Kwalitatief onderzoek naar de noden en behoeften van 75-plussers in een huisartsenpraktijk

HAIO: Dr. Sandra Vermeiren

Promotor: Dr. Sibyl Anthierens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord:
Mijn bijzondere dank gaat uit naar alle deelnemers aan deze studie voor hun medewerking, hun gastvrijheid en vooral voor de openhartige manier waarop ze mij een inkijk gegeven hebben in hun leven en bekommernissen.

Abstract

Context

De wereldwijde vergrijzing maakt optimalisatie van ouderenzorg tot een actueel thema. Het verouderingsproces is een complex proces dat ieder vanuit zijn eigen achtergrond, visies, overtuigingen e.d. beleeft. Het volstaat niet om ouderenzorg enkel te baseren op statistieken en cijfers. Ouderen willen langer thuis blijven wonen. Als we dit proces willen ondersteunen en proactief willen werken, moeten we rekening houden met hun noden en behoeften. In dit kwalitatief onderzoek willen we ons concentreren op de groep thuiswonende ouderen.

Onderzoeksvraag

Met het oog op het uitbouwen van een optimale ouderenzorg willen we met dit kwalitatief onderzoek in de diepte peilen naar de noden en behoeften in de groep kwetsbare, thuiswonende 75-plussers in een huisartsenpopulatie en hun percepties en beleving hieromtrent duidelijker in kaart te brengen.
Op welk vlak liggen hun noden? Welke prioriteiten stellen zij zelf aan hun behoeften? Met het oog op de voordelen van een multidisciplinaire aanpak willen we inzicht krijgen in hun ervaringen op fysisch, psychologisch, sociaal en (leef-)omgevingsvlak.

Methode

Er werd een descriptief kwalitatieve onderzoek uitgevoerd. Dataverzameling gebeurde aan de hand van individuele narratieve semi-gestructureerde-interviews. Alle interviews werden geregistreerd (audiorecorder) en uitgetypt waarna een thematische analyse uitgevoerd werd. Elk thema en sub-thema werd beschreven en ondersteund met illustratieve citaten.

Resultaten

Twaalf ouderen tussen 78 – 90 jaar (vijf vrouwen en zeven mannen, zeven samenwonenden en vijf alleenstaanden) namen deel aan deze studie. Uit data-analyse van de interviews kwamen drie hoofdthema's onder de aandacht van de onderzoeker: aanvaarden van alle aspecten van het ouder-worden, aanpassingen aan de consequenties van het ouder worden, belang en impact van sociale contacten.
Niet enkel de lichamelijke achteruitgang zelf maar alle daaruit voortvloeiende gevolgen, zoals hulp van anderen en hulpmiddelen, moeten aanvaardbaar zijn voor de oudere.
Ouder worden vraagt aanpassingen op veel verschillende vlakken: medische ondersteuning, huisvesting, activiteiten(niveau). Ook verwerking van rouw en verlies vraagt aanpassing aan de nieuwe situatie.
Sociale contacten worden doorgaans vanuit een individuele behoefte aangegaan, kunnen een aanzienlijke invloed hebben op activiteiten, psychisch welzijn en *'Quality of life'* (QOL) en worden zelf vaak beïnvloed door de gezondheid van de partner en (auto-)mobiliteit.

Conclusie

Prioriteiten van thuiswonende 75-plussers zelf liggen eerder op het psychosociale vlak (acceptatie, adaptatie, sociale contacten) dan op het zuiver medische vlak. Deze studie biedt aandachtspunten voor de zorgverstrekker en aangrijpingspunten voor het verder optimaliseren van de zorg voor thuiswonende ouderen.

Kwalitatief onderzoek naar de noden en behoeften van 75-plussers in een huisartsenpraktijk

Inhoudstabel

1. Inleiding 6

2. Methodologie 7
- 2.1. Studie-opzet 7
- 2.2. Participanten 7
  - 2.2.1. Selectiestrategie 7
  - 2.2.2. Inclusie en exclusiecriteria 7
  - 2.2.3. Aantal studiesubjecten 7
- 2.3. Ethische aspecten 8
- 2.4. Dataverzameling 8
- 2.5. Analyse 8

3. Resultaten 9
- 3.1. Beschrijving participanten 9
- 3.2. Acceptatie van alle aspecten van het ouder worden 9
  - 3.2.1. Lichamelijke achteruitgang aanvaarden 9
  - 3.2.2. Accepteren van hulpmiddelen 11
  - 3.2.3. Hulp van anderen aanvaarden 11
- 3.3. Adaptatie aan de consequenties van het ouder worden 12
  - 3.3.1. Activiteiten aanpassen 12
  - 3.3.2. Aangepaste medische zorg 13
  - 3.3.3. Aanpassing keuze medische hulpmiddelen 13
  - 3.3.4. Aanpassen aan gezondheid van de partner 14
  - 3.3.5. Aanpassingen na overlijden van de partner 14
  - 3.3.6. Aanpassingen en verwerking na tegenslag en life-events 15
  - 3.3.7. Aangepaste woning 16
  - 3.3.8. Aanpassing van gewoonten: wel/niet een huisdier 17
  - 3.3.9. Aanpassing aan verlies van mobiliteit 17
- 3.4. Belang en impact van sociale contacten 18
  - 3.4.1. Behoefte aan sociale contacten 18
  - 3.4.2. Verenigingen 19
  - 3.4.3. Contact met kinderen en kleinkinderen 20
  - 3.4.4. Eenzaamheid/Sociaal isolement 21
  - 3.4.5. Impact van sociale contacten 21
  - 3.4.6. Factoren die sociale contacten beïnvloeden 21

