellicht een stukje bewustwording optreden.
3.3 Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?	
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?	
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte?	
3.6 Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene?	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?	

\*: docent neemt contact op met teamleider.

<b>4.</b> <b>Afweging voor- en nadelen</b>	Aankruisen indien van toepassing	Beantwoord in kolom C onderstaande vragen als in kolom A het vakje met "Ja" is aangekruist.	Indien "Ja" in kolom A, toelichting formuleren
Werd bij 3.1 tot en met 3.6 "Ja" aangekruist in kolom A?	Nee	Ja <input type="checkbox"/>	Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kunnen worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen, onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.).

			Welke voordelen zijn dat? In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen?	



## ***Bijlage 4: Informerende brief***

Geachte heer/mevrouw,

U bent benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, welke wordt uitgevoerd door Rianne van der Wal. Voordat u de keuze maakt om deel te nemen, wordt u aan de hand van de onderstaande informatie verder op de hoogte gebracht van de inhoud van het onderzoek.

De uitvoerend onderzoeker wordt vanuit de GGD Fryslân opgeleid tot Physician Assistant en is gedetacheerd bij Huisartsenpraktijk Kalsbeek. Namens de GGD Fryslân is het expertteam Ouderen bezig met een onderzoek naar vitaal ouder worden. Hierbij staat de vraag centraal op welke manier er vanuit de publieke gezondheid de meeste gezondheidswinst voor Friese ouderen kan worden geboekt. Inmiddels is er al veel informatie verzameld over de wijze waarop er richting gegeven kan worden aan de preventieve ouderengezondheidszorg, gericht op vitaliteit op populatieniveau. Echter is er bij de GGD onvoldoende inzicht in de wijze waarop de huisarts en POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van de kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar. Hierdoor is het niet duidelijk wat de huisartsenpraktijk kan betekenen bij de integrale aanpak voor het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid van deze doelgroep.

We zouden u dan ook graag interviewen om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop u invulling geeft aan het bevorderen van de vitaliteit en het uitstellen/verminderen van kwetsbaarheid. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en levert u persoonlijk geen voordeel op. Echter kunnen we met de informatie die we van u krijgen zorgen voor een integrale aanpak, wat bijdraagt aan het vitaal ouder worden.

Mocht u open staan voor deelname zal dit +/-30 minuten van uw tijd in beslag nemen. De uitvoerend onderzoeker zal bij u langskomen in het kader van haar thesis. Het interview zal worden opgenomen, zodat besproken informatie gebruikt kan worden voor de dataverwerking. Na afronding van het onderzoek zullen de opnamen worden verwijderd. Gedurende het onderzoek is uw anonimiteit gewaarborgd, doordat de opnamen van een code worden voorzien. Die code is niet te herleiden naar uw persoonlijke gegevens. Uw gegevens blijven vertrouwelijk, alleen de uitvoerend onderzoeker zal op de hoogte zijn van uw code. U kunt ten alle tijden stoppen, ook tijdens het onderzoek.

Als u open staat voor deelname zal de uitvoerend onderzoeker met u het interview inplannen. Voorgaand aan het interview willen wij u vragen de toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen aan de hand van een *informed consent*. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Het handtekeningblad wordt door de opdrachtgever bewaard. U krijgt een kopie of een tweede exemplaar van deze toestemmingsverklaring. Op verzoek kunt u de onderzoeksresultaten per mail ontvangen.

Bij vragen kunt u terecht bij de uitvoerend onderzoeker, wiens e-mailadres onderaan deze brief is opgenomen. Dank voor uw aandacht.

Rianne van der wal, uitvoerend onderzoeker en tweedejaars student Master Physician Assistant ([rienne.vanderwal@ggdfryslan.nl](mailto:rienne.vanderwal@ggdfryslan.nl)).

*Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van GGD Fryslân onder begeleiding van Steffie Bunk en Bilbo Schickenberg, namens het expertteam Ouderen.*

## ***Bijlage 5: Informed consent***

### **Het bevorderen van de vitaliteit en het verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid**

#### Voor de participant

- Ik verklaar hierbij de informerende brief te hebben gelezen en dat er de mogelijkheid was tot het stellen van vragen. Indien ik vragen had zijn deze vragen voldoende beantwoord. Daarnaast verklaar ik dat voldoende tijd heb gehad om te beslissen over mijn deelname aan het onderzoek;
- Ik ben geïnformeerd dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment mijn deelname kan beëindigen en kan stoppen met het onderzoek. Hiervoor hoef ik geen reden op te geven;
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens over de wijze waarop ik de vitaliteit bevorder en de kwetsbaarheid verminder/uitstel bij patiënten ouder dan 55 jaar;
- Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview en weet dat in december 2023, tijdens de afronding van het onderzoek, de gegevens worden gewist;
- Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek.

Ik ga akkoord met deelname, zodat het onderzoeksteam in december 2023 inzicht heeft verkregen in de wijze waarop de huisarts en POH-Ouderenzorg invulling geven aan het bevorderen van de vitaliteit en verminderen/uitstellen van kwetsbaarheid onder patiënten ouder dan 55 jaar.

Naam :

Toegekende code:

Handtekening:

Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_

#### Voor de uitvoerend onderzoeker

Ik verklaar dat ik de patiënt volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als tijdens het onderzoek de toestemming van de patiënt beïnvloed zou kunnen worden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

## ***Bijlage 6: Inclusie- en exclusiecriteria***

In de onderstaande tabel is te zien dat de huisarts en de POH-Ouderenzorg van zowel een plattelands- als stadspraktijk wordt geïnccludeerd. Kijkende naar de patiëntenpopulatie zijn er tussen een plattelands- en stadspraktijk onderlinge verschillen. Aangezien het doel is om indicaties te kunnen geven over de Friese huisartsenpraktijken, is het wenselijk om beide type praktijk mee te nemen in de onderzoeksresultaten. Gezien het feit dat het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de GGD Fryslân, worden zorgverleners die aangesloten zijn bij een huisartsenpraktijk buiten Friesland niet geïnccludeerd.

Kijkende naar de continuïteit van zorg en het kunnen vervolgen van de ingezette interventies is er voor gekozen om de huisarts of POH-Ouderenzorg die <2 dagen per week werkzaam is in dezelfde huisartsenpraktijk te excluderen.

Kijkende naar de literatuur speelt zowel de huisarts als de POH-Ouderenzorg een grote rol bij het bevorderen van vitaliteit en het uitstellen/verminderen van kwetsbaarheid. De POH-Ouderenzorg wordt dan ook specifiek genoemd bij de inclusiecriteria aangezien de POH-Ouderenzorg als aandachtsgebied de fysieke, cognitieve en psychische kwetsbaarheid heeft en onder andere verantwoordelijk is voor het aanbieden van preventieve zorg en het vroegtijdig signaleren.

### In- en exclusie criteria

<i>Inclusie criteria</i>	<i>Exclusie criteria</i>
Een (waarnemend) huisarts of POH-Ouderenzorg die werkzaam is in plattelands- of stadspraktijken	Een waarnemend huisarts of POH-Ouderenzorg die <2 dagen per week in dezelfde huisartsenpraktijk werken
Praktiserende POH met als aandachtsgebied ouderenzorg	Een huisarts en POH-Ouderenzorg die werkzaam is buiten Friesland

### Bijlage 7: Tijdsplanning praktijkonderzoek

Weeknummer	47	48-49	50-52	1- 6	7-19	20- 26	27-35	36-38	39-40	48-52
<i>Interview opzet klaar</i>		X								
<i>Afstemming met de opdrachtgever over de dataverzameling</i>	X									
<i>Afronden onderzoeksopzet</i>			X							
<i>Theoretisch kader inleveren, go/no go</i>			X							
<i>Vorbereiden dataverzameling</i>				X					X	
<i>Data verzamelen</i>					X					
<i>Verkregen data analyseren en transcriberen</i>						X				
<i>Resultaten beschrijven</i>							X			
<i>Conclusie, discussie en aanbevelingen schrijven</i>								X		
<i>Rapportage inleveren kans 1</i>									X	
<i>Vorbereiden verdediging</i>										X

## ***Bijlage 8: Definiëring van begrippen***

Onderstaande begrippen zullen herhaaldelijk terugkomen in dit onderzoek. Er wordt in dit onderzoek uitgegaan van de definities die onderstaand beschreven staan.

- Vitaliteit  
Volgens Vitaal bedrijf (z.d.) “draait vitaliteit om de energie en kracht waarmee mensen emotioneel, fysiek en mentaal in het leven staan en houdt verband met iemands leefstijl.”
- Kwetsbaarheid  
Volgens GGD Fryslân (2022) “wordt het bij toenemende kwetsbaarheid lastiger om geliefde activiteiten te ondernemen en te blijven participeren in de samenleving. Kwetsbaarheid is te onderscheiden in vier domeinen namelijk fysiek (verminderde spierkracht, ongewenst gewichtsverlies, vermoeidheid, verminderde loopsnelheid en slecht ervaren gezondheid), sociaal (eenzaamheid, weinig sociale steun en verminderde maatschappelijke participatie), psychisch (aanwezigheid van depressie en verminderde mentale gezondheid) en cognitief (verminderd geheugen, snelheid en flexibiliteit). Kwetsbaarheid hangt onder andere samen met sociaal-demografische kenmerken (opleidingsniveau en het hebben van een partner en leefstijlfactoren (gezonde voeding, voldoende beweging en sociale activiteiten).”
- Preventie  
Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.) “is het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Preventieve maatregelen worden op verschillende locaties (settings) uitgevoerd, vooral in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Bij een integrale benadering richten preventiemaatregelen zich zowel op het gedrag van de personen als op de fysieke en sociale omgeving.”
- Positieve Gezondheid  
Volgens Morrison & Bennett (2019) “betekent Positieve Gezondheid niet de afwezigheid van ziekte, maar het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren.”
- Universele preventie  
Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.-c) “richt universele preventie zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Bijvoorbeeld de bewaking van de kwaliteit van het drinkwater of het Rijksvaccinatieprogramma.”
- Selectieve preventie  
Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.-c) “richt selectieve preventie zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Bijvoorbeeld de griepvaccinatie voor ouderen of bevolkingsonderzoek borstkanker.”
- Geïndiceerde preventie  
Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.-c) “richt geïndiceerde preventie zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor mensen met lage rugklachten of online groepscursus voor jongeren die last hebben van depressieve klachten.”
- Zorg gerelateerde preventie  
Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.-c) “richt zorg gerelateerde preventie zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande

aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een COPD (chronische bronchitis en longemfyseem )-patiënt of een Gecombineerde Leefstijlinterventie ( GLI (Gecombineerde Leefstijlinterventie )) voor een patiënt met obesitas.”

- Vervalperspectief

Volgens GGD Fryslân (2022) “staat bij het vervalperspectief het ouder worden gelijk aan aftakeling.”

- Trotseerperspectief

Volgens GGD Fryslân (2022) “staat bij het trotseerperspectief het ouder worden gelijk aan zo jong mogelijk blijven.”

- Waardeerperspectief

Volgens GGD Fryslân (2022) “wordt bij het waardeerperspectief het ouder worden gezien als een volwaardige fase in het leven waarin mensen zich kunnen ontwikkelen en nieuwe dingen kunnen leren en een onmisbare bijdrage aan de samenleving kunnen leveren.”

- GGD Fryslân

Volgens GGD Fryslân (z.d.) “is de GGD Fryslân de gemeenschappelijke gezondheidsdienst van Friesland, die informatie en advies geeft voor gemeenten, zorgorganisaties, bedrijven, scholen en kinderopvangen. GGD Fryslân werkt aan het bevorderen van de gezondheid en voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burger.”

- Huisartsengeneeskunde

Volgens Compendium Geneeskunde (z.d.) “is de huisarts in Nederland en België het eerste aanspreekpunt voor iedereen met gezondheidsproblemen en heeft daarmee een heel gevarieerd vak. De Huisartsgeneeskunde gaat over veel verschillende soorten aandoeningen en preventie is erg belangrijk in de huisartsenpraktijk. Naast huisartsen werken andere zorgprofessionals (in spe) in een huisartsenpraktijk. Van deze professionals wordt verwacht dat zij brede kennis bezitten van de geneeskunde. Zo is triage belangrijk om acute van minder acute problemen te onderscheiden. Ook moet zorg worden geleverd aan chronisch zieke of terminale patiënten.”

- Praktijkondersteuner Ouderenzorg (POH-Ouderenzorg)

Volgens Praktijksteun (z.d.) “is de POH-Ouderenzorg is gespecialiseerd in de problematieken van deze oudere patiëntgroep en beschikt over de kennis om deze kwetsbare doelgroep te ondersteunen. Hierbij kan je denken aan (beginnende) dementie, eenzaamheid of fysieke ongemakken door ouderdom. Het doel van de functie is om in een vroegtijdig stadium met oudere patiënten in gesprek te gaan om zo de juiste zorg te kunnen bieden. De POH-Ouderenzorg heeft hier een centrale rol in.”

- Praktijkondersteuner Somatiek (POH-S)

Volgens CZ (z.d.) “biedt de Praktijkondersteuner somatiek zorg en ondersteuning aan chronisch zieken en ouderen. Bijvoorbeeld bij diabetes, astma, longziekten en hart- en vaatziekten. Zo hebben ouderen met meerdere aandoeningen één vast aanspreekpunt.”

## ***Bijlage 9: Beoordelingsformulier onderzoeksopzet***

Naam student: Rianne van der Wal

Datum: 11-01-2023

Docent: Menninga

Beoordeling: voldoende

(NB Alle individuele items moeten met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende te krijgen)

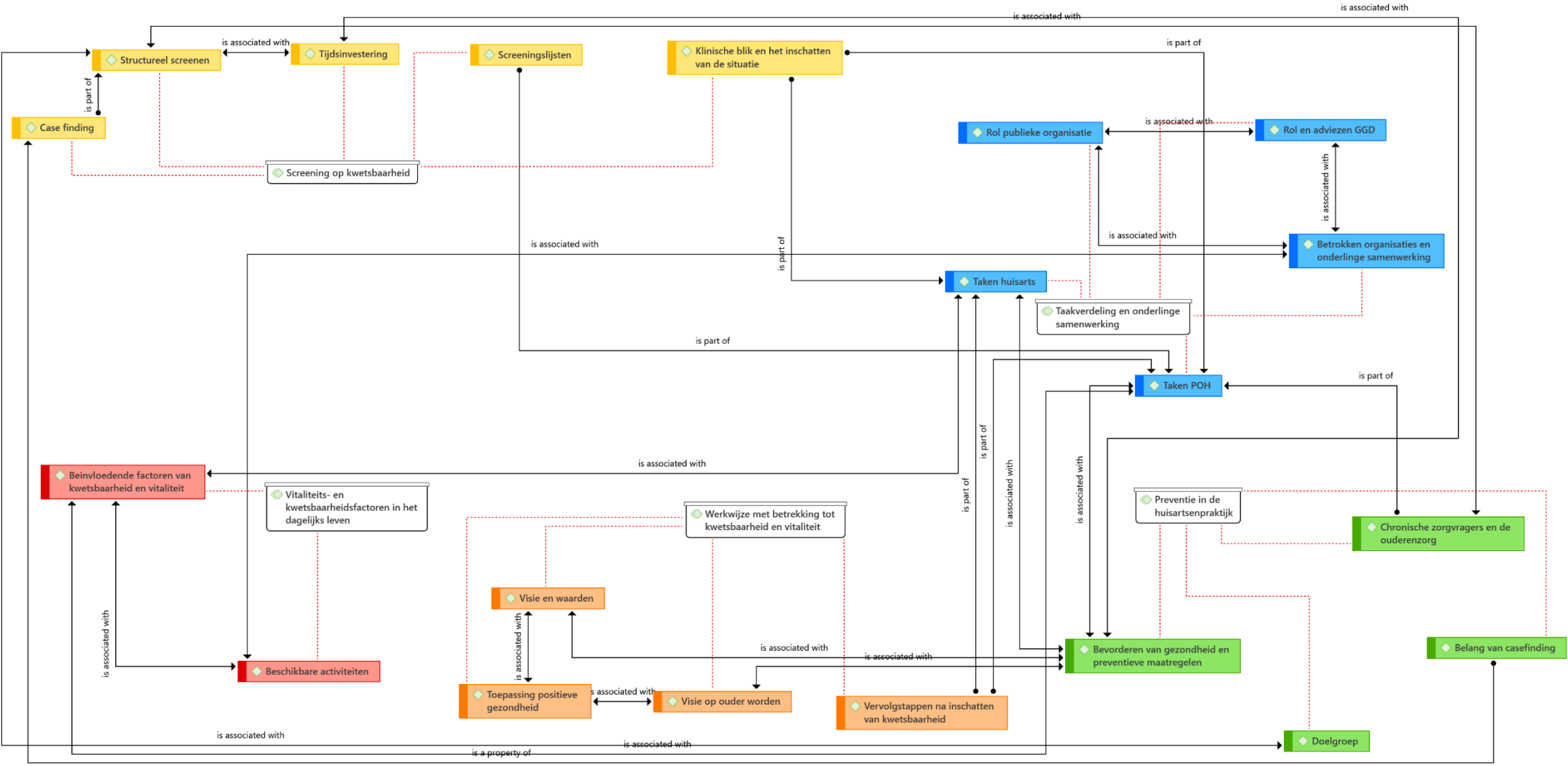
GO

	<b>(on)voldoende</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Aanleiding, doel en onderzoeksvraag</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• De aanleiding (probleemstelling), doel en relevantie van het onderzoek worden beschreven</li><li>• De onderzoeksvraag vloeit logisch voort uit de probleem- en doelstelling van het onderzoek</li></ul>	<b>V</b>	Prima aanleiding, onderzoeksvraag is passend bij de beschreven aanleiding. De doelstelling kan iets anders geformuleerd worden, minder in termen van 'dit beogen wij te bereiken', maar meer in termen van 'dit willen wij gaan onderzoeken en met dit doel'.
<b>Onderzoeksmethode</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Het onderzoeksdesign is toegelicht</li><li>• De gekozen methode past bij de vraagstelling</li><li>• De populatie en de steekproef (grootte) zijn benoemd (in-exclusiecriteria, poweranalyse)</li><li>• De variabelen van de vraagstelling zijn benoemd en geoperationaliseerd (Bij kwalitatief onderzoek is aangegeven hoe de vragenlijst, topiclijst, observatieschema's, indicatoren tot stand komen)</li><li>• Eventuele meetinstrumenten zijn beschreven (validiteit en betrouwbaarheid)</li><li>• De wijze van dataverzameling is beschreven</li><li>• De data-analyse is beschreven en beargumenteerd</li><li>• Het protocol ethische toetsing is volledig ingevuld en conclusie is dat verdere navraag ethische toetsing niet noodzakelijk is</li></ul>	<b>V</b>	Design is passend bij de vraagstelling. Literatuur is gebruikt om relevante variabelen te selecteren die gebruikt worden in het kwalitatieve onderzoek (Operationalisaties).  Data-analyses worden uitgebreid beschreven.  METC is toegevoegd.

<p><b>Taalgebruik en opbouw</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logische opbouw</li> <li>• Correct taalgebruik</li> <li>• Zakelijke stijl, geen spreektaal</li> </ul>	<p><b>V</b></p>	<p>In principe in orde, een aandachtspunt voor de these is wel dat het soms beknopter kan. Doordat je alles goed wilt uitleggen, wordt het wel een boekwerk 😊</p>
<p><b>Bronvermelding en literatuurlijst</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De bronvermelding en literatuurlijst zijn conform APA- of Vancouverregels</li> </ul>	<p><b>V</b></p>	
<p><b>Opmerkingen: prima onderzoeksvoorstel, zowel inleiding als methode goed onderbouwd met relevante literatuur.</b></p>		



# Bijlage 10: Mindmap analyse praktijkonderzoek



## **Bijlage 11: Codeboek**

Project: Thesis

Report created by Rianne van der Wal on 7-5-2023

Code Report – Grouped by: Code Groups

All (25) codes

W= toegekende waarde; positief (+) of negatief (-)

### **Preventie in de huisartsenpraktijk**

4 Codes:

#### **● Belang van casefinding**

4 Quotations:

1:32 ¶ 17 in P1, w=+

Ik zie meer dan in casefinding en dat je zo nu en dan wel even bekijkt van: hé, wie heb ik, wie zit, wie, wie blijft onder de radar? En en kan ik daar nog wat mee? Die moeten ook een beetje, nou ja, van onze aandacht hebben, in de zin dat wij ook weten wie het zijn, en met name op het moment dat er wat gebeurt, dat je weet hoe de situatie, hoe iemand woont, hoe iemand z'n sociale netwerk is.