4. Discussie 22

5. Zelfreflectie 25

6. Referenties 26

7. Bijlagen 28

1. Inleiding

De toenemende vergrijzing van de bevolking legt de gezondheidszorg een pittige uitdaging op [1]. Vermits de meeste ouderen er de voorkeur aan geven zo lang mogelijk thuis te wonen[2], zal de huisarts in de toekomst in toenemende mate ingeschakeld worden in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

De groep thuiswonende 75-plussers in de huisartsenpraktijk bestaat uit een meer heterogene patiëntenpopulatie dan hun leeftijdsgenoten in woonzorgcentra (WZC) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT). We zien hier een continuüm, gaande van de vitale man/vrouw die een actief leven leidt en nauwelijks klachten heeft tot de zeer kwetsbare oudere die optimale medische begeleiding en sociale en/of psychische ondersteuning nodig heeft. Een zorg op maat lijkt hier dan ook de sleutel tot een optimale ouderen(thuis)zorg[3]. Bovendien blijkt uit studies dat een multi-focus aanpak van de zorg voor kwetsbare ouderen wel degelijk een positief effect heeft op gebruik en toegankelijkheid van de zorg, de kosten, de zorgvoorziening, kwaliteit, gezondheid en de patiënt-zorgverlener relatie[4]. Naast de vorm waarin zorg georganiseerd wordt, blijken ook de gezondheidsvaardigheden (Health literacy) van de patiënt zelf een belangrijke invloed te hebben op de gezondheids-outcome[5]. Om de zorgverlener in staat te stellen hierop te anticiperen, is het dus belangrijk om, naast de kwantitatieve gegevens, een goed inzicht te krijgen in de noden en behoeften die binnen deze populatie leven.

Het verouderingsproces en de daaruit voortvloeiende problemen en beperkingen is een complex proces waarin steeds een nieuwe balans moet gevonden worden[6]. Vermits elke oudere dit proces vanuit zijn eigen achtergrond, visies, overtuigingen e.d. beleeft, volstaat het niet om een goed onderbouwde ouderenzorg enkel te baseren op statistieken en cijfers. Vaak is het net de dagelijkse werkelijkheid, de interactie tussen de verschillende aspecten verbonden aan het ouder worden en de betekenis die de oudere daaraan geeft, die de zorgbehoefte bepaalt[7]. Vanuit die visie werd gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen dat rekening houdt met de complexe relaties waarin de oudere functioneert.

Het doel van dit kwalitatief onderzoek is om in de diepte te peilen naar de noden en behoeften van de kwetsbare 75-plussers (met multimorbiditeit/polyfarmacie), hun percepties en beleving hieromtrent duidelijker in kaart te brengen. Op welk vlak liggen hun noden? Welke prioriteiten stellen zij zelf aan hun behoeften? Waar liggen aangrijpingspunten voor hulpverleners om de zorg voor thuiswonende ouderen te optimaliseren? Met het oog op de voordelen van een multidisciplinaire aanpak willen we inzicht krijgen in hun ervaringen op fysisch, psychologisch, sociaal en (leef-)omgevingsvlak.

2. Methodologie

2.1. Studie-opzet

Om een beter inzicht te krijgen in de beleving van de oudere en een breed forum te creëren om hun noden en behoeften in de diepte te onderzoeken werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoekvorm. Als methode van dataverzameling werd gekozen voor individuele narratieve semi-gestructureerde-interviews aan de hand van een aantal sleutelvragen zodat de deelnemers aan het onderzoek optimaal de kans krijgen hun individuele ervaringen en beleving te formuleren[8-9]. Een semigestructureerd interview bestaat uit een aantal sleutelvragen rond de deeldomeinen die men wil onderzoeken. Daarnaast is er de mogelijkheid om in te pikken op bepaalde antwoorden of ideeën en deze meer in diepte te bevragen. Er werd initieel uitgegaan van een viertal open vragen waarna verder doorgevraagd kon worden aan de hand van prompts waar nodig.
Deze vorm van dataverzameling bood daarnaast de mogelijkheid om ook andere topics, die bij aanvang van het onderzoek nog niet in de kijker stonden, verder te exploreren.

2.2. Participanten

2.2.1. Selectiestrategie

Deelnemers aan het onderzoek worden met behulp van *'purposive sampling'* geselecteerd omdat gestreefd wordt naar maximale variatie binnen de steekproef en deze doelgroep op die manier heterogeen opgesteld wordt[10]. In de geselecteerde groep wordt gestreefd naar variatie in leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en gebruik van zorg of ondersteuning. Deze vorm van selectie biedt de opportuniteit om de noden en behoeften in een breed veld te onderzoeken.

2.2.2. Inclusie- en exclusiecriteria

De inclusiecriteria voor de patiënten waren: ouder zijn dan 75 jaar, patiënt zijn in Artes Essen, lijdend aan 2 of meer aandoeningen en/of gebruik van 5 of meer verschillende medicijnen per dag hebben, in staat zijn om adequaat te communiceren en een ondertekend *'Informed consent'* in te vullen.
Exclusiecriteria voor alle deelnemers zijn: gevorderde dementie, beslissingsonbekwaamheid en onvoldoende kennis van de Nederlandse taal.

2.2.3. Aantal studiesubjecten

Over het aantal participanten dat men nodig heeft om een goed kwalitatief onderzoek te doen worden in de literatuur verschillende factoren en theorieën naar voor geschoven. Men kan streven naar saturatie[11]. Dit is het punt waarop, ongeacht het aantal deelnemers in de studie, er geen nieuwe informatie zal verkregen worden. Er wordt soms ook gesproken van *'sufficiency'* wat betekent dat men data blijft verzamelen tot er voldoende gegevens zijn om een genuanceerd antwoord te geven op de onderzoeksvragen. In deze studie verwachtten we initieel deze '*sufficiency'* te bereiken na het afnemen van een vijftiental interviews in deze patiëntenpopulatie.

2.3. Ethische aspecten

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen op 20/03/2017 (onder registratienummer B300201731915) (bijlage 1). Alle participanten ontvingen een informatieformulier over het onderzoek, dat mondeling toegelicht werd waar nodig (bijlage 2). Daarnaast ondertekende elke deelnemers een *'Informed consent'* (bijlage 2). Alle data werden met respect voor de privacy van de deelnemers verwerkt. De doelgerichte selectie van de participanten gebeurde binnen de patiëntenpopulatie van Artes Essen. Uit het patiëntbestand werden patiënten geselecteerd die telefonisch of persoonlijk gecontacteerd werden. Hierna werd de studie voorgesteld aan de hand van het informatieformulier. In alle gevallen werd het *'Informed consent'* ondertekend voor aanvang van de interviews. Dit kwalitatief onderzoek geeft de betrokken patiënten en hun mantelzorgers de kans zelf een bijdrage te leveren aan de gezondheidszorg in het algemeen en ouderenzorg in het bijzonder. Aan de interviews waren geen risico's verbonden voor de patiënten. Het tijdsbestek, nodig voor de interviews, kan mogelijk als een nadeel ervaren worden.

2.4. Dataverzameling

Deze studie maakt een integraal onderdeel uit van mijn masterproef bij het afstuderen in de huisartsgeneeskunde, waarbij ik als huisarts in opleiding de participanten rekruteerde en interviewde tijdens mijn laatste opleidingsjaar (2017 – 2018). Aan de hand van een topiclijst werden semi-gestructureerde diepte-interviews (bijlage 2) afgenomen die geregistreerd werden met behulp van een audiorecorder en dit zonder vermelding van de naam van de deelnemer. De interviews werden, na onderling overleg, allemaal afgenomen in de woning van de participanten. De audioregistraties werden verder anoniem verwerkt.
Om een logisch kader te creëren waarbinnen het interview kon afgenomen worden, werd uitgegaan van een vooraf opgestelde topiclijst, die gebaseerd was op de vooraf vastgelegde interessevelden: fysisch, psychologisch, sociaal en (leef-)omgevingsvlak. In eerste instantie werd uitgegaan van open vragen waarna verder door werd gevraagd om de onderwerpen meer in de diepte uit te klaren.

2.5. Data-analyse

Initieel werd een piloot-interview afgenomen met als doel de topiclijst te piloteren zodat ervaring opgedaan kon worden in het afnemen van interviews en de topiclijst indien nodig aangepast kon worden. De inhoud en de interviewtechniek werd besproken met de promotor. Hierna werden kleine aanpassingen aan de topiclijst gedaan. Verder in het proces werden de interviews op regelmatige tijden besproken en geanalyseerd. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van technieken van thematische analyse. In een eerste fase van de analyse werd inductief te werk gegaan zodanig dat het ontwikkelen van de thema's gegrond was in de originele data. Deze uitgeschreven data werden dan in een familiarisatie-fase gelezen en opnieuw beluisterd zodat een eerste globale indruk ontstond. Daarna volgde een eerste open codering waarbij de resultaten besproken worden met de promotor. Na deze fase werden de open codes geclusterd tot grotere thema's en deze werden met elkaar vergeleken en besproken. De thema's die hieruit naar voor kwamen waren: acceptatie van alle aspecten van het ouder worden, adaptatie aan de consequenties van het ouder worden, belang en impact van sociale contacten. Elk thema en sub-thema werd daarna beschreven en ondersteund met illustratieve citaten.

3. Resultaten

3.1. Beschrijving van de participanten

Er namen twaalf patiënten deel aan deze studie. De deelnemers werden allemaal gerekruteerd in de patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk Artes Essen tussen juni 2017 en maart 2018. Zij beantwoorden allemaal aan de in- en exclusiecriteria (bijlage 5). Er werd gestreefd naar een zo gevarieerd mogelijke verdeling wat betreft leeftijd (< 85 of ≥ 85 jaar), geslacht, sociaal statuut (alleenstaand of samenwonend) en de mate van hulp en ondersteuning (mantelzorg, thuisverpleging of huishoudelijke hulp). Leeftijden varieerden van 78 – 90 jaar. Er namen vijf vrouwen en zeven mannen deel, zeven waren samenwonend, vijf alleenstaand, vrijwel alle deelnemers kregen een of andere vorm van ondersteuning hoewel die zeer gevarieerd waren. Tabel 1 toont een overzicht van de deelnemers en hun kenmerken bij inclusie. De interviews vonden plaats in de woning van de deelnemer, duurden gemiddeld 35 minuten en werden afgenomen in de periode van september 2017 tot april 2018.