1:33 ¶ 17 in P1, w=+

Dat is dan de meerwaarde zeg maar als ze niet-kwetsbaar zijn, maar dat je toch weet oh dat is die, daar gebeurt er nu dit mee, die hebben we toen bezocht en zo zit dat daar thuis ongeveer in elkaar. Dat is een hele grote meerwaarde, dus ken je patiënten eigenlijk komt het daarop neer.

7:10 ¶ 13 in P4a, w=+

Volgens ons krijgen we aan de hand van de casefinding meer grip op op die op op de groep. Zeg maar omdat. Ja, als je dan zo'n lijstje stuurt, je krijgt de ja, wat, ik zeg, de helft misschien terug, dan moet je er nog weer achteraan. En ja, ik, ik heb niet het gevoel dat dat er bij ons wel tussendoor glipt nee.

12:6 ¶ 5 in P8, w=+

We doen dus gewoon bij de oudere groep doen we gewoon de casefinding hè. Als op het moment dat er dus naar voren komt dat er signalen zijn op de één of andere manier, dan ga je daarmee aan de slag en dat blijkt ook veel nuttiger te zijn.

#### **● Bevorderen van gezondheid en preventieve maatregelen**

55 Quotations:

1:43 ¶ 27 in P1, w=+

Dus dat is zeker wel een groep die die die preventie nodig heeft om gezond oud te worden laten we het zo stellen. Want wanneer eigenlijk wij ze bezoeken, dan zijn ze al oud en dan dan is er al eenzaamheid. Of dan is er al gezondheidsschade dus inderdaad, je zou qua preventie hoe jonger, hoe beter natuurlijk.

1:45 ¶ 29 in P1, w=-

Natuurlijk, van gezondheid probeer je ze zo gezond mogelijk boven die 75 te krijgen. Maar de groep die waar niks mee is, die hier niet komt, die die benaderen wij niet op die manier, daar is geen enkele, nou geen enkele preventie voor.

1:46 ¶ 29 in P1, w=-

Dat is natuurlijk hele lichte vormen, zoals op het wachtkamerscherm daar worden dan wel wat wat tips gegeven en op de website over gezondheid ouder worden of gezond leven, laat ik het zo stellen met als doel natuurlijk gezond oud te worden. Dus in die zin doe je wel wat aan preventie, maar het is het is in die leeftijdsgroep heel erg op de achtergrond.

3:11 ¶ 9 in P2a, w=+

Als iemand alleen voor een moedervlek kom en ik loop op tijd en ik ruik ook dat ze roken dan kom ik er ook wel op, maar dan ga ik wel korter door de bocht inderdaad.

3:15 ¶ 13 in P2a, w=+

Nee, dat doe ik ook bij veertigjarige dat doe ik ook bij jongeren die roken en overgewicht hebben, niet bewegen. Het is meer, inderdaad de klacht waarmee ze komen. Ja, vooral depressieve klachten of wat ik al zei, fysieke klachten die met een bepaalde leefstijl te maken hebben, pak ik dan aan. Dus niet specifiek de leeftijd inderdaad.

3:16 ¶ 15 in P2a, w=+

Als er dus gezondheidsproblemen zijn, dan ben ik, denk ik dat er een grote meerwaarde is om om iets met leefstijl te doen en ik hoop zelfs minder pillen te hoeven voorschrijven als iemand stopt met roken bij angstklachten ook wel bijvoorbeeld.

3:17 ¶ 15 in P2a, w=+

Of stopt met roken bij benauwdheidsklachten dat je niet te ver voor de COPD op een gegeven moment krijgt. Dus voor die individuele patiënten met klachten en factoren die je preventief kunt veranderen, denk ik dat er een grote meerwaarde vaak is.

3:19 ¶ 17 in P2a, w=-

Er moet eerst motivatie voor mij zijn voordat ik doorga met de leefstijlfactor inderdaad, maar ik kaart het aan.

3:20 ¶ 17 in P2a, w=+

Het schijnt dat die dat melden door een zorgverlener toch wel effect heeft voor een relatief grote groep mensen. Dus dat pak ik graag.

3:23 ¶ 23 in P2a, w=+

Het liefst heb ik alle mensen van het roken af, want ik denk dat dat echt, ja, een heel belangrijke factor in gezondheid is op dit moment.

3:24 ¶ 23 in P2a, w=+

Maar ik zou ook misschien mensen met te veel aan alcohol nog meer op kunnen sporen en dan in de hoop dat ze gewoon zich duidelijk fitter erbij gaan voelen als ze minder drinken.

3:25 ¶ 23 in P2a, w=+

Het is individueel afhankelijk van welke klachten ze hebben, wat ik voor ogen heb, of ze nou van de klachten af kunnen komen of gewoon op termijn minder ziek zullen gaan worden bij wijze van spreken, want dat dat speelt natuurlijk ook.

3:26 ¶ 23 in P2a, w=-

Eigenlijk ziektegerelateerd en dat zijn dan toch weer twee verschillende soorten van preventie.

3:27 ¶ 31 in P2a, w=-

Ziektegerelateerde advies dan inderdaad.

3:28 ¶ 31 in P2a, w=+

Ja preventie doe ik inderdaad ook op oudere leeftijd, dan hebben mensen het ook wel vaker gehoord of weten het ook wel of hebben meer levenservaring, dat ze wat eigenwijzer zijn misschien, dus ik doe dan eigenlijk niet hardnekkiger.

3:29 ¶ 31 in P2a, w=+

Vaak hebben ze wel meer klachten, dus dan kom ik er wel vaker op terug, maar ze komen vaker met oudere leeftijd. Dus wat dat betreft is dat het verschil.

4:1 ¶ 5 in P2b, w=+

Ik kan heel enthousiast worden als mensen goede dingen voor hun gezondheid doen, wat buiten pillen omvalt zou ik maar zeggen.

4:2 ¶ 5 in P2b, w=+

Een andere vrouw met overgewicht die vertelt dat ze is gaan zwemmen, dan ben ik gewoon oprecht blij. Dus op die manier speel ik in, maar veel meer kan ik volgens mij ook niet betekenen. Als mensen verminderen met roken kan ik heel blij zijn en ook als ze gestopt zijn, ook al is het maar een maandje. Als ze zeggen; 'ik ben weer begonnen', dan zeg ik: 'je hebt het wel een maand volgehouden. Dus ja gewoon enthousiasme, vind ik de manier waarop ik het meest kan helpen, denk ik.

4:3 ¶ 7 in P2b, w=+

Ja in de motivatie inderdaad en dat het wel gezien wordt, wat ze voor moeite erin steken om iets te doen inderdaad. En het toch ook nog wel weer terug te benoemen van is het nog steeds gelukt om te blijven wandelen, of is het nog steeds helpend om met die coach om te gaan? Of en soms is het dan weer allemaal teruggevallen of hebben ze het gewoon geïntegreerd in het leven, dat je dus iets inzet, maar daar ook nog wel eens op terugkomt.

4:4 ¶ 7 in P2b, w=+

Dus een soort van herhaalde coachingsgesprek als het echt belangrijk is voor een bepaald ziektebeeld ofzo.

4:23 ¶ 21 in P2b, w=+

Dat ik veel gebruik maakt van thuisarts waar ook adviezen opstaan die makkelijk te integreren zijn, zonder dat er ergens heen hoeft te gaan en ik heb nu weer een nieuw advies gehoord dat je tien minuten touwtjespringen heel goed is voor de gewrichten en de conditie.

5:1 ¶ 5 in P3a, w=+

Nou, ja, wat we kunnen betekenen is mensen die actief komen met problemen op het spreekuur om die dus dan extra te vragen; Hè, wat ze doen aan hun gezondheid? Hè dus ook een CVRM onderzoek gaan doen met bloedafname als er hart- en vaatziekten bijvoorbeeld zijn in de familie.

5:2 ¶ 5 in P3a, w=+

Ook of er andere ziektes in de familie voorkomen waarbij ze hogere kans hebben om bepaalde ziektes te krijgen.

5:3 ¶ 5 in P3a, w=+

En verder ja focussen op de leefstijl hè hoe ze, ja eigenlijk bezig zijn met hun gezondheid, of ze ermee bezig zijn en wat ze eraan doen. En als je die mensen dus of spreekt via het spreekuur kun je ze weer vervolgen via een Praktijkondersteuner of eventueel verwijzen naar in dietiste of naar de fysio therapeut. Hè om dan op die manier hun gezondheid te bevorderen.

5:9 ¶ 13 in P3a, w=+

De meerwaarde is, denk ik, wel dat dat mensen bewuster worden én zijn van hun leefstijl en proberen daar toch ook voor de toekomst en voor het ouder worden toch wat mee te doen

5:10 ¶ 13 in P3a, w=+

Hè dat dat mensen bewuster bezig zijn met hun eigen lichaam en gezondheid en dat ook weten wanneer ze aan de bel moeten trekken. Dus meer de bewustwording van en ja, dat je hoopt dat ze er ook echt wat aan gaan doen als er iets aan de hand is.

5:14 ¶ 15 in P3a, W=+

Dus ja, zo zijn er wel een heel aantal vaste afspraken en protocollen voor. Ja, maar daarnaast kan het ook nog zijn dat mensen dus op andere manieren of het spreekuur komen met andere klachten en dat je daar dan toch over hebt.

5:20 ¶ 23 in P3a, w=+

Hè, dus blijven bewegen, goede voeding en niet roken dat soort dingen, dat mensen daar, ja, toch meer bewust mee omgaan dan voorheen want dan dacht je daar niet zo over na. Als je jong bent, dan denk je daar wat minder over na.

5:23 ¶ 31 in P3a, w=+

Ja, nou ja, ik ben inderdaad wel in ieder geval bewustwording of adviezen geven van hoe ze bepaalde dingen aan kunnen pakken of waar ze hulp kunnen zoeken, zowel voor de lichamelijke klachten, bijvoorbeeld de fysiotherapeut, hè dat ze daar gericht wat meer bewust kunnen zijn van hun lichaam en de conditie. Dus dat vind ik wel dat dat helpt mee aan de veerkracht van mensen.

5:24 ¶ 31 in P3a, w=+

Nou ja, en ook bij de psychische klachten en de omstandigheden kun je ook aandacht voor hebben en eventueel de Praktijkondersteuner GGZ inzetten.

5:26 ¶ 37 in P3a, w=+

Nou ja, er wordt tegenwoordig natuurlijk juist heel veel aandacht aan besteed aan alle media wordt daar wel op wezen, van iedereen, hè, moet zich bewust zijn van het eten en bewegen. En dus dat ja, er wordt veel meer nadruk opgelegd dan zoveel jaar geleden.

5:27 ¶ 37 in P3a, w=-

Dus ik denk ook dat dat heel belangrijk is, omdat mensen dan via andere kanalen het ook horen. Alleen het werkt vaak toch pas goed door als ze bewust van worden en en misschien iemand hebben die en die ze vertrouwen, dat die dus wel daar echt ook op ingaat zeker als er klachten zijn.

6:7 ¶ 9 in P3b, w=+

Dus dat probeer je dan in mee te denken.

6:16 ¶ 5 in P3b, w=+

Ja, bijvoorbeeld een oud sporter die sport met volwassenen geeft, hè in de buitenlucht. Nou ja, dat soort initiatieven probeer je wel een beetje mee te nemen en mensen op te wijzen.

8:22 ¶ 29 in P4b, w=+

Dat is moeilijk, hoor, want dat dat de preventie, dat dat doen wij natuurlijk ook als POH wel van ja, als iemand regelmatig valt of zo, dan ga je het al eens kijken van hé en je kunt niet alles, je kunt niet iedereen alles ontnemen of of nou ja, wat ik aan het begin van het gesprek zei, ik vind het heel belangrijk dat iemand autonoom mag zijn.

9:27 ¶ 27 in P5, w=+

Ik ben heel bewust en steeds bewuster van wat beweging, het sociale aspect en voeding met mensen doet en door dat te observeren door daar te vragen van; nou, wat betreft beweging, van hoe vaak ben je aan het wandelen en wat doe je dan? Hè? En ja, lukt dat nog, val je wel eens en op basis van dat uitvragen ga je kijken van hé, zouden we niet eens een ergo, staat iemand open voor een ergo als die echt tegen praktische problemen in huis aan aanloopt. Soms is het niet eens het stukje verbeteren, maar hetgeen wat je hebt behouden.

9:28 ¶ 27 in P5, w=+

Als iemand vaak valt, dat je denkt van hé, laat de fysio even meekijken hè, kunnen we waarmaken dat iemand weer zijn spieren wat sterker of als dat helemaal niet nodig is, mensen motiveren om deel te gaan nemen aan bepaalde nou activiteiten die ja bij ons dan in het dorp ja worden aangeboden.

9:32 ¶ 31 in P5, w=+

Maar daarmee begin je altijd beide bij de patiënt zelf. Van wat, wat wil die.

10:3 ¶ 5 in P6, w=+

Zodat we ook even naar een CVRM kunnen kijken.

10:16 ¶ 25 in P6, w=-

We doen al zoveel aan preventie, want we zitten iedereen z'n bloeddruk en zijn suiker en zijn cholesterol te meten en in de echte preventie denk ik: ja, het houdt ergens op, je kan niet alles.

10:45 ¶ 97 in P6, w=-

Ik moet wel zeggen ik denk je moet niet al die preventiedingen bij de huisarts leggen, want wij zijn toch in die zin medisch opgeleid. Er is een probleem en je zoekt een oplossing en we zijn inmiddels heel erg in preventie terechtgekomen maar dat moet niet de primaire taak zijn van huisarts is mijn persoonlijke mening.

11:12 ¶ 15 in P7, w=-

Dat preventieve stuk, dat is met name voor de patiënten die hier op het spreekuur bij ons komen, bij mijn collega's en bij mij wel aan de orde hebben.

11:13 ¶ 15 in P7, w=+

Dus als iemand voor een bloeddruk controle komt, dan blijf je met mensen in de gaten houden en op die manier probeer je dus inderdaad aandacht te besteden aan verschillende. Nou ja, hè, wat je hier ook benoemd, bijvoorbeeld bewegen en sociaal hè, hoe gaat het met iemand vanuit de praktijk? Verder zijn wij niet preventief aan het werk daarin.

11:14 ¶ 17 in P7, w=-

Een beetje op geleide van wat de patiënt zelf ook wil, om op die manier een beetje preventief te gaan werken. Hè, dus op die manier doen we het wel, maar niet grootschalig preventief naar onze patiëntencategorie/patiëntenpopulatie dat niet zeg maar.

11:15 ¶ 16 in P7, w=+

Vanaf het moment dat iemand in beeld is vanaf dat punt kijk je van goh wat kunnen we nog, wie dan ook, preventief doen om kwalen te voorkomen.

11:29 ¶ 38 in P7, w=+

Dan probeer ik wel alle dingen een beetje bij langs te gaan van goh, hè, wat merk jij? Hè, hoe gaat het met de contacten met andere mensen? Zijn het zinvolle contacten? Hè, dus dat je ze wel allemaal nagaat ben je daar tevreden over? Heb je nog wel zin in het leven? Nou ja, ook ook wel echt wel op dat vlak probeer ik wel inhoud te krijgen.

11:31 ¶ 38 in P7, w=-

Nee, dus ja, ik probeer, probeer die dingen allemaal wel aan de orde te kijken, maar soms, dan heb je daar ook een aantal gesprekken voor nodig om echt tot de kern te komen.

12:12 ¶ 20 in P8, w=+

Dat kaart je dan wel toch zijdelings even aan en denk je mee, als de patiënt daarvoor open staat, wat er mogelijk is.

12:13 ¶ 21 in P8, w=+

Je signalerende functie. Daar probeer je dan ook weer een vervolg aan te geven.

12:15 ¶ 23 in P8, w=+

Dat ligt denk ik ook heel veel bij de Praktijkondersteuners want alle mensen met suikerziekte en CVRM nou, dat zijn er heel wat hoor en astma, COPD die komen allemaal bij de Praktijkondersteuner en daar gaat het natuurlijk altijd over voeding en beweging. Al die mensen, het merendeel, heeft nog helemaal geen klachten, maar die die worden daar allemaal op aangesproken en aangemoedigd om daarmee aan de gang te gaan.

12:27 ¶ 47 in P8, w=-

De astma en COPD controles, daar zit het altijd standaard in. Die groep krijgt ook geregeld natuurlijk de boodschap mee. Maar vooral de diabeten hoor om die te laten bewegen, die zijn niet zo gemotiveerd. Dat is gewoon en best probleem hoor.

12:43 ¶ 83 in P8, w=+

Qua begeleiding, kijk, als iemand komt en die heeft bijvoorbeeld eenzaamheidsproblemen en dan praat je erover door van: goh, wat zou je willen?

12:67 ¶ 119 in P8, w=+

Nee, mensen moeten zich inderdaad bewust worden van wat van preventie, dat je er heel wat aan kunt doen om een beetje gezond in ieder geval, dat je je zieke jaren beperkt.

12:68 ¶ 119 in P8, w=-

Als we natuurlijk echt naar preventie kijken, dan moeten we naar armoedebestrijding kijken, hè.

#### ● **Chronische zorgvragers en de ouderenzorg**

4 Quotations:

1:51 ¶ 5 in P1, w=+

En ik zie nu ook al dat in die groep 75 tot 80 een segment mensen zit waar ja, waar weinig kwetsbaarheid bij is en die het zijn die kennen we dus de mensen die al in chronische zorg zitten die sluiten eigenlijk uit van screening of, want die zien we wel.

7:13 ¶ 19 in P4a, w=+

Maar de ouderenzorg, ik vind zelf de ouderenzorg heel goed in beeld.

12:15 ¶ 23 in P8, w=+

Dat ligt denk ik ook heel veel bij de Praktijkondersteuners want alle mensen met suikerziekte en CVRM, astma, COPD die komen allemaal bij de Praktijkondersteuner en daar gaat het natuurlijk altijd over voeding en beweging. Al die mensen, het merendeel, heeft nog helemaal geen klachten, maar die die worden daar allemaal op aangesproken en aangemoedigd om daarmee aan de gang te gaan.

12:27 ¶ 47 in P8, w=-

De astma en COPD controles, daar zit het altijd standaard in. Die groep krijgt ook geregeld natuurlijk de boodschap mee. Maar vooral de diabeten hoor om die te laten bewegen, die zijn niet zo gemotiveerd. Dat is gewoon en best probleem hoor.

#### ● **Doelgroep**

25 Quotations:

1:7 ¶ 5 in P1, w=+

Nou, de groep 55-75, daar wordt niet op gescreend maar mochten in die groep kwetsbare mensen zitten, dan is dat vaak een groep die wij wel kennen, hè, dus die hebben aandoeningen waarvoor ze hier komen. Dus maar daar is geen actieve screening op.

1:8 ¶ 5 in P1, w=+

Dat is wat anders als in een groep 75 plus. Daar is wel een vorm van screening op, niet een proactieve screening om lijsten te sturen om te kijken of er kwetsbaarheid is, maar wel dat we lijsten nagaan van zijn deze mensen in beeld?

11:30 ¶ 38 in P7, w=-

Ik denk als je een categorie over 20 jaar hebt, dat de mindset al anders is van mensen. Nu snappen mensen jou soms ook gewoon niet zo goed of vinden ze het ook echt wel nou, nee, past het niet bij hun.

1:40 ¶ 25 in P1, w=-

Ja 55 tot 75 zelfs. Nou, daar heeft ook de zorgverzekering, zeker tien jaar geleden hebben we dus alle 65 plussers gescreend en daar kwam gewoon uit die groep 65- 75 plus, kwam eigenlijk geen enkele onbekende kwetsbare ouderen, degenen die daaruit kwamen, dat wisten we van tevoren al. Dat zijn de mensen met multipole aandoeningen en chronische zorg, al dat die ken je al, dus er kwam niks uit.

1:41 ¶ 25 in P1, w=+

En toen heeft verzekeraar ook gezegd: nou, bij de ouderenzorg richten we ons op publiek of op de mensen van 75 plus.

1:42 ¶ 27 in P1 +, w=+

Ja, ik denk zeker wel zo dan bedoel je die groep tussen 55-75. Ja, want daar, dat is eigenlijk de leeftijd waarop je kunt gaan investeren als je 75 plus wordt.

1:52 ¶ 5 in P1, w=+

En ik zie nu ook al dat in die groep 75 tot 80 een segment mensen zit waar ja, waar weinig kwetsbaarheid bij is.

3:2 ¶ 5 in P2a, w=+

Dus het is eigenlijk echt mensen die die hier komen met gezondheidsklachten die ik denk dat ook met leefstijl te maken heeft.

4:18 ¶ 27 in P2b, w=+

Ja, ik denk dat preventie op elke leeftijd speelt en in elke leeftijdscategorie dan misschien net andere insteken kan hebben en ook welke manier je insteekt maar als jij het over de kwetsbare ouderen hebt, dan zou je misschien inderdaad vanaf 50 kunnen kijken.

4:19 ¶ 27 in P2b, w=+

Mensen met een met minimuminkomen bij wijze van spreken dat, dat daar de meeste winst te halen is. Eigenlijk deze factoren, dat merk je ook vaak in een spreekkamer.

4:20 ¶ 27 in P2b, w=+

Mensen die het beter hebben getroffen in de maatschappij zijn al heel bewust van deze factoren en hebben ook al veel meer mogelijkheden om daar gebruik van te maken of om het in te zetten in hun leven. En juist als je als je minimuminkomen heb je wel andere zorgen. En dan, als je dan ook nog niet goed kan lezen of schrijven, wordt het ook niet makkelijker gemaakt om aan de informatie te komen. Dus ja, misschien dat er bij die categorie het meest winst te behalen is.

5:4 ¶ 7 in P3a, w=+



Nou, specifieke leeftijd, voorheen hadden we de ouderenscreening vanaf 65 jaar en ouder. Hè, daar hebben we eigenlijk alle mensen gescreend op kwetsbaarheid en voorkomen van hart- en vaatziekten en andere kwetsbaarheden dat is al een aantal jaren geleden. Dat was in het kader van een project van de zorgverzekeraar.

5:5 ¶ 7 in P3a, w=+

Daar zijn inderdaad zeker mensen uitgekomen die we nu nog steeds volgen via de Praktijkondersteuner en ja, we proberen nieuwe mensen wel weer, hè, omdat ze op het spreekuur komen, weer te vervolgen en ook via de Praktijkondersteuner weer zorg te bieden om in ieder geval zoveel mogelijk klachten en problemen aan te pakken, maar ook andere dingen te voorkomen.

5:7 ¶ 11 in P3a, w=+

Nou, niet zo heel strak, wel in de zin dat project gaat 65 jaar en ouder.

5:8 ¶ 11 in P3a, w=+

Wat we dus nu doen is bij de Praktijkondersteuners kijken welke mensen er allemaal via de ketenzorg bekend zijn. Dat zijn vaak toch wel de oudere mensen en mensen met een event in de voorgeschiedenis zoals hart- en vaatziekten of andere ziektes waarbij ze dus controles moeten hebben, maar er zit niet een hele strakke leeftijdsgrens aan.

7:16 ¶ 25 in P4a, w=+

We kijken niet naar vaste leeftijd. We kijken meer van wat wat heeft iemand nodig?

9:4 ¶ 7 in P5, w=+

Ja, vanaf 75 plus doen wij het in de praktijk dat we mensen screenen elk jaar maken we een, een lijst van alle 75-plussers, dus die loop ik dan met de huisarts door en bekijken. Van welke mensen hebben we goed in kaart? Waar zijn we al betrokken?

10:1 ¶ 5 in P6, w=+

Ja, we hebben in ieder geval de ouderen boven de 75, dus daar zit even een heel groot verschil in. Hebben we een soort zoekprogramma in ons huisartsen informatie systeem het is en die doen we, maken we steeds een update en dan kijken we welke vijfenzeventigjarige langer dan een jaar geen contact heeft gehad met onze praktijk. Die benaderen we actief.

10:10 ¶ 13 in P6, w=+

Er zijn natuurlijk ook hele fitte 75 plussers en die moet je niet betuttelen dus als iemand zegt: 'joh ik wil dat helemaal niet of ik red me wel', ja dan kun je een afspraak maken van goh vind je het goed als ik je over twee jaar nog eens bel of over een jaar of wat iemand wil. Maar als iemand wat kwetsbaarder is ja dan hou je met wat meer regelmaat een vinger aan de pols.

10:39 ¶ 87 in P6, w=+

Hmm 55-plus haha, ja dat is toch de leeftijd dat mensen een beetje aan die aan die medicatie gaan starten.

11:1 ¶ 5 in P7, w=-

Nou, wij zijn meer gericht op de 75 plussers, hè, dus het stuk tussen 55 en 75 is voor ons niet voor mij niet een actieve groep, waar ik maar ben bezig houd. Je ziet soms wel, hè, dat door omstandigheden iemand toch op jongere leeftijd wel kwetsbaar wordt. Maar in principe begint het bij ons een beetje rond de 70- 75 jaar.

12:1 ¶ 5 in P8, w=-

Het is zo van wij doen niet een uitgebreide screening bij oudere mensen.

12:2 ¶ 5 in P8, w=-

Sowieso hoeven wij pas te screenen op kwetsbaarheid boven de 75 plus.

12:14 ¶ 21 in P8, w=-

Dit zijn natuurlijk mensen waarbij je ziet dat er een probleem is en daar ga je mee verder. Hè, al dan niet, want als iemand niet wil, houdt het op.

12:75 ¶ 135 in P8, w=-

Als je niks aan armoedebestrijding doet, hebben al jouw andere dingen geen zin. Dit is vooral voor de voorlichting, screening enzovoort, dat is vooral voor de groep die die die niet arm is.

### **Screening op kwetsbaarheid**

5 Codes:

#### ● **Casefinding**

25 Quotations:

1:23 ¶ 13 in P1, w=-

Nou niet vaak, want de mensen die nu niet in beeld zijn, die je gaat screenen, dat zijn vaak dus ook de mensen waar niet zoveel mee is, een enkele zorgmijder daargelaten maar ja, die die die moet je ook maar afwachten of die toestaan dat je daarnaartoe gaat.

1:24 ¶ 13 in P1, w=+

Maar als dat problemen oplevert ja, dan dan vissen we die er toch al uit op grond van *casefinding* want hè, ik ben nu actief bezig met die lijsten naar de gaan.

1:25 ¶ 13 in P1, w=+

Dus de mensen die nu niet in beeld zijn, dat is natuurlijk ook een groep die vrij vitaal is.

1:34 ¶ 19 in P1, w=+

Ja maar ook de bezoeken nu van die 90 plussers die niet in beeld zijn.

1:35 ¶ 21 in P1, w=-

Ja en wat ik al zei die zijn vaak niet in beeld, omdat ze eigenlijk heel vitaal zijn, dus die komen hier helemaal niet.

1:40 ¶ 25 in P1, w=

Jaa 55 tot 75 zelfs. Nou, daar heeft ook de zorgverzekering, zeker tien jaar geleden hebben we dus alle 65 plussers gescreend en daar kwam gewoon uit die groep 65- 75 plus, kwam eigenlijk geen enkele onbekende kwetsbare ouderen, degenen die daaruit kwamen, dat wisten we van tevoren al. Dat zijn de mensen met multipale aandoeningen en chronische zorg, al dat die ken je al, dus er kwam niks uit.

1:50 ¶ 5 in P1, w=+

Die willen we eigenlijk gewoon een bezoek brengen om te kijken of ze überhaupt kwetsbaar zijn. En datzelfde doe ik dus met de groep 85 tot 90 jaar, 80 tot 85 jaar en 75 tot 80 jaar in, indien met terugwerkende kracht naar de jongeren; de jongsten van de 75 plussers.

7:1 ¶ 5 in P4a, w=-

Op dit moment doen we eigenlijk nog geen screening wat wij doen is echt aan de hand van *casefinding* wordt contact gezocht met de kwetsbare ouderen.

7:2 ¶ 5 in P4a, w=+

Ik heb een lijst uitgedraaid van 70 plus.

7:3 ¶ 7 in P4a, w=+

De huisarts vraagt dan aan mij of ik contact wil opnemen met de cliënten en dan doe ik meestal een visite.

7:10 ¶ 13 in P4a, w=+

Volgens ons krijgen we aan de hand van de *casefinding* meer grip op op die groep. Zeg maar omdat als je dan zo'n lijstje stuurt, je krijgt de ja, wat, ik zeg, de helpt misschien terug, dan moet je er nog weer achteraan. En ja, ik, ik heb niet het gevoel dat dat er bij ons wel tussendoor glipt nee.

7:11 ¶ 17 in P4a, w=+

Wij doen ook al van tevoren vaak bij oudere mensen sociale visites, dus dan is er geen reden om zeg maar echt al te screenen op de kwetsbaarheid. Maar wij doen gewoon heel veel sociale visites nog.

7:15 ¶ 21 in P4a, w=+

De assistenten zijn er ook hele, heel actief in. Die geven ook wel eens aan van goh die is ook al 83. Moet je er ook een keer naartoe?

8:18 ¶ 15 in P4b, w=+

De sociale controle is hier gewoon veel groter. Het gebeurt zelfs nog wel dat er hier ook wel eens patiënten komen en die zeggen: "nou, ik maak me wel wat zorgen om diegene." Je hebt dan wel je beroepsgeheim natuurlijk, dan ga je daar verder niet op in, maar je neemt hem wel mee en denk je van oh misschien kan ik daar een keer naartoe. Ja, dus ja, dat is ook weer het stukje *casefinding*.

9:5 ¶ 7 in P5, w=+

En welke mensen weten we het eigenlijk niet zo goed? En daar gaan we dan wat actiever spelen we daarop in door toch het gesprek eens aan te gaan met die mensen?

10:1 ¶ 5 in P6, w=+

Ja, we hebben in ieder geval de ouderen boven de 75, dus daar zit even een heel groot verschil in. Hebben we een soort zoekprogramma in ons huisartsen informatie systeem het his en die doen we, maken we steeds een update en dan kijken we welke vijfenzeventigjarige langer dan een jaar geen contact heeft gehad met onze praktijk. Die benaderen we actief.

10:4 ¶ 5 in P6, w=+

En als ja weet je de mensen die niet op de praktijk kunnen komen. Dat is natuurlijk een zeldzaamheid dat we die niet in beeld hebben, maar als dat aan de orde is, dan bezoeken we die.

10:11 ¶ 11 in P6, w=+

We hebben nu niet meer patiënten die niet meer in beeld zijn.

10:15 ¶ 23 in P6, w=+

Nou, dat is meer om te kijken of er een oudere, een hele kwetsbare ouder is die wij niet kennen. Dus we willen gewoon onze populatie kennen, en bij die ouder heb je de grootste kans dat je iemand mist.

11:9 ¶ 7 in P7, w=+

Maar met name ben je dan op zoek naar mensen waar eigenlijk nog niemand bij betrokken is, hè dus die nog niet, die niet vaak op het spreekuur komen, waar eigenlijk, waar je eigenlijk niks van weet.

11:3 ¶ 5 in P7, w=-

Wat wij eraan doen is dat wij toch wel in het verleden actief mensen hebben benaderd met een vragenlijst om in te schatten of iemand kwetsbaar is.

11:4 ¶ 5 in P7, w=-

Zo ben ik ook wel begonnen hier alleen de afgelopen jaren doen we dat in mindere mate eigenlijk haast niet meer, omdat daar eigenlijk geen verrassingen uit voortkwamen dus mensen waarvan de huisarts al wel dacht dat die kwetsbaar was, bleek om kwetsbaar te zijn. Dus dat was best wel een administratieve, ingewikkeld en tijdrovend iets, qua kosten ook.

11:6 ¶ 7 in P7, w=-

Ja, dat zijn de eerste jaren wel gedaan, hè, maar nu in mindere mate.

11:7 ¶ 7 in P7, w=+

Ik heb wel een lijst nog uitgeprint en met alle vijfenzeventigplussers waarbij de huisarts wel heeft aangegeven van mogelijk kan je hier nog eens contact mee opnemen.

11:9 ¶ 7 in P7, w=+

Maar met name ben je dan op zoek naar mensen waar eigenlijk nog niemand bij betrokken is, hè dus die nog niet, die niet vaak op het spreekuur komen, waar eigenlijk, waar je eigenlijk niks van weet.

12:6 ¶ 5 in P8, w=+

We doen dus gewoon bij de oudere groep doen we gewoon de *casefinding* hè. Als op het moment dat er dus naar voren komt dat er signalen zijn op de één of andere manier, dan ga je daarmee aan de slag en dat blijkt ook veel nuttiger te zijn.

#### • **Screeningslijsten**

11 Quotations:

1:11 ¶ 7 in P1, w=+

Nou, dat doe je eigenlijk aan de hand van die GFI.

1:12 ¶ 9 in P1, w=+

Ja, die heb je in je hoofd wel bij je, hè, dus je screent zelf wel van; kan iemand nog goed zien, kan iemand goed horen, gebruikt hij/zij meer dan vijf medicijnen, is er een probleem met het geheugen. Al die vragen die eigenlijk in die GFI zitten, die die pak je dan ook onbewust wel mee.

1:21 ¶ 11 in P1, w=+

Voor de mensen die ik niet ken, dan ga ik de Easycare vragenlijst invullen hè, dat is een vragenlijst die alle gebieden in het leven en van de patiënt eigenlijk bij langsgaat dus van gezondheid tot mentale gezondheid, fysieke gezondheid, maar ook familie, sociale omgeving, woonsituatie, financiën, noem het maar op, vervoer, maaltijden.

1:22 ¶ 11 in P1, w=+

Alles zit in die Easyscare en dan ga je gewoon de anamnese afnemen om te kijken waar, waar zitten eventueel de moeilijkheden en waar? Waar zouden we iets mee kunnen doen?

1:26 ¶ 15 in P1, w=-

Dus het komt niet heel vaak voor dat je die Easycare er dan nog bij pakt, maar ik doe het, ik doe het bijvoorbeeld ook wel altijd standaard bij een nieuwe patiënt.

1:27 ¶ 15 in P1, w=+

Als de huisarts zegt: ga daar eens even naartoe, een nieuwe patiënt, een ouder iemand, dan is het een hele mooie manier om kennis te maken met iemand en om zijn sociale netwerk in beeld te brengen. Dus dat vind ik altijd wel een heel mooi instrument dan.

1:28 ¶ 17 in P1, w=-

Herhaling van de screening zou je in principe wel moeten doen, hè, daar hebben we niet echt een vastomlijnd plan voor.

1:30 ¶ 17 in P1, w=+

Dus in principe de mensen die nu tien jaar ouder zijn en nog leven, die komen gewoon weer opnieuw aan bod.

7:6 ¶ 9 in P4a, w=-

We hebben geen lijst. Nee, die screeningslijsten heb je, de GFI. Gebruiken we eigenlijk nooit.

7:7 ¶ 9 in P4a, w=-

We kunnen het wel zonder doen. Natuurlijk stellen wel vragen die ook op de GFI staan, maar we doen het niet met lijstjes nee.

7:9 ¶ 13 in P4a, w=-

Er zijn heel veel praktijken die sturen alle 65 plussers de GFI lijst op. Je krijgt de helft misschien terug. Wat doe je er dan mee? En wie heeft, wat heeft prioriteit?

7:10 ¶ 13 in P4a, w=-

Volgens ons krijgen we aan de hand van de *casefinding* meer grip op op die groep. Zeg maar omdat als je dan zo'n lijstje stuurt, je krijgt de ja, wat, ik zeg, de helft misschien terug, dan moet je er nog weer achteraan. En ja, ik, ik heb niet het gevoel dat dat er bij ons wel tussendoor glipt nee.

9:6 ¶ 9 in P5, w=-

Ja, dan gebruiken wij de de GFI voor, maar zelf ben ik daar niet zo zo'n voorstander van. Ik heb dat een aantal jaren gebruikt.

9:7 ¶ 9 in P5, w=-

Maar in het begin stuurde ik iedereen, alle vijfenzeventigplussers en een een GFI op van mensen waarvan je wist dat ze kwetsbaar waren die kregen een nul, dus daar kwam eigenlijk niks uit, terwijl daar wel kwetsbaarheid speelde. Terwijl je bij een andere groep zag van nou ja dat speelt wel wat, maar om nu te bespreken van kwetsbaarheid is de vraag en die scoorde dan juist heel hoog.

9:8 ¶ 9 in P5, w=+

Ik gebruik meer de Trazag, dat is ook een screenings element. Dan ga je er net wat dieper op in dat je samen met de patiënt gaat kijken van hé, waar, ja, waar scoor je op? En dat wat meer verdiepen.

11:11 ¶ 13 in P7, w=+

Op basis van de GFI gebruiken wij dan wel. Maar ja hoe langer je het werk doet, zitten die vragen al meer vaak in je eigen anamnese. Ook dus een beetje combinatie van beiden.

#### ● **Klinische blik en het inschatten van de situatie**

25 Quotations:

1:20 ¶ 9 in P1, w=+

Volgens mij hebben wij ook wel een hele goede antenne van wie echt kwetsbaar is, want er zijn ook mensen die scoren heel kwetsbaar, maar die redden zich heel goed zelf. Dus de kwetsbaarheid is ook een begrip wat je weer moet graderen in moet ik er wat mee of moet ik er niks mee?

1:53 ¶ 5 in P1, w=+

En tijdens ons spreekuur hebben wij natuurlijk altijd oog voor de kwetsbaarheid en voor de problemen die daar rondom spelen.

1:93 ¶ 51 in P1, w=+

Dus ik kan niet zeggen dat ik daar nou heel actief een, een tool voor heb, maar wel wel, hoe moet ik zeggen, antennes voor heb.

3:5 ¶ 7 in P2a, w=+

Als ze kortademig zijn en ik ruik dat er gerookt wordt of als ik een duidelijk overgewicht zie en ze zijn kortademig, dan vraag ik ook of er sportactiviteiten zijn en ga ik de leefstijlpijlers een beetje langs van bewegen ze voldoende, hoe eten ze, hoe is het met roken?

3:6 ¶ 7 in P2a, w=+

Gewoon echt factoren die je duidelijk ziet of hoort of ruikt in het consult als het gerelateerd is met de klacht waarvoor ze komen. Als ze komen met acuut pijn op de borst, dan ga ik niet het rookgedrag bespreken, zal ik maar zeggen.

3:7 ¶ 5 in P2a, w=+

Dus het is eigenlijk echt mensen die die hier komen met gezondheidsklachten die ik denk dat ook met leefstijl te maken heeft. Zeker de rokende mensen, mensen met duidelijk overgewicht, mensen die aangeven niet te sporten daar heb ik het eigenlijk altijd wel over in het consult maar het is ook een beetje afhankelijk waar ze mee komen.

3:8 ¶ 5 in P2a, w=-

Als er acute zorg nodig is, dan kom ik daar minder aan toe en als er vragen zijn over het welbevinden dan kom ik daar altijd wel op.

5:6 ¶ 9 in P3a, w=+

Dat je wel het hele profiel van de patiënt meeneemt, dat je niet alleen focust op de klacht maar ook wat breder kijkt. En ja dat is vooral als je iemand ook langer kent, dat je daar wel wat meer op in kan gaan of dat je al weet van hé er zijn al dingen geweest in het verleden, waar al onderzoek naar is gedaan. Zodat je in ieder geval weet welke mensen je wat moet vervolgen en proberen in ieder geval ook daar aandacht aan te besteden.

7:4 ¶ 7 in P4a, w=+

Natuurlijk kom ik tijdens mijn spreekuur voor de diabeteszorg of de CVRM ook wel kwetsbare ouderen tegen dat ik denk van hé, die hebben meer aandacht nodig, dus dan ga je daar meer mee bezig.

7:7 ¶ 9 in P4a, w=-

We kunnen het wel zonder doen. Natuurlijk stellen wel vragen die ook op de GFI staan, maar we doen het niet met lijstjes nee.

7:8 ¶ 11 in P4a, w=+

Het luisteren naar de naar de cliënt. Vragen stellen en luisteren naar de cliënt, daar kun je heel veel uithalen.

8:2 ¶ 5 in P4b, w=+

Nou, je merkt snel genoeg wanneer iemand iets wel of niet wil, dus ja, dat is een stukje inzicht, wat je moet hebben, dat is een stukje communicatie, wat je samen met de patiënt moet hebben.

10:6 ¶ 9 in P6, w=+

Dat is in ieder geval een bloeddruk, inspectie van het huis dat ze aandacht hebben voor wat een oudere moet kunnen, is er een trap, is er een lift, aandacht voor hoe ze de boodschappen doen, of ze wel of niet zelf koken, of er contactpersonen zijn. Dus dat is een heel lijstje voor wat zij afgaan en op het moment dat ze dingen tegenkomen.

10:7 ¶ 13 in P6, w=+

Dus als iemand afvalt of als het vervuild is in huis of een patiënt zelf is vervuild of iemand, ja, zij gaat daar dus ook met enige regelmaat naartoe.

10:8 ¶ 13 in P6, w=+

Nou, een termijn is vaak één keer per drie maanden, maar niet bij een hele gezonde ouderen. Maar als er toch reden is voor ja, als iemand bloeddrukmedicatie nodig heeft of iets dergelijks dan gaat ze daar één keer per drie maanden naartoe.

10:9 ¶ 13 in P6, w=+

En als iemand dan in één keer afvalt of ja, het is ook een beetje gewoon simpel nadenken van als er iets niet in de haak is of het geheugen gaat achteruit, ja, dan worden wij erbij gevraagd.