Tabel 1 *Overzicht van de deelnemers*

Deelnemer	Leeftijd	Geslacht	Statuut	Mantelzorg	Thuisverpleging	Huishoudhulp
LD/78/01001	78 (<85)	Vrouw	Samenwonend	Neen	Neen	Ja
GD/84/00011	84 (<85)	Vrouw	Alleenstaand	Neen	Ja	Ja
JH/84/00101	84 (<85)	Vrouw	Alleenstaand	Ja	Neen	Ja
HV/79/11001	79 (<85)	Man	Samenwonend	Neen	Neen	Ja
MV/81/10001	81 (<85)	Man	Alleenstaand	Neen	Neen	Ja
JS/83/10111	83 (< 85)	Man	Alleenstaand	Ja	Ja	Ja
HS/83/11000	83 (<85)	Man	Samenwonend	Neen	Neen	Neen
JS/85/01101	85 (≥85)	Vrouw	Samenwonend	Ja	Neen	Ja
BP/90/01000	90 (≥85)	Vrouw	Samenwonend	Neen	Neen	Neen
FF/85/11101	85 (≥85)	Man	Samenwonend	Ja	Neen	Ja
AV/87/10001	87 (≥85)	Man	Alleenstaand	Neen	Neen	Ja
JV/85/11001	85 (≥85)	Man	Samenwonend	Neen	Neen	Ja

3.2. Aanvaarden van alle aspecten van het ouder worden

3.2.1. Lichamelijke achteruitgang aanvaarden

De meeste deelnemers ervaren een terugloop in de lichamelijke conditie die voortvloeit uit de hoge leeftijd en eventuele aandoeningen en ziekten. De mate waarin die achteruitgang ervaren wordt als een aantasting van de Quality of life (QOL) is echter zeer verschillend, staat niet altijd in verhouding tot de ernst van de ziekten en aandoeningen van de geïnterviewden. Vrijwel alle deelnemers geven aan dat het noodzakelijk is om te aanvaarden dat de lichamelijke toestand achteruit gaat ten gevolge van de leeftijd, ziekten en aandoeningen.

- "Ik zie ook niet zo gauw ergens tegenop en ik accepteer… ja dat zal wel moeten, zal je zeggen… ik accepteer dat ik ouder word. Je wordt nooit meer de jonge, ik kan niet meer goed lopen."
- "Heb je daar moeite mee gehad om dat te accepteren?"
- "Nou, ik zo ineens wild gymnastiek maken… ik dacht: 'Wat is dat nou!!!'
Ja, een beetje wel even natuurlijk. Ja, je hebt een overgang. Je accepteert niet 'Oh, ik kan dat niet meer'… "

JH: 84-jarige vrouw

- "Dingen die je anders wil? Daar heb je geen invloed op hé… Gezondheidstoestand van uzelf… die moet je aanvaarden, hé? Dat geeft z'n beperkingen. Ik kan ook niet ver meer stappen. We gaan naar de apotheker, we komen terug en dan zeg ik: ik moet gaan zitten."

JH: 85-jarige man

De meeste participanten slagen er op het mentale vlak redelijk goed in om tot aanvaarding van de lichamelijke achteruitgang te komen. Coping-strategieën die zij hierbij hanteren zijn een positieve ingesteldheid, een goed relativeringsvermogen, gevoel voor humor. Een aantal deelnemers deelt het inzicht dat somber zijn niet helpt en de QOL erg aantast. Zij zien de noodzaak om zich actief te verzetten tegen negatieve gevoelens die voortkomen uit de fysieke terugloop.

- "Je moet altijd wat rekening houden met uw lichamelijke beperkingen?"
- "Maar ja, ik denk… luister, ik ben 85 jaar en ik denk… als ik zo eens rondkijk, dan zijn er veel jongere mensen die veel slechter zijn…"
- "Absoluut."
- "En je weet dat je ouder wordt en ergens moet je dat aanvaarden, hé. Je moet daar niet in mee gaan, hé. Je moet je eigen wat verzetten maar… aller ja…"

JS: 85-jarige vrouw

Vaak wordt ook de vergelijking gemaakt tussen de eigen lichamelijke toestand en die van anderen die minder fortuinlijk zijn om zo tot relativeren te komen. In alle gevallen is er behoefte aan tijd om te leren omgaan met de gevolgen van het ouder worden, ziekten en aandoeningen.

- "Maar voor de rest, we pakken het zoals het komt hé. Wij zeggen nu al tegen elkaar, wij klagen wel en ik ben dan met mijn arm aan het sukkelen… het stopt niet, ik zal het zo zeggen… maar dan zeggen wij tegen elkaar: 'Luister, we zijn nog samen. We kunnen alles nog samen doen'. En dan zijn er mensen die jonger zijn, die slechter zijn dan wij hé?"

FF: 85-jarige man

Enkele deelnemers geven aan de toekomst soms somber in te zien en angst voor de toekomstige lichamelijke achteruitgang te ondervinden. Enkele mannelijke participanten geven aan een bepaalde drempel te stellen voor de mate waarin zij bereid zijn hun fysieke terugloop te tolereren. Eens die drempel bereikt overwegen zij een bewust levenseinde en geven daarnaast ook aan mentale rust te vinden bij het idee van een autonome beslissing over het levenseinde.