10:10 ¶ 13 in P6, w=+

Er zijn natuurlijk ook hele fitte 75 plussers en die moet je niet betuttelen dus als iemand zegt: Joh ik wil dat helemaal niet of ik red me wel, ja, dan kun je een afspraak maken van goh vind je het goed als ik je over twee jaar nog eens bel of over een jaar of wat iemand wil. Maar als iemand wat kwetsbaarder is ja dan hou je met wat meer regelmaat een vinger aan de pols.

10:24 ¶ 39 in P6, w=+

Dat we in beeld hebben wat ze zelf kunnen in het algemeen dagelijks leven.

11:2 ¶ 5 in P7, w=+

Het is vooral, denk ik, belangrijk om je patiëntenpopulatie te kennen. Dus als je daar wat zicht op hebt dan kan je eerder inschatten of dingen ook ontsporen. Of de situatie verandert waardoor dat iemand kwetsbaar wordt.

11:5 ¶ 5 in P7, w=+

Op basis van nou ja, signalen die bij ons binnenkomen. Hè dus of via het spreekuur of via de assistenten of bijvoorbeeld via de thuiszorg of via familie.

11:11 ¶ 13 in P7, w=+

Op basis van de GFI gebruiken wij dan wel. Maar ja hoe langer je het werk doet, zitten die vragen al meer vaak in je eigen anamnese. Ook dus een beetje combinatie van beiden.

11:26 ¶ 26 in P7, w=+

Ja, zeker, want je neemt natuurlijk wel alles mee, hè, en het is niet dat je alleen maar dat je kijkt naar de ziekte of naar het lichaam van de patiënt.

12:8 ¶ 9 in P8, w=+

Dat gaat natuurlijk om de oudere mensen. Hè, als dat zo is, dan is het eerst zelf even met ze praten en al heel snel ga je dan de Praktijkondersteuner ouderenzorg erheen sturen en die werkt via dat SFMPC model. Somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie.

12:56 ¶ 101 in P8, w=-

Wij werken nog redelijk ouderwets met de vast vaste huisarts. Hè, als jij natuurlijk net een praktijk hebt overgenomen, je bent ook nog niet zo goed en je hebt natuurlijk ook best wel een heel vacante praktijken hè, waar allemaal waarnemers zitten daar gaan wel mensen gaten vallen op dit gebied.

12:57 ¶ 103 in P8, w=-

Waarnemers die kennen hun populatie niet zo goed. Nee, dus daar wordt kwetsbaarheid misschien minder waargenomen dus het huisartsentekort dat gaat wel op dit vlak ook zijn invloed uit doen.

### ● **Structureel screenen**

8 Quotations:

1:31 ¶ 17 in P1, w=-

Dus maar je zou ervoor kunnen kiezen, om het elke vijf jaar of elke drie jaar. Maar ik, nou, ja, daar kun je afspraken over maken en maar het nut van structureel screenen zie ik zelf niet zo.

12:3 ¶ 5 in P8, w=-

Nou, d'r waren twee praktijken die hadden geen enkele verrassing, er was één praktijk die had drie patiënten en wijzelf hadden één patiënt en dan kom je dus tot de conclusie dat het een uitgebreide vragenlijst sturen om te en en dat komt ook uit de literatuur naar voren hoor, in de huisartsenpraktijk heeft het geen zin om zo'n screening te doen, want de huisartsen kennen hun patiënten en die weten dus al wie er kwetsbaar zijn.

12:4 ¶ 5 in P8, w=-

Dus dat, dat is zonde van de tijd en de energie, en dat heeft toen uiteindelijk ook de verzekeraar overgenomen en dat staat ook in alle handreikingen dat je niet zo hoeft te screenen.

12:5 ¶ 5 in P8, w=-

Dus wij zullen ook nooit vanaf 55 plus maar alles iedereen screeningslijst te sturen, is zonde van de tijd en het geld.

12:7 ¶ 7 in P8, w=-

Ja, en dan mis je een paar mensen die zich niet melden op het spreekuur maar ja, dat weegt op tegen de enorme hoeveelheid werk die je anders hebt van het screenen, want wat weinig oplevert.

12:25 ¶ 45 in P8, w=-

Dat heeft weinig meerwaarde hoor dat tenminste om echt kwetsbare mensen op te zoeken.

12:26 ¶ 45 in P8, w=-

Als je een lijst zou sturen, bij wijze van spreken naar alle 55 plussers om te kijken van ja, ik moet er niet aan denken. Dat je die moet verwerken dat is een boel van; beweeg je wel genoeg, eet je wel gezond, zit je sociaal dan goed en zou je er wat aan willen doen? Dat je dan zou kijken van waar kom je dan terecht?

12:53 ¶ 93 in P8, w=-

Ik zeg al voor ons in de huisartspraktijk is het niet zo zinvol en bovendien vind ik het ook een enorme tijdsinvestering om echt te gaan screenen.

### ● **Tijdsinvestering**

12 Quotations:

1:29 ¶ 17 in P1, w=-

Dit zijn natuurlijk ook het screenen van die lijsten is, is ook een taak die je doet op het moment dat je er tijd voor hebt. Zo is het gewoon.

3:9 ¶ 9 in P2a, w=-

Er ligt een beetje aan hoe hoeveel drukte op de ketel is.

3:10 ¶ 9 in P2a, w=-

Dan is het niet altijd haalbaar om alles in één consult te bespreken.

3:35 ¶ 39 in P2a, w=-

Ik denk dat dat het meest zinvol ook is om je tijd efficiënt te besteden als je gaat trekken aan iets waar ze geen zin hebben, dan ja, zonde van ons beider tijd, denk ik.



10:5 ¶ 7 in P6, w=-

Nee, door de assistenten ook door de assistente dat hebben we gedelegeerd, want we hebben daar gewoon zelf geen tijd voor.

10:20 ¶ 35 in P6, w=-

Ja, want ik denk wel dat dat ik zie het niet speciaal als een taak voor mij als huisarts. Ik vind wel dat ik er vanaf moet weten, maar ik heb, maar wij zitten nog steeds in de tien minuten.

10:21 ¶ 35 in P6, w=-

We doen nu wel aan dat project mee. Meer tijd voor de patiënt, maar wij hebben gewoon echt een hele drukke patiënt of praktijk en dit kost tijd. Dus ik pak met enige regelmaat één pootje uit het spinnenwiel maar niet alle.

11:8 ¶ 7 in P7, w=-

Maar ja, mijn agenda zit zo vaak vol dat ik daar eigenlijk nog niet eens aan toe kom.

12:5 ¶ 5 in P8, w=-

Dus wij zullen ook nooit vanaf 55 plus maar alles iedereen screeningslijst te sturen, is zonde van de tijd en het geld.

12:26 ¶ 45 in P8, w=-

Als je een lijst zou sturen, bij wijze van spreken naar alle 55 plussers om te kijken van ja, ik moet er niet aan denken. Dat je die moet verwerken dat is een boel van; beweeg je wel genoeg, eet je wel gezond, zit je sociaal dan goed en zou je er wat aan willen doen? Dat je dan zou kijken van waar kom je dan terecht?

12:53 ¶ 93 in P8, w=-

Ik zeg al voor ons in de huisartspraktijk is het niet zo zinvol en bovendien vind ik het ook een enorme tijdsinvestering om echt te gaan screenen.

12:55 ¶ 97 in P8, w=-

Er zijn ook mensen die graag door screening soms eruit kunnen komen en ik denk dat dat bij ons gewoon ja, dat geeft een te hoge werkdruk, denk ik.

### **Taakverdeling en onderlinge samenwerking**

5 Codes:

#### **• Betrokken organisaties en onderlinge samenwerking**

52 Quotations:

1:48 ¶ 31 in P1, w=+

Het gebiedsteam heeft hier heel veel activiteiten in de gemeente, maar er zijn ook landelijke campagnes voor. Nou ja, noem het maar op die 40 plus, laat je bloeddruk meten.

6:1 ¶ 5 in P3b, w=+

Op sociaal vlak, dat we het wijkteam hè, dat we daar contact mee hebben, zodat mensen daar terecht kunnen voor vragen of ja, waar ze dingen waar ze tegen aanlopen qua wonen of hulp voor als er iets met de burens is, of dat soort dingen. Hè dus meer op sociaal of ook wel gedeeltelijk psychisch gebied.

6:2 ¶ 5 in P3b, w=+

Wel heel veel mogelijkheden zijn qua bewegen, hè dus de contacten met de fysiotherapie maar ook wel loopgroepen en nou ja, mensen die toch bezig zijn om om anderen te helpen.

6:3 ¶ 5 in P3b, w=+

Probeer ik ook wel wat contact mee te houden voor de jeugd, hè dat er een jeugdwerker is, maar ook iemand die vanuit huis ook een praktijk heeft waar kinderen heen kunnen voor hulp.

6:5 ¶ 9 in P3b w=+

Als mensen zeggen van goh, hoe kom ik daar? Ja, dan probeer je een beetje mee te denken, van kunnen de kinderen helpen. En anders hebben we hier nog vrijwilligers hè die via ook het gebiedsteam gevraagd kunnen worden, of die misschien af en toe iemand kunnen brengen naar het ziekenhuis of andere, of of hier naar de praktijk bijvoorbeeld. Dus dat probeer je dan in mee te denken.

6:6 ¶ 9 in P3b, w=+

En ja, qua goed scootmobiel, dat is vaak wel dat ook via het wijkteam daar mogelijkheden zijn om om bijvoorbeeld een cursus te doen, hè, rijden of via de zorginstelling is dat ook wel eens geweest. Zo proberen mensen daar toch wat attent op te maken.

7:5 ¶ 7 in P4a, w=+

En de thuiszorg is natuurlijk ook heel belangrijk om dingen te herkennen en dan geven we die ook door van goh misschien is het toch verstandig dat er een keer wat zorg bij diegene komt.

8:5 ¶ 7 in P4b, w=+

Mocht je toch wel twijfel hebben over het cognitieve functioneren van de patiënt, nou ja, dan schakel je dus vaak een SOG specialist, ouderengeneeskunde in.

8:6 ¶ 7 in P4b, w=+

En zijn de mensen somber, dan kunnen kan de ouderen psychiater zelfs ook nog ingeschakeld worden.

8:7 ¶ 7 in P4b, w=+

Met het thuiszorg kun je gewoon heel veel overleggen en ook het sociale aspect. Als patiënten bijvoorbeeld eigenlijk geen zorg nodig hebben, biedt de thuiszorg soms nog wel de mogelijkheid om even terug, dan bellen ze 's avonds even van hoe gaat het met u?

8:8 ¶ 7 in P4b, w=+

Ik heb gewoon, dat is natuurlijk ook prachtig, hele goede contacten met iedereen.

8:9 ¶ 7 in P4b, w=+

En ook dat gebiedsteam denkt heel, heel erg mee, ook bijvoorbeeld mensen die graag naar buiten willen dan denkt het gebiedsteam mee van kunnen we daar dan ook zo'n driewieler voor aanschaffen of?

8:10 ¶ 9 in P4b, w=+

Dat gebiedsteam dus ik kan heel best bellen met iemand van de van het gebiedsteam van jeetje nou, ik zit met dit probleem.

8:11 ¶ 13 in P4b, w=+

Ja je kunt bijvoorbeeld bij het WMO kun je taxivergoeding krijgen.

8:14 ¶ 15 in P4b, w=-

Maar ik denk niet dat dat overal zo mooi geregeld is.

8:16 ¶ 15 in P4b, w=-

Je moet dat wel heel erg per omgeving moet je dat bekijken.

8:17 ¶ 15 in P4b, w=+

En ja, de sociale controle is hier gewoon veel groter het gebeurt zelfs nog wel dat er hier ook wel eens patiënten komen en die zeggen: nou, ik maak me wel wat zorgen om diegene.

8:28 ¶ 39 in P4b, w=+

De communicatie is zo laagdrempelig en ook ja ik vind dat gebiedsteam altijd en ook de specialist, ouderengeneeskunde, dus mensen hoeven niet lang te wachten. Dus ja, ik vind ik vind dat wel prima geregeld.

8:33 ¶ 47 in P4b, w=+

Welzijn op recept heb je dan ook.

9:29 ¶ 29 in P5, w=+

We hebben vorig jaar de positieve gezondheid gedaan, samen met de fysio, de diëtisten en met de huisartsenpraktijk en vanuit daar hebben we netwerklunchen georganiseerd en daar zijn steeds meer organisaties van buitenaf waar we raakvlakken mee hebben of waar we van denken van hé, daar zouden we in de toekomst wel meer mee kunnen samenwerken.

9:31 ¶ 29 in P5, w=+

En als je iets signaleert dat je zegt, bijvoorbeeld sociaal collectief, kijk eens even mee en willen jullie met de mensen verder ontdekken wat ze mogen, ja wat ze nodig hebben.

9:34 ¶ 33 in P5, w=+

Nou, ook vanuit die netwerklunch maak ik daar steeds meer gebruik van.

10:26 ¶ 47 in P6, w=-

Nee, vind ik een drama.

10:27 ¶ 49 in P6, w=-

Is zo'n wisseling van de wacht van de mensen die werken bij het wijkteam ja, dat dan denk je dat je het gevonden hebt.

10:28 ¶ 49 in P6, w=-

Dan valt het team weer uiteen, zijn het andere krachten. Heb je net een computersysteem op orde, maar dan moeten we naar een ander systeem, want dat is goedkoper.

10:29 ¶ 57 in P6, w=-

Dus eerst moet ik altijd weten welke thuiszorgorganisatie hebben ze? Hoe kan ik die makkelijk bereiken? Ja en dan bel je een nummer en dan ja, nee, ik ik ben pas één keer bij deze mevrouw, dus je hebt, het is een beetje dweilen met de kraan open.

10:48 ¶ 47 in P6, w=-

Nou ja, na een half jaar waren zij alweer vertrokken naar een ander andere werkplek, waren we onze korte lijntjes kwijt en dat is eigenlijk mijn ervaring met het wijkteam.

11:10 ¶ 11 in P7, w=+

Maar zijn wel heel actief op dit moment, met via die vroege signalering dat er veel binnenkomt we hebben ook regelmatig overleg met de thuiszorg, een aantal keer per jaar, om patiënten te bespreken.

11:37 ¶ 44 in P7, w=-

Een actief sociaal welzijnsorganisatie die wel heel veel aanbiedt maar dat is vaak voor mensen ook wel weer een drempel daarnaartoe te gaan, moeten ze er alleen naartoe.

11:39 ¶ 44 in P7, w=+

We hebben zichtpunt bijvoorbeeld, dat is welzijn op recept, dat is ook wel, hè, dan komt een geestelijke verzorger vijf keer kan vijf keer bij de mensen langskomen thuis voor gesprekken.

11:40 ¶ 44 in P7, w=+

Als mensen daar toch nou ja, ergens mee zitten, niet goed een plaatsje kunnen geven, bepaalde gevoelens, dus daar heb ik ook wel eens naar verwezen dat kan soms ook heel fijn ervaren worden.

11:42 ¶ 46 in P7, w=-

We zijn wel bezig met een welzijn op receptcoach hè vanuit het gebiedsteam om die aan te stellen zijn wel mee in gesprek, hè dat we daar wat mee kunnen. Iemand die gewoon echt zicht heeft op wat er allemaal aangeboden wordt en wat eventueel passend zou kunnen zijn bij iemand dus dat die dat stukje oppakt ik vind het zelf ook lastig.

11:43 ¶ 46 in P7, w=+

Maatjesproject vinden mensen vaak ook heel fijn, hè, dat een vrijwilliger bij ze thuis komt.

11:44 ¶ 48 in P7, w=-

Het gebiedsteam is toch wel meer huishoudelijke hulp, hè de de dagbesteding zulk soort dingen die daar geïndiceerd worden.

11:45 ¶ 52 in P7, w=+

We hebben ook één keer in acht weken hebben we een MDO samen met de huisarts, met de andere POH's van andere praktijken dat rouleert dan welke huisarts erbij zit, dan zit de thuiszorg bij, een gebiedsteam medewerker en welzijn zitten dan bij en de SOG.

12:11 ¶ 13 in P8, w=+

Meestal komt het er dan op neer dat je een heel stel disciplines in moet schakelen die allemaal bezig gaan. Meestal thuiszorg wel en als die al betrokken is, dan vragen we die er ook bij. Kun je soms ook een, als het echt nodig is een MDO doen.

12:16 ¶ 25 in P8, w=+

Het welzijn op recept geïmplementeerd dat we een mooie ja, dat we daar mooi via zorgdomein kunnen we daarheen verwijzen en daar een apart stukje daarvan, is het stukje beweging. En dan kunnen mensen naar een beweegmakelaar verwezen worden. En die gaat dan kijken wat nou ja, wat er hier in de gemeente allemaal mogelijk is en wat passend zou zijn bij die personen. Gaat misschien zelfs als dat nodig is een paar keer mee, zodat de drempel verlaagd wordt. Zodat mensen wat dat betreft weer in beweging komen.

12:17 ¶ 27 in P8, w=+

Dat welzijn op recept dat is fantastisch hoor, dat voorziet echt in de behoefte.

12:18 ¶ 29 in P8, w=+

Ook op sociaal gebied natuurlijk dat stuk eenzaamheid kan. Ze hebben een module over zingeving als; het spirituele als mensen dat willen, daar kun je op inschrijven. Volgens mij ook vrijwilligerswerk is ook een apart stuk waarnaar gekeken kan worden.

12:19 ¶ 29 in P8, w=+

De Meitinker is weggefallen dat bij ons is dat degene die de keukentafelgesprekken doet, dus het hele WMO stuk. Dat wil ik natuurlijk ook graag onder dat welzijn op recept.

12:20 ¶ 33 in P8, w=-

Het is wel dat ik als feedback heb gekregen; je verwijst wel heel veel, veel eenzaamheid, denk ook eens aan de andere dingen.

12:21 ¶ 35 in P8, w=-

Weet je beweegmakelaar daar moet ik nog een beetje inkomen, want dan heb je toch gauwer dat je naar een fysiotherapeut verwijst of ja, en de GLI is tegenwoordig natuurlijk ook dat dat steeds meer er in komt. Dus dat je die, dat verwijs kanaal neemt.

12:22 ¶ 37 in P8, w=+

Zou me niet verbazen als iemand zich bij de Meitinker aanmeldt met deze vraag dat die net zo goed naar die beweegmakelaar verwijst denk niet dat het specifiek de huisarts hoeft te zijn.

12:23 ¶ 39 in P8, w=+

Er is in ieder geval een, een weg naartoe gemaakt en de verschillende ingangen is natuurlijk niet eens zo heel relevant.

12:24 ¶ 43 in P8, w=+

Welzijn op recept, dat is een super concept. Ik vind het heel goed, heel goed.

12:44 ¶ 85 in P8, w=-

Ja, dan ga ik niet op zoek naar vrijwilligerswerk, dan ga ik doorverwijzen van nou, maar daar hebben we wel een adresje voor ga daar maar eens eventjes informeren en ook eenzaamheid verwijs ik toch ook heel vaak door. Denk ik, van ja, dat dat hè de maatjesprojecten en weet ik veel wat ja, daar zijn andere organisaties die dat die dat doen.

12:46 ¶ 85 in P8, w=-

Een kwestie van heel goed je sociale kaart door hebt, want er zijn gewoon, ja, nogmaals, als je naar maatjesprojecten enzo gaat, ja, dat daar zijn anderen voor die dat goed hebben ingericht, vind ik zonde dat ik dat ga doen, terwijl daar goed ingericht iets is daarvoor.

12:48 ¶ 87 in P8, w=+

Wat dat betreft, vind ik dat het mooi ingericht is. In de gemeente hebben we dan de Meitinker en we hebben het welzijnswerk en daar naar die twee kunnen we verwijzen en die zijn een soort poortwachters voor alles wat er sociaal allemaal is. En dat, dat vind ik wel heel prettig, want dan hoef ik niet, ja, elke organisatie te kennen.

12:49 ¶ 87 in P8, w=+

Ik kom steeds weer nieuwe namen tegen waardoor iemand zich weer laat begeleiden dat ik denk: oh, wat is er veel op dat terrein. En dat dat vind ik ook wel heel veel om dat allemaal bij te moeten houden. Dus ik vind het heel mooi dat dat er een soort poortwachterssysteem is ingericht.

12:50 ¶ 91 in P8, w=+

Het sociale stukje, de gemeente heeft, dat is eigenlijk wat de gemeente heeft ingericht, de Meitinker voor de WMO en die heeft ook de rest van de sociale kaart best wel redelijk in gedachten.

12:51 ¶ 91 in P8, w=+

En als het dus over over welzijn gaat, hè, dan hebben we dus dat welzijn op recept met al die best wel uitgebreide concepten.

12:52 ¶ 91 in P8, w=+

Die verschillende modules die er zijn, dat je gewoon daar kunt verwijzen en dan gaan zij wel weer kijken wat past daar dan weer bij? En nou, dat vind ik juist, dat is heel prettig.