- "Voor de rest, we zien wel wat er komt… en als het niet meer gaat dan stopt het…"
- "Je zegt dat zo heel beslist. Heb je daarover nagedacht?"
- "Jaja, daar heb ik over nagedacht. Ik ga NIET in een tehuis zitten, dat is niet aan mij besteed. Dan maak ik er gewoon een einde aan… Als het écht niet meer gaat."
- "Dan bedoel je waarschijnlijk op lichamelijk vlak, als je hier niet meer …"
- "Jajaja, natuurlijk hé. Als ik niet meer kan doen wat ik wil doen… Als ik daar in een zetel moet gaan zitten en wachten tot ze me eten komen geven… Ik geloof niet dat je daar bij mij de kans voor krijgt. Nee, dat denk ik niet."

MV: 81-jarige man

3.2.2. Accepteren hulpmiddelen

Een aantal deelnemers hebben vanuit hun fysieke toestand behoefte aan hulpmiddelen om hen in staat te stellen zelfstandig thuis te leven. Gebruik van een rollator, een wandelstok, een personenalarm zijn daarbij het meest genoemd.
De participanten die gebruik maken van hulpmiddelen zijn daar op termijn erg tevreden mee. Naast de nood aan het hulpmiddel zelf is echter ook eerst aanvaarding van dat hulpmiddel nodig. Zo geeft één deelnemer aan initieel erg veel moeite te hebben gehad om te aanvaarden dat een rollator nodig was om zich veilig te verplaatsen.

- "Maar dat heeft lang geduurd voordat ik dat wou, hoor!"
- "Ja? Wat was uw weerstand, waarom wou je het niet graag?"
*- **"Da's voor ouw mensen!"** (gelach)… "Ondanks dat ik 84 jaar werd, dacht ik: 'Zeg!'…"*
- "En nu, toch blij dat je hem hebt?"
- "Jaja."

GD: 84-jarige vrouw

3.2.3. Hulp van anderen aanvaarden

De meesten hebben ten gevolge van de achteruitgang van de lichamelijke conditie behoefte aan ondersteuning bij het onderhouden van het huis. Alle deelnemers, op een echtpaar na, doen een beroep op een poetshulp. Verder hebben een aantal onder hen hulp nodig bij het onderhoud van de tuin en bij klusjes in huis. Meestal worden deze taken uitgevoerd door familieleden, in enkele gevallen wordt een beroep gedaan op een professionele tuinman of professionele hulp. De meeste deelnemers koken zelf, slechts enkelen laten warme maaltijden thuis leveren. De meeste geïnterviewden voeren die taken die ze nog zelfstandig kunnen, zelf uit en vinden dat ook belangrijk. Slechts een deelnemer is voor zo goed als alle taken afhankelijk van thuishulp, mantelzorg en thuis geleverde maaltijden.
Maar ook hier geven de participanten aan dat het noodzakelijk is om die hulp van anderen te leren aanvaarden en de eisen naar de kwaliteit van het geleverde werk bij te stellen, m.a.w. te aanvaarden dat taken anders uitgevoerd worden dan ze zelf zouden doen.

- "Mijn dochters hebben allebei hoogtevrees en die durven die ruiten niet kuisen. En mijn kleindochter is nu zwanger… Jij hebt nog niet gezegd: 'Uw ruiten zijn vuil, hé?' "(lacht)
- "Nee, 'k heb ook niets gezien!" (gelach)
- "Er zijn veel dingen waar ik geen problemen meer van maak, dat ik vroeger wel zou gedaan hebben."

AV: 87-jarige man

3.3. Adaptatie aan de consequenties van het ouder worden

3.3.1. Activiteiten aanpassen

Uit de bevraging blijkt dat de meeste deelnemers behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding en stimuli om actief te blijven. Enkele participanten geven aan motivatie en energie te missen en zo tot minder actie te komen dan ze vooraf plannen. Een aantal deelnemers slaagt er wel in alternatieven te vinden die aansluiten bij de eigen mogelijkheden en beperkingen.

- "En soms denk ik: 'Ja nu ga ik toch nog eens breien' … of zoals nu is het mode met van die groffe wol te breien… en dan denk ik 'Ja, zou ik nu eens niet…' Maar 't is na de middag dat ik mijn fut kwijt ben. En daar moet je geen kracht voor hebben, maar je moet er goesting in hebben…"

JS: 85-jarige vrouw

Alle participanten geven aan dat het noodzakelijk is om de activiteiten aan te passen aan de fysieke toestand. Die activiteiten zelf worden aangepast, wat meestal betekent dat ze niet meer of minder vaak worden uitgevoerd. Sommige deelnemers geven aan alle activiteiten nog wel te blijven doen maar daarbij hun tempo aan te passen aan de lichamelijke conditie.

- "En mis je dat hard?"
- "Ik mis dat wel een beetje, ja. Ik mis wel een beetje om naar de voetbal te gaan, ik mis wel een beetje om eens op reis te gaan. Want dat durven we niet zo goed meer."
(…)
"En dat is wel een beetje spijtig. Maar ik zeg het, er is niet aan te doen. Dat zal ik misschien nog dikwijls moeten zeggen maar dat is een gevolg van het feit van die transplantatie, hé."