● **Rol en adviezen GGD**

82 Quotations:

1:80 ¶ 65 in P1, w=+

Ja, ik denk wel ook om om de mensen bewust te laten worden wat er allemaal is en wie ze kunnen, wat er mogelijk is, maar eigenlijk misschien eerder van wie ze kunnen raadplegen, want het is vaak de onbekendheid van nou het gebiedsteam of van de casemanager dementie. Alle initiatieven die daar weer uit voortvloeien dat er wel een voorlichtende rol is voor mensen om ze bewust te maken waar ze voor wat moeten zijn, zeg maar.

1:81 ¶ 67 in P1, w=-

Ik denk toch de de de pensionado's zullen we het zo noemen, 65 plus hè, dat zijn toch de mensen die de, die andere groep neemt eigenlijk allemaal nog deel aan het werkzame leven.

1:82 ¶ 67 in P1, w=+

Maar ik denk toch dat het stukje zinvolle invulling van je leven daarna, als je stopt met werken, heel erg een rol gaat spelen en in de breedste zin van het woord hè dus ook weer die daar moet je fysieke gezondheid, sociaal goed netwerk hebben of een goed een tevreden netwerk hebben, wat mensen gewoon zelf tevreden vinden, die willen psychisch lekker in hun vel zitten. Dus dan pak je al die aspecten, ook van dat model, er weer bij.

1:86 ¶ 77 in P1, w=+

Ja, ik als ik, als ik even denk wat vooral de GGD kan, kan hebben in dit is een bewustwording bij mensen creëren dat er dat er heel veel mogelijk is op het gebied van Fysiek sociaal, psychisch en cognitie, hè, al die vier vlakken weer uit dat model, dat er dat er heel veel zorg en en en en en initiatieven zijn die mensen daarmee kunnen ondersteunen.

1:89 ¶ 81 in P1, w=-

Een informerende vorm naar een in een overkoepelende vorm van berichtgeving, dat je, als je je eenzaam voelt en je bent ouder, dat je daar, dat mensen van de GGD krijgen te horen waar ga je dan naartoe? Hè, nu wordt heel vaak gezegd: ga naar uw huisarts, maar dat vind ik te makkelijk gedacht, want ook het gebiedsteam kan daar heel veel aan doen, het mantelzorg café is er, maatjes projecten zijn er dus in die zin: hoeven mensen daar echt niet voor naar de huisarts.

3:13 ¶ 11 in P2a, w=+

Maar wat je denk ik nu aangeeft is meer de bevolkingsbrede preventie en die hoort wat mij betreft toch meer bij de GGD thuis om het haalbaar te houden in de gezondheidszorg.

4:15 ¶ 23 in P2b, w=+

Ik denk als de GGD op de op de leefstijlfactoren in zou kunnen zetten, om die makkelijk toegankelijk te maken voor iedereen, dat wil zeggen dus ook misschien in meerdere talen, folders of instructeurs zelfs of wandelgroepen voor nou ja, Afrikaanse vrouwen, voor Turkse vrouw, voor Marokkaanse vrouwen, dat ze ook gewoon een beetje vanuit een eigen beleving van gezondheid gecoacht kunnen worden en dat het betaalbaar blijft.

4:16 ¶ 23 in P2b, w= +

En alle mogelijkheden er zijn in elke gemeente dat je zowel sport, ontspanning als coachingsprogramma's om te stoppen met roken hebt, die makkelijk toegankelijk zijn, dat dat heel behulpzaam kan zijn.

4:17 ¶ 25 in P2b, w=+

Ja en dus in meerdere talen met name en dan liefst ook niet alleen maar folders maar ook gesproken internetpagina's of zo zijn. Er zijn genoeg mensen die niet kunnen lezen, die het juist zo hard nodig hebben.

4:18 ¶ 27 in P2b, w=+

Ja, ik ik, ik denk dat preventie op elke leeftijd speelt en in elke leeftijdscategorie dan misschien net andere insteken kan hebben en ook welke manier je insteekt maar als jij het over de kwetsbare ouderen hebt, dan zou je misschien inderdaad vanaf 50 kunnen kijken.

4:20 ¶ 27 in P2b, w=-

Mensen die het beter hebben getroffen in de maatschappij zijn al heel bewust van deze factoren en hebben ook al veel meer mogelijkheden om daar gebruik van te maken of om het in te zetten in hun leven. En juist als je als je minimuminkomen heb je wel andere zorgen. En dan, als je dan ook nog niet goed kan lezen of schrijven, wordt het ook niet makkelijker gemaakt om aan de informatie te komen. Dus ja, misschien dat er bij die categorie het meeste winst te behalen is.

4:21 ¶ 29 in P2b, w=+

Ja, als ze een programma ontwikkelen dat ze ook steekproefsgewijs bij een Praktijkondersteuner van een huisarts of een huisarts een navragen: is dit in lijn met wat jullie doen? Of kunnen we het op bepaalde manier beter op elkaar afstemmen, dat het op die manier eigenlijk min of meer samen ontwikkeld wordt.

4:22 ¶ 31 in P2b, w=+

Ja en misschien in het wijkteam waar we dus ook als huisartsen steeds meer in betrokken zijn, dat je tijdens zulke samenkomsten meesprekt in wat er gebeurt en wat wil je ontwikkelen en wat zijn de ideeën. Daar zal elke eerstlijnsmedewerker ook weer ideeën over hebben denk ik.

6:8 ¶ 11 in P3b, w=+

Ja ik denk dat de GGD voor een grotere groep mensen, misschien wel hier in de regio, de instelling kan zijn die hè waar mensen terecht kunnen met hun vragen wat er allemaal ook is.

6:9 ¶ 11 in P3b, w=+

Maar dat GGD misschien ook actief nog meedenkt in het vitaal ouder worden. Hè dus dat mensen wel bij de GGD terecht kunnen voor vragen en dat mensen ook weten van waar wat te vinden is.

6:11 ¶ 15 in P3b, w=+

Ja, misschien wel een klein beetje bemoeizorgachtige functie, dat ook soms achter de voordeur gekeken wordt. Hè qua eenzaamheid, dat je wat meer inzicht krijgt van de ouderen die jou toch ook het idee geven dat ze niet zoveel willen of hoeven. Maar dat je die actief toch wat helpt, misschien in samenwerking met de huisarts of met de thuiszorg want die komt natuurlijk wel vaak.

6:12 ¶ 17 in P3b, w=+

Ja, het is natuurlijk qua preventie van 55 plus die gezonder of zo gezond mogelijk leven. Dan dan is natuurlijk de GGD mogelijk wel een instantie, die bepaalde kaders kan geven van 55 plus, van nou ja, dit en dat kun je doen om zo vitaal mogelijk te blijven.

6:13 ¶ 17 in P3b, w=-

Dat daar heeft nou ja de hele gemeenschap baat bij, denk ik, en ouderen die al minder vitaal zijn en die eenzaam zijn of die veel hulp nodig hebben, dat is wel een beetje een ander soort vraag. Ik weet niet in hoeverre de GGD daar je zou kunnen helpen, dan zou je inderdaad wel zeggen: van dan is het in samenwerking met huisarts en thuiszorg.

6:14 ¶ 18 in P3b, w=-

Als het echt individuele gevallen betreft, dat dan de huisarts meer inspringt dan de GGD.

6:15 ¶ 21 in P3b, w=+

Het zou mooi zijn als de GGD ja wel, daar actief iets mee kan doen voor de hele populatie, hier voor de regio.

8:19 ¶ 17 in P4b, W=-

Vind ik heel moeilijk. Als ik aan de GGD denk, denk, ik altijd aan infectieziekten daar komt het wat op neer. Dus dat vind ik heel moeilijk.

8:20 ¶ 19 in P4b, w=-

Ja, het enige wat bij mij op dit moment opkomt als we het hebben over preventie dan denk ik aan de start de griepcampagne en doe aan thuis prikkers.

8:21 ¶ 21 in P4b, w

Nou, ja, dan zou je bijvoorbeeld wel informatie over voeding kunnen geven. Ik denk dat dan nog iets is van wat heeft een ouder iemand nodig? Wat zijn de mogelijkheden? Dat er meer kennis is over het belang van de voeding en bewegen. Ik vind ja, bewegen is belangrijk, maar ik vind voeding eigenlijk nog belangrijker hoor.

8:24 ¶ 29 in P4b, w=-

En nou ja wat je als campagne of als preventie kunt doen vind ik moeilijk, dat is moeilijk te bedenken hoor.

8:25 ¶ 33 in P4b, w=+

Ik vind ook niet dat ik iets mis.

8:26 ¶ 37 in P4b, w=-

Ik vind prima wanneer iemand 65 wordt, dat je bijvoorbeeld een folder krijgt van goh, weet je dit is er en dat is er. Maar qua preventie vind ik het gewoon heel moeilijk om te denken. We hebben hier namelijk de griepcampagne dus mensen, wij zijn hier laagdrempelig dus mensen kunnen makkelijk komen en we doen dus zelf heel veel visites. Dus dat maar nogmaals dat vind ik. Ik denk dat in een grote stad iemand daar veel meer, denk ik, behoefte heeft aan wat is er? Het is hier zo ja, kleinschalig met elkaar.

8:29 ¶ 41 in P4b, w=+

Je zou bijvoorbeeld wel een campagne valpreventie kunnen doen, want dat is wel iets wat bij oudere natuurlijk een dingetje is en wat je kunt voorkomen. En ook een stukje sarcopenie, dat is een stukje ouder worden van het lichaam, daar zou je wel meer informatie over kunnen geven, absoluut.

8:30 ¶ 41 in P4b, w=+

Of het slapen, er zijn heel veel kwetsbare ouderen die hebben problemen met het slapen dus daar zou je bijvoorbeeld nog wel een campagne over kunnen voeren van wat kunnen we doen om en wat er dan ook allemaal is aan hulpmiddelen of dat soort dingen, dat zou, daar zou de GGD zich misschien wel meer in kunnen verdiepen.

8:34 ¶ 49 in P4b, w=+

Die preventie en ook toch misschien toch iets met vitaminetekorten wat ouderen niet weten. Dus dat is toch weer een stukje voeding, dat je daar een folder van maakt of een campagne van de schijf van vijf. Wat heeft een kwetsbare ouderen dan meer nodig? Ik denk dat dat misschien niet verkeerd is.

9:25 ¶ 23 in P5, w=+



En vind ik het mooi dat het onderzocht wordt. De GGD krijgt een pot met geld, maar zit de ouderen daarop te wachten? Is er er al, ik denk bij uitstek dat de huisarts of de POH ouderen, ik denk nog meer, de POH ouderen, daar een hele positieve rol in kan spelen.

9:35 ¶ 35 in P5, w=-

Ik heb geen beeld bij wat de GGD nog toe kan voegen en ik weet niet hoe dat programma eruit ziet en of dat niet te veel overlap heeft met wat er er al is. Dus dat vind ik het lastige vraag.

9:36 ¶ 39 in P5, w=+

Nou denk ik, het stukje bewustwording van mensen wat beweging, gezonde voeding ook doet, niet alleen als je jong bent of een bepaalde chronische ziekte ebt, maar ook als je gezond leeft dat al jarenlang dat een heele positieve uitkomst heeft op je gezondheid voor later.

9:37 ¶ 39 in P5, w=+

Hè, hoe beter je nu op je lichaam past, dat die preventie, ja en dat stukje met voorlichting of of mensen daar veel meer bewust van maken, dat daar wel een stuk ligt voor de, voor de GGD.

9:38 ¶ 41 in P5, w=+

Een soort een workshops organiseren en ik denk vooral in dorpen dat dat wel heel goed zou kunnen werken of in in kleinere gebieden, door middel van workshops of of ja leuke presentaties om mensen daar veel meer bewust van te maken.

9:39 ¶ 41 in P5, w=+

Via verenigingen enzo zou je heel goed, ja, wat voorlichtingsavonden kunnen organiseren.

9:40 ¶ 43 in P5, w=-

Dus maar dan vraag ik me wel af of je daar de mensen mee bereikt die die juist niet zo betrokken zijn bij het verenigingsleven, dat is de andere kant.

9:41 ¶ 43 in P5 w=+

Ik denk in de voorlichting en preventie door door ja, echt fysieke voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren, dat daar mogelijk nog wel winst te behalen is.

9:43 ¶ 47 in P5, w=+

Maar als je dan het wat breder trekt en nog meer aan de voorkant, want dan zou zoiets denk ik wel ja.

9:44 ¶ 49 in P5, w=+

Ja, ja, maar dan echt aan de voorkant al. Ja, ja, niet niet op het moment inhaken dat er al problemen zijn, maar eigenlijk aan de voorkant al mensen veel bewuster maken van: ja, wat doet gezonde voeding? Wat doet een sociaal leven met je hè op eenzaamheid inzetten enz.

10:30 ¶ 63 in P6, w=-

En weet je dan vergelijk ik dat een beetje met de jeugdzorg. Er is wel eens gesproken over dat er een, zoals de jeugdzorg bij het consultatiebureau, dat je een soort consultatiebureau hebt voor ouderen. Maar eigenlijk denk ik zoals wij nu het hebben georganiseerd is dat niet nodig, want dat doen we zelf.

10:31 ¶ 63 in P6, w=-

Ik weet eigenlijk niet precies wat de GGD zou kunnen doen.

10:32 ¶ 65 in P6, w=+

Nou preventie en dan met name over roken. Als je al kijkt naar de supermarkt en wat er op ooghoogte ligt, ik weet niet wat voor invloed je daar op kan hebben als GGD, maar dat vind ik natuurlijk ja daar begint het. Want wij dweilen alleen maar met de kraan open en het zou heel fijn zijn als van hogerhand ja, de verleiding voor mensen wordt verkleind om slechte dingen aan te leren.

10:33 ¶ 75 in P6, w=+

Nou, ik denk aan een voorlichtingscampagne over alcohol. Nu is alles onder de achttien, maar zijn er geen campagnes over ouderen. Ouderen hebben echt geen idee hoe slecht alcohol voor hen is en ik denk dat er ook veel winst te behalen is in publieke campagnes over slaapmiddelen gebruik.

10:35 ¶ 79 in P6, w=-

Maar ik weet niet of dat een rol is van de GGD ik weet niet zo goed wat de GGD kan doen, dan campagnes dus blijkbaar?

10:36 ¶ 81 in P6, w=+

Publieke campagnes bij ouderen moeten gaan over alcohol en slaapmiddelen. Roken dat weten we echt wel, dat weten die ouderen ook echt wel.

10:37 ¶ 81 in P6, w=-

Heel veel ouderen hebben bloeddruk regulerende middelen, maar als ze koorts krijgen of als er een hittegolf is dat men dan meer kennis krijgt. Dat als je oudere weet dat als je extra vochtverlies hebt, om wat voor reden dan ook, dat er dan even kritisch naar die medicatie gekeken moet worden.

10:38 ¶ 85 in P6, w=+

Maar het moet een algemeen goed zijn dat mensen weten wat te doen bij medicatiegebruik in combinatie met diarree, koorts of een hittegolf.

10:39 ¶ 87 in P6, w=+

Hmm 55-plus haha, ja dat is toch de leeftijd dat mensen een beetje aan die met die medicatie gaan starten.

10:40 ¶ 89 in P6, w=+

Dat er wat meer algemene kennis en de bevolking daarover is.

10:41 ¶ 91 in P6, w=+

Ik denk dat die tv-spotjes goed werken.

10:42 ¶ 93 in P6, w=+

De libelle, de krant.

10:43 ¶ 95 in P6, w=+

Ik weet dat er veel mensen opiniestukken en informatiestukken lezen. Ik merk dat wel en ook het programma Radar kijken veel mensen naar, ik noem maar wat.

10:44 ¶ 95 in P6, w=+

Dus dat werkt, dat bereikt mensen.

10:46 ¶ 99 in P6, w=-

Ik denk dat dat bij de GGD thuishoort en bij de politiek en bij de gemeente.

11:46 ¶ 56 in P7, w=+

Nou, als je meer inzet op die preventie bijvoorbeeld, denk ik dat dat een mooi onderwerp is voor de GGD he. Want dat doen wij natuurlijk niet, hè niet heel veel mee, in ieder geval niet heel breed.

11:47 ¶ 56 in P7, w=+

Maar wellicht ook waar wij, ik, ons meer mee bezighoudt met de vijftenzestig- en zeventigplussers, denk ik van goh als de GGD vanaf 55 inderdaad begint hè, als je dat als doelgroep zeg maar stelt zou daar wellicht ook een stuk zijn. Maar je moet echt wel gaan voorkomen dat je elkaar niet, dat je niet dubbel dingen gaat doen.

11:48 ¶ 61 in P7, w=-

Ja, want als je het hebt over die categorie van 55 en je wil niet betuttelen ja dat best lastig.

11:49 ¶ 63 in P7, w=+

Ik denk algemene informatie, hè, educatie is denk ik wel heel belangrijk. Hè als bijvoorbeeld in de social-media, maar ook bijvoorbeeld hè de lokale kranten dat wordt toch wel gelezen, de huis-aan-huis. Misschien goed als je daarin ook meer inzet op preventie.

11:50 ¶ 63 in P7, w=+

Het bewust worden van de onderwerpen die in die cirkel staan. Hè, het herhalen van informatie werkt voor mensen vaak wel heel goed, hè helemaal als het vanuit verschillende organisaties ook gegeven/aangeboden wordt. Hè dus dat versterkt natuurlijk wel.

11:51 ¶ 65 in P7, w=+

Als je het hebt over de categorie vanaf 55 jaar en het stukje bewustwording van op welke manier, wat betekent gezond ouder worden voor mij en wat heb ik daarvoor nodig? En wat zou ik nu bijvoorbeeld ook kunnen doen om bepaalde dingen te ondervangen hè, hele simpele dingen als gewoon überhaupt nadenken, zou ik hier altijd willen blijven wonen?

11:52 ¶ 69 in P7, w=+

Ja, en alcoholgebruik natuurlijk op oudere leeftijd, wat dat bijvoorbeeld kan doen. Hè dat je, ja; verhoogd valrisico, dat soort dingen. Dat is natuurlijk wel interessant.

11:53 ¶ 71 in P7, w=-

Nou, ik denk dat het wel goed is dat je weet van elkaar wie wat doet en ik denk dat dat heel belangrijk is. Want er zijn best wel vaak projecten geweest, dan denk ik ja dat gebeurt daar ook al, dus dan gaat het dubbel.

11:56 ¶ 75 in P7, w=-

Want wij denken dat dat mensen wel moeten begrijpen wat heel normaal is, maar dat heel veel mensen echt zeggen; oh echt, dat hebben wij echt nooit geweten.

11:57 ¶ 83 in P7, w=+

Als je bijvoorbeeld iets gaat uitdragen in Friesland of in een bepaalde gemeente, denk dat het goed is om eerst wel bepaalde dingen af te stemmen met een huisartspraktijk. Anders dan krijgen wij weer vragen van ja, maar de GGD die komt met dit en klopt dat of niet? Hè, dan moet je daar natuurlijk wel achter staan, zodat je eenduidig informatie kan zenden.

12:54 ¶ 93 in P8, w=+

Je zou je voor kunnen stellen dat een GGD bijvoorbeeld wel nou ja, alle mensen tussen de 55 en de 60 bij wijze van spreken vragenlijst stuurt en dat die eens gaan kijken van komen daar mensen uit die wel wat willen en dan kunnen zij natuurlijk wel prima bij het aanbod van de gemeente weer aansluiten. Dan moeten ze niet zelf weer een aanbod ontwikkelen denk ik.

12:58 ¶ 105 in P8, w=-

Dat je kijkt van hoe dat georganiseerd is of het praktijken zijn die die voortdurend worden waargenomen. Want ja als jij een half jaar ergens zit en je gaat daarna weer naar de volgende toe en zulke praktijken zijn er.

12:59 ¶ 106 in P8, w=+

Het idee dat de GGD vanaf een bepaalde leeftijd voorlichting of informatie kan toesturen naar de patiënt goh, denk hier eens aan. En dat, dat kan bijvoorbeeld op dat stukje woning zijn. Hè dat mensen al gaan nadenken van wil ik hier blijven wonen.

12:60 ¶ 108 in P8, w=+

Dat ze tijdig ingeschreven staan en dat ze wat bewuster bezig worden.

12:61 ¶ 109 in P8, w=+

Ik denk dat je vanaf je 55 wel moet na gaan denken van hoe ga ik het in de toekomst doen, hoe lang blijf ik wonen in het huis waarin ik woon? Moet ik misschien nu al iets bij gaan bouwen of weet ik veel wat? Hé, wil ik hier blijven wonen?

12:62 ¶ 109 in P8, w=+

Dat je wel alvast gaat kijken van is mijn huis hierop aan te passen. En ja, maar maak het levensloop bestendig.

12:63 ¶ 110 in P8, w=+

Al even aan het denken worden gezet qua leefstijl bijvoorbeeld van goh kan ik op deze manier ouder worden of wil ik op deze manier ouder worden.

12:64 ¶ 111 in P8, w=+

Een soort publiekscampagnes; hoe moet ik nagaan, ik word wat ouder. Hoe moet ik na gaan denken over wat de toekomst brengt?

12:65 ¶ 113 in P8, w=+

Het gaat er ook om dat de zaadjes geplant worden en dat dat mensen gewoon ja, dat ze doorhebben dat je dat je ook dingen moet regelen.

12:66 ¶ 117 in P8, w=+

Het praten over het levenseinde en hoe dat gaat begint, vind ik in vergelijking met tien jaar geleden, gewoner te worden. Dus we beginnen wat rijper te worden denk ik om ook dat stukje in publiekscampagnes te doen dat, dat niet meer zo gek zou vallen.

12:67 ¶ 119 in P8, w=+

Nee, mensen moeten zich inderdaad bewust worden van wat van preventie, dat je dat je er heel wat aan kunt doen om een beetje gezond oud te worden. In ieder geval dat je je ziekte jaren beperkt.

12:71 ¶ 123 in P8, w=-

Ik denk echt de armoedebestrijding aanpakken. Ik weet niet wat een GGD daarin precies zou kunnen doen, maar dat is wel een heel groot probleem.

12:74 ¶ 131 in P8, w=-

Die campagne kun je prachtige doen, maar die slaat niet aan bij die groep, die zijn aan het overleven, die zijn, die zijn aan het nadenken hoe ze de rekeningen rond krijgen. Dat geeft hartstikke veel stress.

12:75 ¶ 135 in P8, w=-

Als je niks aan armoedebestrijding doet, hebben al jouw andere dingen geen effect. De voorlichting, screening enzovoort dat is vooral voor de groep die niet arm is.

12:76 ¶ 137 in P8, w=-

Die meer middelen heeft daar slaat dat op aan, daar is dat opgericht. Maar de groep met de armoede, die heeft geen ruimte om dit, die daar moet eerst de basisdingen ook in orde hebben.

12:77 ¶ 143 in P8, w=-

Als je de arme groep wat meer kunt geven, dan komt er voor hun ook ruimte om aan preventie te doen. Dat is wel de grote groep, waar de, waar we de kosten van hebben.

12:78 ¶ 143 in P8, w=-

Zien waar de gezondheidskosten zitten, in welke groep. Nou dat zijn de arme senioren, wat gaat over een hele grote groep kwaliteitskosten dus als je echt wat wil doen...

12:79 ¶ 147 in P8, w=-

In zover heb ik er nog niet over nagedacht. Hoe kun je ervoor zorgen dat mensen welvarender worden? Dus de schuldsanering moet je natuurlijk daar, dat is een hele belangrijke, maar als je structureel te weinig geld krijgt, hoe moet je dat doen?

#### ● **Rol publieke organisatie**

7 Quotations:

1:49 ¶ 31 in P1, w=-

Daar zijn wij voor, maar niet om die die initiatieven te ontwikkelen. Nee, dat dat vind ik toch iets meer van de publieke organisaties, zeg maar.

4:14 ¶ 21 in P2b, w=-

En Thuisarts is voor mij wel een heel helpend gremium om naar te verwijzen. Maar dan ga je er dus ook altijd wel weer vanuit dat ze internet hebben en misschien hebben ze ook niet altijd geld voor wifi of internet kosten. Dus dat ja, dan hoop ik dat het dat de gemeente ook een sociaal programma heeft om het op te pakken.

10:34 ¶ 77 in P6, w=+

Wij praten als brugman om die mensen ervan af te krijgen. En ja, dat wordt natuurlijk enorm gebagatelliseerd maar het is. Het zou heel leuk zijn als er een keer in Radar een campagne komt over slaapmiddelen en wat dat voor nadelige effecten zou hebben, want dan krijg je vanuit de maatschappij input.

10:46 ¶ 99 in P6, w=-

Ik denk dat dat bij de GGD thuishoort en bij de politiek en bij de gemeente.

11:54 ¶ 71 in P7, w=+

Als er een bepaald budget voor is, is het denk ik goed om, dat de GGD iets doet wat wij nog niet doen en wat het sociaal werk ook niet doet, dus dat het echt een meerwaarde heeft in de samenleving. Ja hè, dus het afstemmen daarvan is denk ik wel heel belangrijk. Het is ook fijn, hè dat je van elkaar weet wie wat doet.

12:40 ¶ 79 in P8, w=+

In Friesland zijn de mantelzorgers gemiddeld ver weg wonend. En dat nou, dat, dat heeft natuurlijk wel zijn invloed en ik denk dat best goed is om daarnaar te kijken van hoe kun je dat als maatschappij wat opvangen.

12:42 ¶ 79 in P8, w=-

Je kunt aan de grote maatschappij gaan werken, maar dan heeft die persoon concreet natuurlijk even niks aan.

● **Taken huisarts**

17 Quotations:

3:12 ¶ 11 in P2a, w=-

Ik vind het niet speciaal huisartsenzorg om dit preventief voor het grote geheel te doen, echt individueel wel met name als er inderdaad gezondheidsgerelateerde klachten zijn.

3:14 ¶ 11 in P2a, w=-

Dus om nou briefings te gaan doen en patiënten of bij de grieprik iets oproepen dat soort zaken, dat dat doe ik in dit in dit kader nog niet. Dan weet ik ook dat ik veel meer werk op mijn hals haal en dat is gewoon niet haalbaar. Er moet eerst wat af en dan kan ik het weer bij doen.

3:42 ¶ 45 in P2a, w=+

Afhankelijk van waar het over gaat inderdaad van goh heb je, heb je mensen waar je op terug kan vallen en met wie ook dit gesprek kunt hebben. En wat brengt het jou? Wat heb ik voor meerwaarde? Dat een beetje, maar dat is dus ook weer afhankelijk van waar het over gaat. Maar sommige mensen moeten daar wel echt in gecoacht worden.

5:25 ¶ 33 in P3a, w=+

Ja ik denk het wel omdat we natuurlijk de mensen toch wat beter kennen en langer kennen en dat dat wel voor de meeste mensen positief werkt, omdat dan het vertrouwen ook wat groter wordt in wat ik zeg.

9:2 ¶ 5 in P5, w=+

Dat zal in een kleinere praktijk wat makkelijker gaan als in een grote praktijk. Maar ik denk als jij het gevoel hebt als huisarts en POH van hé, nou, dat je daar best wel goed op in kan springen. Je moet er wel voor waken dat het geen bemoeizorg wordt.

9:3 ¶ 5 in P5, w=+

Maar je zou wel mensen kunnen benaderen, wat actiever kunnen benaderen en in een gesprek kunnen gaan over hun gezondheid en dat ook blijven herhalen. Stel na verloop van tijd speelt er niks, dat je zegt van nou over vijf jaar gaan we weer eens even kijken of als er aanwijzingen zijn op het spreekuur dat de huisarts de POH erbij betreft. Ik denk dat dat juist bij de huisarts wel, ja, heel goed kan werken.

10:2 ¶ 5 in P6, w=+

Die benaderen we actief. Dat doen we niet zelf, maar dat laten we onze assistenten doen. We hebben geen POH die ouderenzorg doet, maar dat laten we door de assistente doen.

10:5 ¶ 7 in P6, w=-

Nee, door de assistenten ook door de assistente dat hebben we gedelegeerd, want we hebben daar gewoon zelf geen tijd voor.

10:12 ¶ 15 in P6, w=+

Nee, het is een samenwerking met de assistenten alles wat we kunnen delegeren proberen we te delegeren en we hebben natuurlijk ook Praktijkondersteuners, maar hun aandachtsgebied is astma, COPD, diabetes, hoge bloeddruk, CVRM en niet iedereen valt daarin.

10:17 ¶ 25 in P6, w=-

Dus ons doel is iemand in beeld hebben en je kan natuurlijk adviezen geven en zorgen dat iemand goed eet en goed beweegt en niet rookt en maar we hebben geen programma's met wandelen met ouderen of clubjes of avonden. Dat is wel eens geadviseerd dat we dat ook allemaal zouden moeten doen. Nee, dat gaat me echt te ver als huisarts.

10:20 ¶ 35 in P6, w=-

Ja, want ik denk wel dat dat ik zie het niet speciaal als een taak voor mij als huisarts. Ik vind wel dat ik er vanaf moet weten, maar ik heb, maar wij zitten nog steeds in de tien minuten.

10:45 ¶ 97 in P6, w=-

Ik moet wel zeggen ik denk je moet niet al die preventiedingen bij de huisarts leggen, want wij zijn toch in die zin medisch opgeleid. Er is een probleem en je zoekt een oplossing en we zijn inmiddels heel erg in preventie terechtgekomen maar dat moet niet de primaire taak zijn van huisarts is mijn persoonlijke mening.

11:17 ¶ 19 in P7, w=+

De huisartsen komen daar natuurlijk ook heel veel mee in aanraking. Dus echt hele strikte lijnen zijn er niet. Maar op het moment dat een huisarts iets signaleert en het meerwaarde vindt dat ik me daarmee bemoei krijg ik tegenwoordig wel hè verzoeken om de kwetsbare oudere zorg op te starten. Ik ben in principe een beetje het centrale punt daar wel in.

12:41 ¶ 79 in P8, w=+

Dus je moet er wel naar kijken van wat kunnen wij als ook doen voor deze desbetreffende persoon om het makkelijker te maken?

12:44 ¶ 85 in P8, w=-

Ja, dan ga ik niet op zoek naar vrijwilligerswerk dan ga ik doorverwijzen van nou, maar daar hebben we wel een adresje voor ga daar maar eens eventjes informeren en ook eenzaamheid verwijs ik toch ook heel vaak door. Denk ik, van ja, dat dat hè de maatjesprojecten en weet ik veel wat ja, daar zijn andere organisaties die dat die dat doen.

12:45 ¶ 85 in P8, w=-

Ik beperk me meestal wel tot het inventariseren en kijken van waar ligt de vraag, waar, wat wil je precies? En dan is het kijken van kunnen wij daar binnen de huisartsenpraktijk wat mee of kan een andere organisatie daar beter wat mee?

12:46 ¶ 85 in P8, w=-

Een kwestie van heel goed je sociale kaart door hebben, want er zijn gewoon, ja, nogmaals, als je naar maatjesprojecten enzo gaat, ja, daar zijn andere voor die dat goed hebben ingericht. Vind ik zonde dat ik dat ga doen, terwijl daar goed ingericht iets is daarvoor.

#### ● **Taken POH**

43 Quotations:

1:44 ¶ 29 in P1, w=+

Ik beteken daar in die zin wat in voor de mensen in die leeftijdscategorie die in de ketenzorg vallen. Dus dat zijn al mensen met chronische aandoeningen ja, die probeer je natuurlijk zodanig te behandelen. Maar ook in gesprek hoor dus ook niet alleen het lichamelijk aspect qua gezondheid, maar ook het mentale aspect.

1:47 ¶ 31 in P1, w=+

Wij zijn natuurlijk wel een huisartsenpraktijk en wij zijn er voor de mensen met chronische zorg. Wij als Praktijkondersteuner in elk geval en qua ouderenzorg, zijn wij er voor de ouderen. Ik, ik denk dat voor de groep preventie 55-75 toch andere instanties zijn die die mensen kunnen benaderen.

1:55 ¶ 32 in P1, w=-

Voor de groep die kwetsbaar is, hè, daarvoor zijn jullie en voor de mensen die comorbidity heeft of die in de ketenzorg zitten, dat valt uiteraard onder jullie stukje, onder jullie zorg. Maar de groep

die daarbuiten valt en wellicht dus dan een groep die ook wat jonger is, dat is meer inderdaad voor een andere instanties zoals het gebiedsteam en dergelijke.

1:69 ¶ 53 in P1, w=+

Dus dan is het gewoon fijn dat je ook over andere dingen kunt praten, dat je dat ook. Het is bij ons niet alleen maar een bloeddrukje meten, een suiker prikken en de uitslag geven en dan kunnen ze weer gaan. Gelukkig niet! Gelukkig kunnen we het heel breed trekken.

1:73 ¶ 59 in P1, w=+

Nou niet specifiek een vervolgspraak daarover, maar vaak bedenk ik wel van: kan ik hier iets mee? Moet ik hier iets mee? Misschien is dat de eerste vraag nog wel die jullie zelf af moet stellen of af moet vragen van: moet ik hier iets mee? Kan ik hier iets mee? Hè? Soms verwijst je door naar het gebiedsteam, dat mensen daar contact mee opnemen. Dus je hebt je netwerk wel om te kijken van kan ik iemand doorsturen om met dit probleem iets te kunnen doen?

1:90 ¶ 87 in P1, w=+

Wij hebben echt een signalerende rol, denk ik, op het moment dat je in gesprek bent. Wij hebben natuurlijk het voordeel dat die mensen hier gewoon komen, hè, dus als er iets is, komen ze dus. Die hebben we en daar kun je het gesprek mee aangaan. En op dat moment kunnen wij sturen, maar wij gaan niet proactief dergelijke gesprekken voeren. Daar zijn we niet voor vind ik.

3:21 ¶ 19 in P2a, w=-

Voor het stoppen met roken bijvoorbeeld, heb ik inmiddels geleerd dat ik dan laagdrempeliger nog naar de Praktijkondersteuner mag verwijzen. Dat ik deed ik anders zelf ook nog wel, maar dat pakken ze hier graag op omdat de medicatie dan vergoed wordt.

3:22 ¶ 19 in P2a, w=+

Maar bij diabetische patiënten bijvoorbeeld, dan ga ik er ook een beetje vanuit dat de Praktijkondersteuner ook die leefstijl daarmee pakt en dat dat ook daar nog besproken wordt. Dus daar verwijst ik ook nog wel eens naar met de patiënten van: goh, heb je de voedingsfactoren bij die diabetes al besproken of heb je daar nog vraagtekens bij?

5:11 ¶ 15 in P3a, w=+

Nou in de zin van de CVRM hè, dat is wel dat daar een bepaald protocol voor is. Mensen gaan bloedprikken en bloeddruk meten gewicht, lengte BMI bepalen en dan een risicoconsult bij de Praktijkondersteuner.

5:12 ¶ 15 in P3a, w=+

Of mensen met overgewicht worden wel door de Praktijkondersteuner gezien en hebben een aantal onderzoeken waarbij je gericht kan kijken, hè wat voor factoren meespelen.

5:13 ¶ 15 in P3a, w=+

Mensen die willen stoppen met roken, hè, die krijgen ook een soort standaard consult aangeboden en dan kan de Praktijkondersteuner kijken wat ze daarmee kan.

5:15 ¶ 17 in P3a, w=+

Ja juist heel heel erg, hè, dus dat is wel tenminste waar we hier in de praktijk op inzetten is wel dat mensen dan via de Praktijkondersteuner regelmatig controles krijgen als het nodig is, maar dat ze ook een preventie consult kunnen hebben.

5:16 ¶ 17 in P3a, w=+



Dus dat ze dan ook kijken van wat zijn mij risicofactoren waar kan ik wat aan doen? En als het nodig is, dat ze dan één keer in het halfjaar jaar komen en anders is het ook wel eens zo dat je er dan op uitkomt van dat ze weten wat er wat voor risico's ze hebben en dat ze daar weer mee verder kunnen.

5:17 ¶ 19 in P3a, w=+

Hè voor ouderen die al lang controles hebben dat ze ook weten: wat zijn de omstandigheden van de mensen? Wat voor familie, wat voor ja dingen er spelen of misschien psychische klachten. Dus dat is wel heel prettig voor mensen als ze de Praktijkondersteuner langer kennen en nieuwe mensen kunnen dan ook via de Praktijkondersteuner die wat langer tijd heeft worden vervolgd zodat ze ook de dingen die belangrijk zijn eruit halen.

6:14 ¶ 18 in P3b, w=+

Dat als echt individuele gevallen betreft, dat dan de huisarts meer inspringt dan de GGD.

8:27 ¶ 37 in P4b, w=+

We hebben hier de griepcampagne dus mensen, wij zijn, wij zijn hier laagdrempelig dus mensen komen, kunnen makkelijk komen en we doen dus zelf heel veel visites.

9:1 ¶ 5 in P5, w=+

Okee nou ik denk dat wij een hele grote rol hebben, omdat je alle 55 plussers meteen al inzichtelijk kunt maken door een uitrol daarvan te maken. Van welke 55 plussers hebben we in de praktijk? Welke mensen hebben we goed in zicht?

9:2 ¶ 5 in P5, w=+

Dat zal in een kleinere praktijk wat makkelijker gaan als in een grote praktijk. Maar ik denk als jij het gevoel hebt als huisarts en POH van hé, nou, dat je daar best wel goed op in kan kan springen. Je moet er wel voor waken dat het geen bemoeizorg wordt.

9:3 ¶ 5 in P5, w=+

Maar je zou wel mensen kunnen benaderen, wat actiever kunnen benaderen en in een gesprek kunnen gaan over hun gezondheid en dat ook blijven herhalen. Stel na verloop van tijd speelt er niks, dat je zegt van nou over vijf jaar gaan we weer eens even kijken of als er aanwijzingen zijn op het spreekuur dat de huisarts de POH erbij betreft. Ik denk dat dat juist bij de huisarts wel, ja, heel goed kan werken.

9:10 ¶ 11 in P5, w=+

Ja, van hé, wat speelt er en wat kunnen we daar in betekenen. Maar ook dat is een stap. Het is vaak zo dat mensen naar de huisartsenpraktijk gaan en zoiets hebben van goh, ik moet een klacht hebben om op het spreekuur van de huisarts te komen. En wat ik het voordeel van de POH vind, is dat je eigenlijk al laagdrempelig met elkaar in gesprek komt.

9:11 ¶ 11 in P5, w=+

Wordt het voor mensen wat makkelijker om vrijblijvend of de de stap te zetten naar de huisarts toe of naar de POH, dus daar zie ik echt wel die tussenstap tussen de huisarts en de patiënt. Daarin is de POH een hele mooie schakel.

9:12 ¶ 11 in P5, w=+

Dat het voor mensen toch vooral als ze je gezicht kennen. Als je in gesprek bent geweest en als er dingen spelen, dat ze je toch sneller aan de mouw trekken.

9:13 ¶ 13 in P5, w=+

Een tussenpersoon.

9:18 ¶ 15 in P5, w=+

Soms heb je zelf wel het gevoel van goh we zouden toch wel wat meer kunnen inzetten op het sociale stuk. Soms hebben mensen echt zoiets van nou ja, dat zie ik maar niet zitten, dat wil ik niet en dan is dat soms ook accepteren. Maar dan is het ons stuk om daarin de juiste voorlichting te geven, hè wat het mensen kan opleveren.

9:22 ¶ 21 in P5, w=+

En soms kom je ook tot de conclusie dat je op dat moment even niet iets kan. En is het meer het vinger aan de pols contact, wat je houdt door daar toch regelmatig naar binnen te stappen. Als mensen dat ook goed vinden, maar negen van de tien keer merk ik dat mensen dat gewoon wel heel prettig vinden.

9:26 ¶ 25 in P5, w=+

Goed in kaart te hebben wie je in je praktijk hebt en en ja daarop inspelen en op het moment dat we daar dingen signaleren dan andere organisaties gaan inzetten om dat welbevinden te verbeteren.

9:30 ¶ 29 in P5, w=+

Nou krijg ik steeds beter beeld van wat er in de ja in de omgeving te doen is op verschillende gebieden en ik ben wel van mening dat ik dat als POH niet allemaal zelf hoeft op te pakken, maar dat ik wel weet welke lijntjes ik uit kan zetten.

9:33 ¶ 31 in P5

dat beter in kaart nog brengen van wat voor mogelijkheden er zijn op de verschillende gebieden. Nou, dat, daar kan ik nog wel een een, een, een verbeteringslag in maken dus, maar daar daar zijn we wel mee bezig.

9:34 ¶ 33 in P5, w=+

Nou ook vanuit die netwerkluunch maak ik daar steeds meer gebruik van.

10:2 ¶ 5 in P6, w=+

Die benaderen we actief. Dat doen we niet zelf, maar dat laten we onze assistenten doen. We hebben geen POH die ouderenzorg doet, maar dat laten we door de assistente doen.

10:12 ¶ 15 in P6, w=+

Nee, het is een samenwerking met de assistenten alles wat we kunnen delegeren proberen we te delegeren en we hebben natuurlijk ook Praktijkondersteuners, maar hun aandachtsgebied is astma, COPD, diabetes, hoge bloeddruk, CVRM en niet iedereen valt daarin.

10:14 ¶ 21 in P6, w=+

Eén keer per jaar moet de Praktijkondersteuner iemand zien, maar die andere drie keer kan de assistenten prima doen. Dus we delegeren ook wel veel.

10:22 ¶ 35 in P6, w=+

De Praktijkondersteuners doen hier veel meer mee, die hebben meer tijd voor de patiënt. Dus dan is het een heel mooi concept.