HS: 83-jarige man

- "Er zijn dingen die ik niet meer kan hé!"
- "Als je hier nu zo karweitjes doet op de wei… doe jij dat nog allemaal zelf?"
- "Ja… en als ik eens iets zwaar nodig heb dan kan Marc ginder (aan de overkant van de wei) ne keer… of ik heb een Nederlandse kameraad en die komt dan brood halen en dan helpt die eens even, hé. En de rest doe ik zelf… maar zwaar werk, ja dat gaat niet meer. Nee, dat is gedaan… en alles op het gemakske hé… waarom zou ik me haasten… "

MV: 81-jarige man

De vrouwelijke deelneemsters blijken eerder hobby's binnenshuis te hebben: lezen, kruiswoordraadsels, puzzels, handwerken en piano spelen bijvoorbeeld. Als remmende factoren op die activiteiten melden zij vooral lichamelijke aandoeningen: achteruitgang van de visus remt het lezen en handwerken, reumatoïde artritis vormt een hindernis bij het bespelen van de piano. Een deelneemster is erg creatief met het invullen van de vrije tijd. Zij geeft haar Colombiaanse poetsvrouw telkens zij komt poetsen een uurtje Nederlandse les.

- "Ik kan Frans, hé. En als ze iets in het Spaans zegt, dan luister ik goed… en dat gaat bijna hetzelfde als Frans. Maar ik geef haar Nederlandse les nu."
- "Serieus? Echt waar?"
- "Ja, een uurtje Nederlandse les, weet je waarom? De 'u' kunnen ze niet uitspreken dat is 'oe'. Er zijn veel dingen die ze niet kunnen zeggen. Dan rammel ik dat erin, maar die 'u' die krijg je er niet uit" (gelach)

GD: 84-jarige vrouw

De mannelijke geïnterviewden in deze studie verkiezen vaker activiteiten buitenshuis: vissen, biljarten, voetbal, en fietsen worden hierbij het vaakst genoemd. Wanneer hobby's volledig wegvallen, t.g.v. bijvoorbeeld verlies van mobiliteit, ziekten of ingrepen, wordt dat door de deelnemers wel als een gemis ervaren.

- "Heb ik hobby's? Eigenlijk, aangepaste hobby's niet. Nee. Want ik was sportief… dat moet je allemaal afgeven. Lopen, fietsen… "

JV: 85-jarige man

3.3.2. Aangepaste medische zorg

Bij het ouder worden neemt de nood aan medische begeleiding toe. Alle deelnemers hebben een vaste huisarts die zij regelmatig consulteren. Een aantal deelnemers heeft een beperkte nood aan verpleging aan huis, voornamelijk voor hulp bij het toilet. Een enkele deelnemer heeft behoefte aan dagelijkse hulp van verpleging aan huis voor hulp bij het opstaan, aankleden, kleine medische zorgen en medicatiebeheer. De meesten beheren hun medicatie zelf en geven aan daar geen problemen mee te hebben in de normale dagdagelijkse situatie. De meeste participanten ervaren het nemen van medicatie niet als belastend en aanvaarden dat dit bij de leeftijd hoort. Een aantal mensen geeft aan eerder dankbaar te zijn omdat de medicatie hun klachten onder controle brengt. Soms worden nevenwerkingen en de hoeveelheid medicatie wel als belastend ervaren, hoewel daarnaast ook wel inzicht in de noodzaak aan farmacologische ondersteuning bestaat.

- "Maar ik zeg het nog, met de nodige medicatie. En dat vind ik wel spijtig want dat vind ik teveel."
- "Ja?"
- "Ja, ik moet te veel pillen nemen. Maar ja, 't is noodzakelijk, hé. Dus ik kan er niets aan doen, hé."
- "Wat vind je daar het ergste aan, aan die medicatie?"
- "Dat ik bepaalde medicatie moet nemen, die dan weer slecht is voor andere zaken. Ik geef maar een voorbeeld: ik moet dus medicatie nemen die van invloed zijn op mijn beendergestel. Dan moet ik weer medicatie nemen om mijn beendergestel te versterken, enzoverder… Maar ja…"

HS: 83-jarige man

3.3.3. Aanpassing keuze medische hulpmiddelen

Soms kan een aanpassing in de keuze van hulpmiddel een aanzienlijk verschil maken in de QOL en de mogelijkheden in het dagelijks leven. Een man waarvan de benen dagelijks ingezwachteld worden kan hierdoor geen veilig schoeisel meer dragen, wat een groter valrisico met zich meebrengt. Het gebruik van steunkousen zou in zijn geval het dragen van veilig schoeisel mogelijk maken.

- "Nu moet ik alle dagen windels aan laten doen door de verpleegster hier. Waarom? Ik weet het niet, ja… die verpleegster zei nu ook, bij de apotheker hebben ze van die kousen. Geen hele tot boven maar (wijst tot aan de knie)."
- "En daar zie je tegenop?"
- "Ha jà, als er kousen zijn, denk ik dat ik beter in mijn schoenen zou kunnen dan nu met die windels.
Nu moet je eens kijken dat zijn … (wijst naar zijn omzwachtelde benen in aanstekers met velcrosluiting).
- "En daar heb jij dan een probleem mee? Om uw schoenen aan te krijgen?"
- "Ah ja, nu krijg ik mijn schoenen niet aan… en den andere juist van 't zelfde… daar heb ik wel een beetje last mee. En misschien, met kousen, dunnere… dan …"

JS: 83-jarige man

3.3.4. Aanpassen aan de gezondheid van de partner

Op relationeel gebied geven de geïnterviewden aan dat de goede gezondheid van beide partners, het samen activiteiten kunnen doen en het delen van mooie jaren samen een bron van mentaal welbevinden kan zijn. Daar staat tegenover dat een slechte gezondheid van de partner bij een aantal participanten op het gemoed drukt. In sommige gevallen blijft de ene partner vaker thuis omdat de andere partner minder mobiel is. In deze gevallen geven de deelnemers aan de lichamelijke achteruitgang van de ander te aanvaarden vanuit respect en liefde voor de partner of vanuit plichtsgevoel. Verschillende deelnemers geven namelijk aan minder activiteiten te doen dan ze zouden willen doordat de toestand van de partner dit niet toelaat.