11:16 ¶ 19 in P7, w=+

Eigenlijk het grootste gedeelte van de dag ben ik er wel voor ouderenzorg.

11:17 ¶ 19 in P7, w=+

De huisartsen komen daar natuurlijk ook heel veel mee in aanraking. Dus echt hele strikte lijnen zijn er niet. Maar op het moment dat een huisarts iets signaleert en het meerwaarde vindt dat ik me daarbij bemoei krijg ik tegenwoordig wel hè verzoeken om de kwetsbare ouderenzorg op te starten. Ik ben in principe een beetje het centrale punt daar wel in.

11:33 ¶ 38 in P7, w=+

Hè, dat mensen in het begin eigenlijk er niet over praten en ik denk dat dat wel erg belangrijk is en ook het mooie is van mijn werk dat je die ruimte krijgt om soms bij iemand langs te gaan waar gewoon geen vraag is, geen hulpvraag direct, maar wel het fijn ervaren wordt dat er even om hun gedacht wordt. Want de huisarts komt natuurlijk niet standaard meer, dat wordt wel heel erg gemist.

11:55 ¶ 75 in P7, w=+

We hebben hier natuurlijk een aantal programma's voor mensen die twee, drie, vier keer per jaar bij ons komen hè als POH verpleegkundige, waarbij we echt tijd hebben om dingen te bespreken. Dat je mensen daar wel bewust van probeert te maken.

12:8 ¶ 9 in P8, w=+

Dat gaat natuurlijk om de oudere mensen. Hè, als dat zo is, dan is het eerst zelf even met ze praten en al heel snel ga je dan de Praktijkondersteuner ouderenzorg erheen sturen en die werkt via dat sfmpc model. Somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie.

12:9 ¶ 11 in P8, w=+

Die brengt op die manier de boel in kaart en dan gaan we met elkaar kijken welke stappen allemaal genomen moeten worden.

12:10 ¶ 13 in P8, w=+

De POH brengt het in kaart en dan kan het zijn dat we soms een specialist ouderengeneeskunde erbij vragen, of of iemand anders.

12:15 ¶ 23 in P8, w=+

Dat ligt denk ik ook heel veel bij de Praktijkondersteuners want alle mensen met suikerziekte en CVRM nou, dat zijn er heel wat hoor en astma, COPD die komen allemaal bij de Praktijkondersteuner en daar gaat het natuurlijk altijd over voeding en beweging. Al die mensen, het merendeel, heeft nog helemaal geen klachten, maar die die worden daar allemaal op aangesproken en aangemoedigd om daarmee aan de gang te gaan.

12:41 ¶ 79 in P8, w=+

Dus je moet er wel naar kijken van wat kunnen wij ook doen voor deze desbetreffende persoon, om het makkelijker te maken?

12:49 ¶ 87 in P8, w=+

Ik kom steeds weer nieuwe namen tegen waardoor iemand zich weer laat begeleiden dat ik denk: oh, wat is er veel op dat terrein. En dat dat vind ik ook wel heel veel om dat allemaal bij te moeten houden. Dus ik vind het heel mooi dat dat er een soort poortwachtersysteem is ingericht.

## **Vitaliteits- en kwetsbaarheidsfactoren in het dagelijks leven**

2 Codes:

### **● *Beïnvloedende factoren van kwetsbaarheid en vitaliteit***

26 Quotations:

1:67 ¶ 51 in P1, w=+

Natuurlijk, hè, dus als ik zie dat het sociale heel, heel moeizaam gaat, dat je daar meer je aandacht even op richt bij patiënten en dat fysieke even aan de kant zet, hè dat die bloeddruk even niet zo belangrijk is, maar dat je even meer gaat over hoe iemand zich voelt en hoe de situatie momenteel is.

1:68 ¶ 51 in P1, w=+

En nou, je hebt voor psychisch en cognitie geldt hetzelfde eigenlijk; op het moment dat je aanvoelt of ziet of hoort of bemerkt dat daar iets mee is, dan geef je dat extra aandacht.

1:70 ¶ 57 in P1, w=-

Relaties met elkaar, hè, dus hoe, wat je samenhoudt dan merk ik best wel dat er mensen nog wel eens problemen met elkaar of met zichzelf krijgen. Zo van, nou, ben ik zo oud, zijn we samen zo oud?

1:71 ¶ 57 in P1, w=-

En dit is wat het nu is en daar is nog wel eens, nou, hoe moet ik dat zeggen, teleurstelling over in het leven. Hè en een zinnig, in het zinnig invullen van je leven.

1:72 ¶ 57 in P1, w=-

Voorbeeld van hier is dat dat die aanleunwoningen bij \*\*\* losgekoppeld zijn van \*\*\*, waardoor die mensen nu ineens niet meer mogen deelnemen aan de sociale activiteiten in \*\*\*. Nou, dat, dat hoor ik van iedereen die daar woont, die vindt dat verschrikkelijk, ja, die die, die worden ineens ontkoppeld van sociale activiteiten terwijl ze om die reden daar eigenlijk zijn gaan wonen en die voelen zich heel erg in de steek gelaten.

4:5 ¶ 9 in P2b, w=+

Jaa en goed slapen en ontspannen ook. Ik ben ook nog erg van het bijvoorbeeld yoga, mediteren, mindfulness.

4:6 ¶ 9 in P2b, w=+

Dat mensen ook, dat vergeten we in deze maatschappij, om te leren ontspannen, omdat alles maar snel moeten en er veel afleiding is en daar wil ik ook nog wel eens wat vaker op terug komen of of dat nou ook lukt en dat is voor sommigen ook waardevol denk ik.

4:7 ¶ 11 in P2b, w=+

Ja, ik denk dat je door de ontspanning je ook een betere nachtrust hebt uiteindelijk en beter kan overzien wat belangrijk is voor jou. Het zet aan tot reflecteren op hoe je je leven leidt. Ik denk dat het behulpzaam is, ja maar of dat zo is, dat zal vast nog niet onderzocht zijn.

4:8 ¶ 11 in P2b, w=+

Behalve dat ontspanning ook wel echt een pijler in levensstijl is. Dus er zal dan ook wel weer onderzoek naar zijn gedaan.

4:9 ¶ 13 in P2b, w=+

Dus als je het idee krijgt dat mensen altijd overal mee bezig zijn en altijd aan staan is dat wel een belangrijk stukje om op terug te komen en dan denk ik ook echt dat het van waarde is dat je dat je daar vitaler mee wordt.

4:10 ¶ 15 in P2b, w=+

Ja een lichaam die meer in balans is, is denk ik een vitaler lijf.

8:3 ¶ 5 in P4b, w=-

Er zijn ook best veel patiënten die willen niet nadenken erover en die, wat ik ook zei, die vinden het niet fijn om oud te worden, omdat iedereen om hun heen wegvalt. Dus dan is de kans dat ze somber worden groot, nou dan hoeft je niet over positieve gezondheid te beginnen.

11:34 ¶ 42 in P7, w=-

De eenzaamheid, ja, dat komt ook wel vaak naar voren. Mensen vinden dat vaak een rot woord. Dat is een beetje gekoppeld aan het zielig, het zielig zijn, terwijl mensen niet zielig gevonden willen worden.

11:35 ¶ 42 in P7, w=-

Eenzaamheid komt veel voor door het wegvallen van een partner, maar ook doordat de contacten met mensen om hun heen helemaal wegvallen of veranderen omdat bijvoorbeeld een vriendin dementie heeft. Hè dat er niet meer een gesprek, niet echt meer een inhoudelijk gesprek mee gevoerd kan worden.

11:36 ¶ 42 in P7, w=-

Soms willen mensen daar ook niks mee. Hè, accepteren ze dat bepaalde dingen. Ja kan je ook niet opvullen hè, het verlies van een partner of een vriend of vriendin kan je vaak op die leeftijd niet meer opvullen met andere contacten.

12:32 ¶ 55 in P8, w=+

Natuurlijk moet je gezond eten, je moet goed bewegen, zorgen dat je voldoende rust krijgt, je sociale netwerk goed onderhouden. Je weet dat dat mensen zich daar het beste bij voelen, dus dat dat is waar je sowieso zeg maar als preventie op in kunt spelen.

12:37 ¶ 75 in P8, w=-

Want het is ook een maatschappelijk probleem dat dat het veel individualistischer is geworden.

12:38 ¶ 77 in P8, w=-

Het is nu wel voorgekomen dat dat dat een oud iemand de vuilnisbak niet meer bij de weg kon zeggen en dat de Meitinker naar de de burens moest gaan om te vragen of die het wilde doen.

12:39 ¶ 79 in P8, w=-

Kinderen wonen ver weg, zeker in Friesland zijn de mantelzorgers gemiddeld ver weg wonend. En dat nou, dat, dat heeft natuurlijk wel zijn invloed.

12:56 ¶ 101 in P8, w=-

Wij werken nog redelijk ouderwets met de vast vaste huisarts. Hè, als jij natuurlijk net een praktijk hebt overgenomen; je bent ook nog niet zo goed en je hebt natuurlijk ook best wel een heel vacante praktijken waar allemaal waarnemers zitten. Daar gaan wel mensen gaten vallen op dit gebied.

12:57 ¶ 103 in P8, w=-

Die kennen hun populatie niet zo goed. Nee, dus daar wordt kwetsbaarheid misschien minder waargenomen dus het huisartsentekort dat gaat wel op dit vlak ook zijn invloed uit doen.

12:69 ¶ 121 in P8, w=-

Je ziet gewoon de slechtste gezondheid zit in de in de armste groepen.

12:70 ¶ 122 in P8, w=-

Ze hebben minder middelen om de levens daarop te optimaliseren of qua voeding het juiste te kiezen.

12:72 ¶ 125 in P8, w=-

Dat is een grote factoren in ongezond zijn hoor. Als je zorgt dat de welvaart aan die onderkant ook omhoog gaat, gaat de gezondheid ook omhoog.

12:73 ¶ 129 in P8, w=-

Dan hebben ook mensen meer psychische ruimte om over dat soort dingen na te denken. Dat nu zijn ze vooral aan het overleven en dat naar de toekomst kijken, daar is gewoon geen ruimte voor.

12:77 ¶ 143 in P8, w=+

Als je de arme groep wat wat meer kunt geven, dan komt er voor hun ook ruimte om aan preventie te doen. Dat is wel de grote groep, waar de, waar we de kosten van hebben.

● **Beschikbare activiteiten**

24 Quotations:

1:74 ¶ 61 in P1, w=-

Nou er is verschrikkelijk veel te doen, hè, maar de mensen weten vaak niet wat er is te doen en hoe ze daar dan aan deel moeten nemen.

1:75 ¶ 61 in P1, w=-

Wij hebben één keer in de zes weken geloof ik nu het netwerk ouderenzorg Leeuwarden dat hebben we al jaren. Daar zit het gebiedsteam in, daar zit de casemanager dementie in en daar zit de thuiszorg in, daar zitten wij in en eigenlijk elke zorgpartner die maar wenselijk is en dan hoor je zoveel initiatieven. En het is heel leuk dat ze dat met ons delen, maar dat moet eigenlijk bij de patiënten komen.

1:76 ¶ 61 in P1, w=+

Hè, die moeten weten wat is er mogelijk qua activiteit, want er is verschrikkelijk veel mogelijk.

1:77 ¶ 61 in P1, w=+

Er zijn heel veel activiteiten. Ik heb hier een lijst hangen met activiteiten, dat is vijf pagina's waar mensen aan kunnen deelnemen. Dus volgens mij, als je die goed, dan kun je elke dag weg en heb je wat te doen.

1:78 ¶ 61 in P1, w=-

Maar het bereikt dus op één of andere manier de mensen zelf niet en dat is zo jammer.

1:79 ¶ 62 in P1, w=+

Dat is eigenlijk het stukje communicatie, daar valt nog wel een hele slag te halen.

1:83 ¶ 69 in P1, w=-

Als ik soms eens opnoem wat er mogelijk is, dan zie je mensen soms verbaasd kijken. Van oh is dat er ook en dat verbaast mij steeds weer dat mensen daar niet van op de hoogte zijn. Terwijl we genoeg communicatieplatformen hebben. We hebben een weekblad, we hebben website, we hebben folders nou, noem het maar op.

1:84 ¶ 71 in P1, w=-

Dan moet je echt bewust naar de website van Amaryllis en dat moet je dan al net weten. En we hebben het nog steeds ook over een groep mensen die natuurlijk digitaal minder vaardig is.

1:87 ¶ 79 in P1, w=-

Er is echt verschrikkelijk veel ondersteuning mogelijk, maar ik denk dat er van heel veel nog geen gebruik wordt gemaakt.

1:88 ¶ 81 in P1, w=+

Als mensen dat bericht krijgen van; hé dit is mogelijk om daar hulp bij te krijgen. Zo'n boodschap komt ook echt wel aan.

4:11 ¶ 19 in P2b, w=-

Nou ja, vooral als mensen het niet kunnen betalen, dat vind ik altijd wel heel lastig. Als ze niet naar de sportschool kunnen, omdat ze het abonnement niet kunnen betalen. Of ongezonde voeding eten, omdat het toch goedkoper blijkt. Ja dan zit ik wel een beetje, dat vind ik lastige aspecten.

4:13 ¶ 21 in P2b, w=

Thuisarts is voor mij wel een heel helpend gremium om naar te verwijzen. Maar dan ga je er dus ook altijd wel weer vanuit dat ze internet hebben en misschien hebben ze ook niet altijd geld voor wifi of internet kosten.

6:10 ¶ 13 in P3b, w=-

Of ze kunnen het wel vinden, maar dan durven ze het niet op te pakken.

6:16 ¶ 5 in P3b, w=+

Ja bijvoorbeeld een oud sporter die sport met volwassenen geeft, hè in de buitenlucht. Nou ja, dat soort initiatieven probeer je wel een beetje mee te nemen en mensen op te wijzen.

8:12 ¶ 13 in P4b, w=+

Je hebt dan dus Saar, Saar aan huis. Dat is zeg maar een dagbesteding voor mensen thuis, dan hoeven ze de deur niet uit. Dus dat, ja, er zijn heel veel mogelijkheden wel hoor.

8:13 ¶ 13 in P4b, w=-

Door die Corona is er heel veel wat niet meer kan, dus dat moet allemaal dan weer opgebouwd worden.

9:28 ¶ 27 in P5, w=+

Als iemand vaak valt, dat je denkt van hé, laat de fysio even meekijken hè. Kunnen we waarmaken dat iemand weer zijn spieren wat sterker maakt of als dat helemaal niet nodig is, mensen motiveren om deel te gaan nemen aan bepaalde activiteiten die ja bij ons dan in het dorp ja worden aangeboden.

9:30 ¶ 29 in P5, w=+

Nou krijg ik steeds beter beeld van wat er in de ja in de omgeving te doen is op verschillende gebieden en ik ben wel van mening dat ik dat als POH niet allemaal zelf hoeft op te pakken, maar dat ik wel weet welke lijntjes ik uit kan zetten.

9:42 ¶ 45 in P5, w=+

Ja nou daar zijn genoeg initiatieven. Ik wil niet zeggen dat dat altijd al optimaal gebruikt wordt, maar ik zie daar wel heel veel positieve ontwikkelingen in.

10:25 ¶ 43 in P6, w=-

Toevallig begeleid ik net iemand met een echt verstoorde rouw na het overlijden van haar echtgenoot. En dan verwijs ik wel naar het wijkteam en ik weet dat er wijkteams zijn met rouw clubjes, maar daar kan ik niks over vinden. En ja, dat is dan echt iets wat mensen dan zelf moeten gaan uitzoeken.

10:25 ¶ 43 in P6,

Toevallig begeleid ik net iemand met een echt verstoorde rouw na het overlijden van haar echtgenoot. En dan verwijs ik wel naar het wijkteam en ik weet dat er wijkteams zijn met rouw clubjes, maar daar kan ik niks over vinden. En ja, dat is dan echt iets wat mensen dan zelf moeten gaan uitzoeken.

11:38 ¶ 44 in P7, w=-

Het ergens alleen naartoe moeten, weerhoudt patiënten om deel te nemen aan activiteiten.

11:41 ¶ 46 in P7, w=-

Ik vind het soms zelf lastig om op de hoogte te blijven van wat er allemaal aangeboden wordt in de in de wijk, hè, in de omgeving.

12:28 ¶ 50 in P8, w=-

Daar zit natuurlijk in de kern ook al een andere motivatie.

12:47 ¶ 87 in P8, w=+

Ik ben soms verbaasd waar mensen dan weer op uit komen, wat voor begeleidingsorganisatie er allemaal wel niet zijn.

### **Werkwijze m.b.t kwetsbaarheid en vitaliteit**

4 Codes:

#### **• Toepassing positieve gezondheid**

44 Quotations:

1:63 ¶ 43 in P1, w=+

Het past heel erg bij mijn visie, want ik ben juist heel erg van het kijken naar de dingen die goed gaan. Hè, daar haalt iemand zijn kracht ook uit.

1:64 ¶ 43 in P1, w=+

Dan probeer je mensen wel in hun kracht te laten. Niet te veel focussen op wat niet meer kan, maar kijken naar wat je wel kan en dat heb ik eigenlijk al mijn hele carrière wel voor ogen gehad. Ik ben sowieso ook een hele positieve denker. Dus ja, dan dan is die positieve gezondheid natuurlijk helemaal in mijn straatje.

1:65 ¶ 47 in P1, w=+

Maar ook daarmee kun je weer met mensen in gesprek gaan om om te draaien van; goed waar haalt u wel uw plezier uit? Dus parkeer even waar je ongelukkig van wordt, ook wat je niet in de hand hebt, want wat er vandaag op het nieuws komt heb ik geen invloed op. Maar hoe kun je dat zo draaien dat je daar minder door beïnvloed wordt?

3:31 ¶ 33 in P2a, w=+

Je kunt wel stellen dat ik aan positieve gezondheid doe dus van het vervalperspectief krijg ik ook heel erg de kriebels. Dat is niet mijn stijl dus ik ga liever van ja als ze een keer wel zeggen van goh ik heb toch al minder gerookt, dat ik direct reageer van; 'goh wat goed en hoe is dat gelukt?' En dan ga ik daar op door, maar niet van hé jammer dat je nu nog rookt. Het zit hem in het verschil in benadering.

3:32 ¶ 35 in P2a, w=+

Ik kan eigenlijk beter inhaken op de positieve zaken, dit komt ten goede aan het efficiënt werken. Maar dat is mijn persoonlijke mening.

3:33 ¶ 37 in P2a, w=+

In mijn gedachten wel. Ik heb het vaak soms hier liggen, maar lang niet altijd en dan ga ik dat zelf wel een beetje af. En ook de de gezondheidspijlers inderdaad van: beweging, voeding, slapen, ontspanning en sport en dergelijke, die haal ik er wel bij. Maar vaak in mijn gedachten vertel ik het een beetje op die manier en als ik de pijlers hier heb liggen dan laat ik die ook even zien.

3:34 ¶ 39 in P2a, w=+

Peilen eigenlijk meer waar ze het over willen hebben en inhaken waar ze het op dat moment over kunnen en willen hebben. Dus eigenlijk de patiënt laten kiezen wat zinvol is op dat moment.

3:35 ¶ 39 in P2a, w=-

Ik denk dat dat het meest zinvol ook is om je tijd efficiënt te besteden als je gaat trekken aan iets waar ze geen zin hebben, dan ja, zonde van ons beider tijd denk ik.



3:37 ¶ 41 in P2a, w=-

Sommige mensen willen gewoon dat de dokter besluit en die zal je denken ook altijd houden. Daar kun je natuurlijk ook rekening mee houden. Als ze zeggen van: 'ja, jij bent de dokter', dan hoor je het gauw. Maar goed, je hebt ervaringsdeskundigen op de klachten dus daar heb ik voeding van nodig. Maar dat is denk ik het meest negatieve.

3:38 ¶ 41 in P2a, w=-

Mensen die echt geen eigen regie willen of kunnen nemen, dat is ingewikkeld en loop ik niet heel vaak tegenaan dat het zo sterk is hoor. Dus daar hoef ik ook niet voor mezelf heel veel mee volgens mij. Maar ze zullen er vast zijn dat ze thuis zeggen van: 'ja wat die dokter nou wilde', ik heb maar ja en amen gezegd, maar dat weet ik dan niet en dat is dan maar zo.

3:39 ¶ 43 in P2a, w=+

Ik denk dat je die positieve gezondheid, tenminste ik zet hem gewoon altijd heel individueel in. Hoe sterk ik insteek daarop en in welke mate ik de patiënt eigen regie geef.

3:40 ¶ 43 in P2a, w=-

En ik denk inderdaad als je het per definitie terug 'bounced' naar de patiënt en niks meer wil zien, omdat ze het ook zelf kunnen oplossen dat je dan inderdaad die negatieve kanten misschien wel van vindt. Maar zo zet ik hem niet in.