- "Jaja. En ook vanaf het moment dat hij niet meer zo goed kon stappen, ja dan waren de grote reizen ook gedaan, hé. Want wat wil je uren met een vliegtuig naar kweetniewaar gaan om daar op een terras te gaan zitten…"
- "Is dat iets wat je mist?"
- "Mwa… missen is een groot woord. Als hij dat niet had, of ik, dan weet ik niet of we dat nog zouden doen. Want de laatste keer Amerika, het was toch heel vermoeiend. Vooral omdat wij geen strandliggers zijn en altijd maar alles willen doen. Ondertussen, onze leeftijd…"

LD: 78-jarige vrouw

- "En als we dan gaan wandelen… want daarstraks zijn we heen en weer naar de apotheker geweest… dan ben ik blij dat ik terug thuis ben. En dat komt, want mijn echtgenote is 2 jaar geleden geopereerd aan haar heup, versta je… dus dat is altijd moeten genezen op het gemakske aan en ik was destijds altijd gewoon om met de hond 2 keer per dag een grote wandeling te doen, niet slenteren maar goed doorstappen… En met mijn echtgenote erbij nu ben ik meer gaan slenteren. En dat, dat slenteren… nu geraak ik niet meer vooruit versta je?"

FF: 85-jarige man

- "En uitstapjes met de auto, is ook niet te doen?"
- "Nee, want dan blijft ze gewoon in de auto zitten. Ik deed dat altijd graag. Ik heb heel veel van Europa gezien en ik deed dat altijd graag. Iets laten zien. Maar ze komt nog niet meer uit de auto... Ze blijft op die stoel zitten en ja, bon... 'Ga maar kijken'… Nee."

MS: 81-jarige man

3.3.5. Aanpassingen na het overlijden van de partner

Deelnemers van wie de partner overleden is hebben vooral behoefte aan voldoende tijd om het rouwproces te verwerken. Dankbaarheid voor de jaren samen en mooie herinneringen worden dan eventueel als bijdragen aan de verwerking vernoemd.

- "Maar soms doet het toch wel pijn, hoor. Zoals, ik ben al verschillende keren op een plaats geweest waar we vroeger samen kwamen. Dan moet je daar binnengaan en je bent alleen. Dat zijn de momenten waarop je… ja. Vroeger ging je daar zitten en begon je tegen elkaar maar wat te fezelen, te praten over Piet en Klaas… En nu zit je daar alleen…"

AV: 87-jarige man

Enkelen proberen actief terug deel te nemen aan activiteiten die ze vanwege het ziekteproces van de overleden partner een tijd niet hebben gedaan.

- "Want nu ben ik aan het proberen, de laatste tijd ben ik er een beetje over, om terug… wat ik vroeger graag deed was biljarten… Ja, nu hebben ze hier in Essen een nieuw dienstencentrum en ben ik al verschillende keren gaan biljarten. En ik heb een maat van dezelfde leeftijd, samen naar school gegaan altijd enzo, daar ga ik een aantal keer per week mee naar de Wouwse Plantage een kopje koffie drinken en wat praten. Dan hebben we een plekje, halverwege naar Roosendaal, een rusthuis waar hij wat vrienden heeft. Dat schept ook weer een band. Zoiets allemaal…"

AV: 87-jarige man

3.3.6. Aanpassingen en verwerking na tegenslag en life-events

De meeste participanten slagen er na verloop van tijd goed in de tegenslagen in hun leven te verwerken. Het verwerken van tegenslag of negatieve ervaringen vraagt volgens hen een bepaalde veerkracht, levenswijsheid en relativeringsvermogen.

- "Je hebt jezelf niet gemaakt, zeg ik dan. Het overkomt je en daar moet je mee weten om te gaan, en dat weet ik gelukkig."
- "Is dat het: leren omgaan met dingen?"
- "Ja, ook het leren omgaan met dingen, dat geloof ik wel. Ik zal niet zeggen dat ik zo intelligent ben, maar verstandig zijn hé… Ook al gauw de andere kant ervan zien. Nee, je hebt niet alle eigenschappen in je."
- "Relativeren? Als er iets naars op je pad komt?"
- "Ja dat is het, hé!"

JH: 84-jarige vrouw

Een andere coping-strategie die hierbij vernoemd wordt is het actief besluiten om door te gaan en bewust te kiezen voor herstel.

- "Op een of andere manier moet je zeggen: 'Ik ga ervoor of niet.' Ergens moet je de knop omdraaien.
De eerste dagen dat ik in de Mick was, kon ik maar amper praten. Een zin en dan was ik moe, moe. Dan zat ik in een rolstoel en dan kon ik eens tot in de gang gaan kijken. Maar stelselmatig: dan met een rollator en dan zonder rollator na x-aantal dagen."