3:41 ¶ 43 in P2a, w=-

Maar ik denk dat het heel helpend kan zijn bij mensen als ze ervaren dat geneeskunde niet de oplossing heeft voor alle problemen en dat je daarin in gesprek moet blijven met wie dan ook. Of dat je je dokter is of je sociaal werker of je familieleden dat je daaruit ook een stuk kracht kunt halen, dat je niet alles bij de dokter hoeft te zoeken.

5:21 ¶ 27 in P3a, w=+

Niet heel bewust van positief, maar wel dat ik vraag hoe het eten en het slapen bijvoorbeeld gaat. Hè dat als ik merk dat ze zegt van: 'nou, dat gaat goed, ik eet goed, ik slaap goed', dat dat ook al heel wat zegt en ook een beetje aandacht voor de familieomstandigheden dat is wel iets wat vind ik heel belangrijk is. En als dat allemaal een beetje positief is, ja, dat dat is wel, dat is wel tekenend voor hoe iemand dan functioneert.

5:22 ¶ 29 in P3a, w=-

Ja, nee nog niet zo heel bewust.

7:21 ¶ 37 in P4a, w=+

Nogmaals, wat wil de cliënt/ patiënt zelf en bespreken van inderdaad wat kun je nog? Wat is voor jou belangrijk? Wat wat kun je doen om bepaalde dingen te bereiken? Ja, dat stukje positief, maar ook ook met name het stimuleren van het zelfstandig wonen, vind ik wel heel belangrijk.

7:23 ¶ 41 in P4a, w=+

Ja is er iets wat je wilt verbeteren? Wil je iets anders? Dat soort ja en dat stukje eenzaamheid van goh, wat denk je zelf dat? De patiënt moet zelf wel heel erg nadenken denken, maar veel meer... We leggen hem de woorden niet meer in de mond.

7:24 ¶ 41 in P4a, w=+

Ja je bent zelf altijd met oplossingen bezig, maar zo werkt het eigenlijk niet meer. Het is nu meer van nou, ja, en wat zou je doen om dat te bereiken?

7:25 ¶ 43 in P4a, w=-

Ja maar ik wil graag thuis blijven wonen, dat je zegt van: 'nou wat zou er dan moeten gebeuren?' Dus ja, automatisch doe je het vaak wel, maar je staat er heel vaak niet bij stil.

8:1 ¶ 4 in P4b, w=+

Motiverende gespreksvoering er eigenlijk ook bij betrekken.

8:3 ¶ 5 in P4b, w=-

Er zijn ook best veel patiënten die willen niet nadenken over en die die, wat ik ook zei die, vinden het niet fijn om oud te worden. Aangezien iedereen om hun heen wegvalt dus dat ze dan de kans lopen dat ze somber worden. Nou dan hoeven je niet over positieve gezondheid te beginnen.

8:4 ¶ 5 in P4b, w=+

Je kunt niet bij iedere patiënten de positieve gezondheid doen. Echt dat, dat is zo per patiënt verschillend. En ja, maar als het lukt is het is het altijd prachtig.

8:31 ¶ 45 in P4b, w=+

Dat stukje positieve gezondheid, want dat is natuurlijk, dat wordt eigenlijk pas ingezet dan. Het is vrij nieuw, die poten van gezondheid. Dan hebben wij de training dan al gehad. Wij vinden het prachtig.

8:32 ¶ 47 in P4b, w=+

Voor mij wel meer belicht mag worden. Welzijn op recept heb je dan ook, maar ik vind die positieve gezondheid heel belangrijk.

9:19 ¶ 19 in P5, w=+

Ik gebruik het niet actief maar ik heb het wel in mijn achterhoofd van; ja, wat waar ervaart men zelf de meeste beperkingen?

9:20 ¶ 19 in P5, w=+

Soms kunnen mensen in een rolstoel nog heel heel tevreden zijn met hun leven zoals dat gaat, is daar al een stuk acceptatie. Maar wat heb je dan nodig om om ja toch de fleur nog wat in je leven te houden?

9:21 ¶ 19 in P5, w=+

En soms kom je ook tot de conclusie al hoe beperkt ze zijn in bepaalde dingen, dat mensen toch heel tevreden zijn met wat ze allemaal om hun heen hebben, dus dat ja.

9:22 ¶ 21 in P5, w=+

En soms kom je ook tot de conclusie dat je op dat moment even niet iets kan. En is het meer het vinger aan de pols contact, wat je houdt door daar toch regelmatig naar binnen, ja even binnen te stappen. Als mensen dat ook goed vinden, maar negen van de tien keer merk ik dat mensen dat gewoon wel heel prettig vinden.

10:19 ¶ 31 in P6, w=-

Je wordt nu dood gegooid met het spinnenwiel positieve gezondheid. Ik zit nooit met die uitdraai vormen, maar dat is wel waar je naar kijkt.

10:20 ¶ 35 in P6, w=-

Ja, want ik denk wel dat dat ik zie het niet speciaal als een taak voor mij als huisarts. Ik vind wel dat ik er vanaf moet weten, maar wij zitten nog steeds in de tien minuten.

10:21 ¶ 35 in P6, w=-

We doen nu wel aan dat project mee; meer tijd voor de patiënt, maar wij hebben gewoon echt een hele drukke patiënt of praktijk en dit kost tijd. Dus ik pak met enige regelmaat één pootje uit het spinnenwiel maar niet alle.

10:22 ¶ 35 in P6, w=+

De Praktijkondersteuners doen hier veel meer mee, die hebben meer tijd voor de patiënt. Dus dan is het een heel mooi concept.

10:23 ¶ 35 in P6, w=-

Dus het moet een beetje passen in het moment en in het gesprek. In ja, wel, welk element haal je eruit.

11:19 ¶ 21 in P7, w=+

Wat gaat goed, daar ook echt wel aandacht aan besteden.

11:20 ¶ 21 in P7, w=+

Hè dus op die manier toch een beetje achterhalen wat iemand zijn kwaliteit van leven zou kunnen verbeteren.

11:21 ¶ 21 in P7, w=+

Vooral juist doordat je ook mensen bezoekt op momenten dat er niks speelt. Hè, ik denk dat het wel heel mooi is en dat je dan ook ruimte hebt voor andere gesprekken dan dan de ziekte. Hè, hoe mensen dingen beleven, wat nog wel zouden willen in het leven of niet.

11:22 ¶ 23 in P7, w=-

Ik ben op de hoogte van het begrip positieve gezondheid. Wij zijn hier in de praktijk daar alleen nog niet actief mee bezig, op de manier zoals die zeg maar bedoeld is.

11:23 ¶ 23 in P7, w=+

Voor dat spinnenweb lag daar wel al een idee op de tafel begreep ik van één van de huisartsen, omdat we mee willen doen aan het project dat er meer tijd is voor de patiënt.

11:24 ¶ 23 in P7, w=+

Dus ik ben ik ben daar niet theoretisch in geschoold hoe je dat zou moeten toepassen, maar ik ben wel iemand waarvan ik probeer om ook de dingen die goed gaan te benaderen en iemand dan ook te complimenteren of daar ook echt bij stil te staan.

11:25 ¶ 24 in P7, w=+

Wat gaat wel goed in plaats van de mindset om te kijken naar dingen die altijd niet goed gaan. Dus ik heb daar wel een interesse in, maar niet in geschoold nog dus ik doe het een beetje op mijn eigen manier.

11:27 ¶ 26 in P7, w=+

Hè met name mentale gezondheid is belangrijk bij de oudere patiënt vind ik, want de lichamelijke dingetjes die komen en dat kan je niet tegengaan dat het lopen minder gaat, maar wel; hoe ga je daarmee om. Hè en wat heb je nodig?

11:28 ¶ 28 in P7, w=+

Ik vind het wel een hele krachtige tool om op die manier mensen toch wel te beraden dan en bij de één lukt het wel, een ander die wil gewoon graag klagen over wat er allemaal fout gaat.

12:35 ¶ 61 in P8, w=+

Ja, dat is het grote verschil is dat dat bij Positieve Gezondheid ook die spiritualiteit erbij zit en dat heeft de fsmpc niet. Dat vind ik een tekortkoming van de fsmpc.

12:36 ¶ 63 in P8, w=+

Voor de rest wordt er natuurlijk naar gekeken van goh hoe ervaar je het, want je kunt wel een hele ernstige fysieke kwaal hebben maar je kunt daar een goede weg in gevonden hebben.

#### ● **Vervolgstappen na inschatten van kwetsbaarheid**

4 Quotations:

1:38 ¶ 23 in P1, w=+

Wel als er duidelijk iets uitkomt natuurlijk, hè, als mensen heel duidelijk aangeven dat ze ergens last van hebben en wat dat dan ook is, hè, of of dat je bemerkt dat er problemen in het dagelijks leven zijn dan wil je daar wel iets mee doen.

1:39 ¶ 23 in P1, w=-

De tweede vraag is: wil iemand daar zelf iets mee doen? Dat is ook altijd heel veel mensen zien zelf het nut niet zo in van interventies waar wij aan denken. Dus dan moet je heel erg de balans vinden van wat speelt hier, hoe erg is het, wil iemand er wat mee en zo ja, dan doen we daar wat mee.

3:18 ¶ 17 in P2a, w=+

Bij een klacht dan doe ik het eerste vervolgggesprek altijd bij mezelf in de vorm van een telefoontje van hoe gaat het daarmee als dat gewenst is, want als je zegt van nou dat roken dat gaat me echt niet lukken of ik doe al zo veel aan mijn gewicht. Dan ga ik er ook niet vervolg aan geven als dat duidelijk niet gewenst is. Ik beslis dus afhankelijk van wat ze zelf daarbij aangeven, wat ze willen.

7:14 ¶ 19 in P4a, w=+

Maar ik heb met één huisarts afgesproken zij gaat één keer in de zes weken en ik ga één keer in de zes weken en dat zijn echte kwetsbare ouderen, waar we wel komen.

#### ● **Visie en waarden**

17 Quotations:

1:57 ¶ 37 in P1, w=+

Nou ik vind het heel belangrijk dat mensen naar tevredenheid wonen met hulp van derden als het nodig is qua huisarts, Praktijkondersteuner thuiszorg nou wie eigenlijk ook maar. En dat mensen heel erg in hun waarde gelaten worden over waar ze zich gewoon prettig bij voelen.

1:58 ¶ 37 in P1, w=+

En zelfstandigheid is eigenlijk hierbij een woord wat heel belangrijk is, want er is niks zo belangrijk voor een mens om zelfstandig je leven te kunnen leiden en dat merk je ook heel erg als de thuiszorg ingezet moet worden of enige vorm van zorg, dat daar soms heel veel weerstand tegen is.

1:59 ¶ 37 in P1, w=+

Ik wil eigenlijk dat mensen zich zo goed mogelijk voelen in hun eigen omgeving en mocht het nodig zijn, dat ze de ondersteuning krijgen natuurlijk van ons om dat elders te creëren.

5:18 ¶ 21 in P3a, w=+

Nou ja, dat mensen eigenlijk, hè patiënten, dus langer gezond blijven in de zin van dat er minder lichamelijke of psychische klachten komen, dat ze daardoor hopelijk minder ziekenhuisopnames hebben. Vooral ook dat ze ook ja een prettiger leven hebben. Hè dat ze bewust zijn van wat voor klachten ze kunnen hebben, maar dat ze ook weten wat ze daarmee kunnen doen, dat ik uitleg daarover kan geven.

7:19 ¶ 29 in P4a, w=+

Nou, ik vind het zelf gewoon heel belangrijk dat ze hun eigen autonomie kunnen houden en dat ze hun eigen regie hebben. Ik doe natuurlijk wel ACP-gesprekken, hè de advance care planning. Gesprekken doe ik en dat vind ik met name ook heel belangrijk, zodat ze hun eigen stukje regie in handen houden.

7:20 ¶ 31 in P4a, w=+

Je doet er alles aan om ze maar ook goed te kunnen laten functioneren. Minder snel naar een verzorgingshuis, minder snel naar het verpleeghuis.

7:27 ¶ 45 in P4a, w=+

Niet betuttelen dat dat vind ik gewoon heel belangrijk en het waardeer perspectief van wat is er nog mogelijk om daar om daar naartoe te kijken van hé, wat kunnen we nog?

8:23 ¶ 29 in P4b, w=+

Ik vind het heel belangrijk dat iemand autonoom mag zijn. Dus als die vindt dat die daar een vloerkleedje graag wil hebben, geef ik wel eens preventie van nou ja daar kun je over vallen, maar het is wel heel belangrijk om de patiënt in zijn waarde te laten.

9:9 ¶ 9 in P5, w=+

Maar ik ben zelf meer één van het gesprek maar aangaan en en ook luisteren naar wat de patiënt aangeeft waar die zich belemmerd in voelt en daarin, ja daarop inspelen.

9:23 ¶ 23 in P5, w=-

Wat ik wel eens merk in het contact met de organisaties, dat we heel actief bezig zijn met wat wij goed vinden voor de patiënt en daar worden allemaal initiatieven ontwikkeld en ja, zitten ouderen daar ook altijd op te wachten?

9:24 ¶ 23 in P5, w=-

Laat mensen ook gewoon op hun eigen manier hun leven vorm geven. En en pas op het moment dat een ouder aangeeft van: goh, ik, ik loop hier of hier tegenaan, ik weet niet goed hoe ik dat op moet pakken, dan is denk ik de rol om te kijken van hé wat kunnen we daar als zorgverleners in betekenen. In plaats van dat we met ons hele kastje met oplossingen, die mensen daar mee vermoeien eigenlijk.

10:17 ¶ 25 in P6, w=-

Dus ons doel is iemand in beeld hebben en je kan natuurlijk adviezen geven en zorgen dat iemand goed eet en goed beweegt en niet rookt en maar we hebben geen programma's met wandelen met ouderen of clubjes of avonden. Dat is wel eens geadviseerd dat we dat ook allemaal zouden moeten doen. Nee, dat gaat me echt te ver als huisarts.

10:47 ¶ 97 in P6, w=-

Er is een probleem en je zoekt een oplossing en we zijn inmiddels heel erg in preventie terechtgekomen, maar dat moet niet de primaire taak zijn van huisarts is mijn persoonlijke mening.

11:2 ¶ 5 in P7, w=+

Het is vooral, denk ik, belangrijk om je patiëntenpopulatie te kennen. Hè, dus dus als je daar wat zicht op hebt, dan kan je eerder inschatten of we dingen ook ontsporen he. De situatie verandert waardoor dat iemand kwetsbaar wordt.

11:32 ¶ 38 in P7, w=+

Ik vind het vooral belangrijk dat mensen weten wie ik ben en weten wat ze van mij kunnen verwachten en een vertrouwensband op opbouwen.

12:31 ¶ 55 in P8, w=+

Ik denk dat het heel goed is om te proberen dat zoveel mogelijk uit te stellen, dus daar moet je ook, denk ik, je goed op inzetten.

12:34 ¶ 55 in P8, w=+

Je moet proberen zo goed mogelijk de goede dingen zoveel mogelijk te behouden, want dan heb je minder last van wat je gaat verliezen, maar je gaat verliezen.

● **Visie op ouder worden**

21 Quotations:

1:60 ¶ 39 in P1, w=+

Nee er is natuurlijk een leeftijdsgebonden aftakeling en die zie je bij de één al vroeger ingaan en bij de andere veel later. Hè, ik heb tachtigers die nog op wintersport gaan en ik heb een zeventigjarige vrouw die niet meer fietst en niet meer auto rijdt en waar ik een visite moet doen.

1:61 ¶ 39 in P1, w=+

Maar het is natuurlijk wel leeftijdsgebonden dat sommige dingen moeilijker gaan als je ouder wordt. Hè wat ik heel vaak hoor van mensen vanochtend nog dat: 'ja, ik doe het wel wat langzamer aan, want ja, ik ben wat ouder en het neemt veel van me, maar ik hoef ook niet zoveel meer op een dag', dus mensen passen zich daar ook op aan en dat is prima.

1:62 ¶ 40 in P1, w=+

Kijk je niet naar de leeftijd inderdaad, maar gewoon naar het kunnen van een patiënt en kijken wat er daarin mogelijk is om de zelfstandigheid te kunnen behouden of verbeteren.

3:30 ¶ 31 in P2a, w=+

Maar ik, ik stel me daarin niet anders op op oudere leeftijd dan op jongere leeftijd. Behalve dat je bij ouderen misschien hulpmiddelen zoals ontspanning door yoga wat meer moet uitleggen, dat ze dat nog minder mee hebben gekregen van oudsher maar dat dat is dan het verschil, dat jongeren daar zelf al vaker mee bezig zijn of zo. Maar ik kan me niet anders bedenken, eerlijk gezegd, op dit moment nee.

5:19 ¶ 23 in P3a, w=+

Je ziet wel dat natuurlijk mensen naarmate ze ouder worden, meer kwaaltjes en klachten krijgen. Nou ja, daar worden mensen zelf natuurlijk op een gegeven moment zich ook wel bewust van dat ze zeggen: 'oh, ik zie het hier alweer hè of nou nu is er dit alweer.' Dus nou ja, dat dat je dan wel meer ingaat op van goh ja bij het ouder worden horen dus ook kwaaltjes en klachten. En ja, als je dat zo veel mogelijk wil voorkomen, daar moet je ook wel echt gericht wat dan doen.

7:17 ¶ 29 in P4a, w=+

Je vindt iemand die nu 83 is, vind je niet oud.

7:18 ¶ 29 in P4a, w=+

De mensen zijn gewoon ook veel, ja hoe moet ik het zeggen, jonger, ze zeggen ook wel tachtig is de nieuwe zestig.

7:20 ¶ 31 in P4a, w=+

Je doet er alles aan om ze maar ook goed te kunnen laten functioneren. Minder snel naar een verzorgingshuis, minder snel naar het verpleeghuis.

7:22 ¶ 39 in P4a, w=+

En dan is het een beetje met wat ondersteuning, maar dat ze toch naar wat wat je met een mooi woord noemt, de autonomie zelf wel in handen houden.

9:15 ¶ 15 in P5, w=+

En om vooral op het gebied van beweging, toch sterk te blijven of met de beperkingen toch actief te blijven. Het sociale aspect van, ja, hoe was iemand van tevoren was dat iemand die die een rijk sociaal leven had? Of is dat altijd iemand geweest die die wat ja, zich prima thuis vermaakte? En ja die moet je dan ook niet in een grote groep zetten.

9:16 ¶ 15 in P5, w=+

Heel belangrijk is om het bewegen zolang mogelijk door te blijven gaan om te kijken naast de de lichamelijke problematiek, om dan toch samen met de patiënt te kijken van goh wat is er dan wel nog mogelijk?

9:17 ¶ 15 in P5, w=+

Dus ja, dat is ook een samenspel met met de patiënten.

9:18 ¶ 15 in P5, w=+

Soms heb je zelf wel het gevoel van goh we zouden toch wel wat meer kunnen inzetten op het sociale stuk. Zijn mensen echt zoiets van nou ja, dat zie ik maar niet zitten, dat wil ik niet en dan is dat soms ook accepteren. Maar dan ligt het het stuk voor ons om daarin de juiste voorlichting te geven, hè wat het mensen kan opleveren.

10:18 ¶ 29 in P6, w=+

Zorg op maat heet dat.

11:18 ¶ 21 in P7, w=+

Het proces van ouder worden vind ik een heel interessant stuk, omdat iedereen ouder wordt en iedereen draagt zijn verleden mee en dat verleden zorgt ook voor het gedrag.

11:21 ¶ 21 in P7, w=+

Vooral juist doordat je ook mensen bezoekt op momenten dat er niks speelt. Hè, ik denk dat het wel heel mooi is en dat je dan ook ruimte hebt voor andere gesprekken dan de ziekte. Hè, hoe mensen dingen beleven, wat ze nog wel zouden willen in het leven of niet.

11:27 ¶ 26 in P7, w=+

Hè met name mentale gezondheid is belangrijk bij de oudere patiënt vind ik, want de lichamelijke dingetjes die komen en dat kan je niet tegengaan dat het lopen minder gaat, maar wel; hoe ga je daarmee om. Hè en wat heb je nodig?

12:29 ¶ 51 in P8, w=+

Het is gewoon een natuurlijk proces.

12:30 ¶ 53 in P8, w=+

Het is een fact of life en het is wel zo dat het ouder worden nou eenmaal wel gepaard gaat met steeds meer inleveren. Dat dat, dat is gewoon zo.

12:33 ¶ 55 in P8, w=-

Maar ondanks dat je dat goed doet; op het end wordt we allemaal kwetsbaar, want het leven houdt een keer op.

12:34 ¶ 55 in P8, w=+

Je moet proberen zo goed mogelijk de goede dingen zoveel mogelijk te behouden, want dan heb je minder last van wat je gaat verliezen, maar je gaat verliezen.