AV: 87-jarige man

Een andere participant vindt de motivatie om door te gaan na een erge tegenslag in het sombere alternatieve scenario indien hij niets zou ondernemen.

- "En zo zijn er 3 (paarden) in de brand gebleven... de stal, alles weg... alles, alles... kar, fiets.
Ja, dan lig je wakker hé. En dan terug opnieuw begonnen. Wat moest ik anders doen?
Daar in 'De Bijster' (rusthuis) gaan zitten?"

MV: 81-jarige man

3.3.7. Aangepaste woning

Een aantal geïnterviewden woont nog in de originele gezinswoning, inclusief tuin. Zij hebben daar in enkele gevallen de nodige (dure) aanpassingen aan laten doen om hen in staat te stellen te blijven wonen.

JH: Nou, ik kan niet zo goed lopen, hé. Want ik ben geopereerd aan mijn knieën, ik heb een paar nieuwe knieën maar dat is 7 jaar geleden. En ja verder… ik heb overal rollators staan en ik heb ook een liftje waar ik mee naar boven kan. Niet langs de trap maar een liftje waar ik ook met dat ding in kan. En als ik wat gewassen heb of… nou strijken doe ik bijna niet want je kan tegenwoordig veel ophangen en dan is het ook goed… en dan gooi ik het in dat ding (mandje van de rollator) en dan ga ik zo naar boven en gaat het in de kast.

JH: 84-jarige vrouw

- "Want toen wij hier gingen wonen, toen zei mijn man… die heeft nooit in de tuin gewerkt, ik heb altijd wel de tuin gedaan, maar dat werd ook al bezwaarlijk… toen zei hij: 'Als we ergens gaan wonen dat moeten we niet een te moeilijke tuin hebben. Niet te groot.'"

JH: 84-jarige vrouw

Andere participanten zijn in de loop van de jaren verhuisd naar een compactere, onderhoudsvriendelijke woning die in de meeste gevallen meer bij hun noden, behoeften en wensen aansluit. Redenen om te verhuizen waren in die gevallen: niet meer in staat zijn de woning/tuin te onderhouden, ziekte van partner, dichter bij de dorpskern willen wonen zodat alles binnen loopafstand is en financiële beperkingen waardoor verhuis naar een sociale woning noodzakelijk was.

- "Want wij woonden vroeger… ik mag niet zeggen 'op den buiten'… maar buiten het centrum. Niet dat je op Heikant weg moet want er is ook een winkel, er is ook alles. We zouden terecht kunnen.
Maar hier is het toch anders: de post, de bib, de bank, onze dokter gaan we allemaal te voet. Dat is een voordeel."

JV: 85-jarige man

Onder diegenen die verhuisden, zijn enkele deelnemers niet onverdeeld tevreden. Zij missen de oude woning omwille van verlies aan sociale contacten met buren en het inleveren van privacy en vrijheid. Een man merkt op dat het appartement waar hij nu woont zoveel comfort biedt en minimaal onderhoud vraagt dat hij eigenlijk te weinig uitdagingen heeft.

- "Was dat moeilijk om u daaraan (nieuwe woning) aan te passen?"
- "In het begin niet, hé… want dat gaf me ineens zoveel vrijheid… die je nu vaak niet meer ingevuld krijgt."

JV: 85-jarige man

- "Ik heb hier alles wat ik nodig heb, ik moet niets doen maar… ik kàn hier ook niets meer doen."

AV: 87-jarige man

Een deelnemer die in een moeilijke financiële situatie zit na een echtscheiding ondervindt daar veel nadelen van. Hij kreeg een sociale woning toegewezen (appartement op een verdieping) waar geen huisdieren mogen gehouden worden en mist hierdoor het gezelschap van een hond wat zijn gevoel van eenzaamheid vergroot.

- "... als je beneden zou wonen dan..."
- "Dan kon ik terug een hond houden! Dan had ik gezelschap aan dat beestje want ik heb altijd honden gehad. Dat beestje is hier gestorven... en daar mag ik niets houden... Ik zeg het, ik ben 81 jaar en als ik ergens terug op een beneden kon wonen, hier dichtbij zodat ik dat te voet kon doen... Ik kan er zelfs nog geen fiets zetten! Er is alleen parking voor de deur voor de auto en voor de rest houdt het op."

MS: 81-jarige man

3.3.8. Aanpassing van gewoonten: wel/niet een huisdier

De meeste participanten hebben geen huisdieren (meer). Toch worden een aantal frappante uitspraken gedaan i.v.m. dit onderwerp. Het gezelschap van een huisdier kan bijvoorbeeld ten dele compenseren voor het verlies van een partner. Ze kunnen een potentiële bron van activatie zijn en zelfs een doel geven aan elke nieuwe dag. Een deelnemer die de zorg voor een paard, een pony, enkele ezels, ganzen en kippen op zich heeft genomen beklemtoont dat deze dieren hem verplichten om elke dag op te staan en aan de slag te gaan.
Andere deelnemers die vroeger wel een hond hadden verkiezen heel bewust om nu geen nieuw huisdier in huis te halen vanuit de bekommernis dat zij voor het dier zouden sterven en ze de zorg niet aan anderen over willen laten.

- "En je bent ook verplicht als je dat hebt... want je kunt die beesten geen honger laten lijden, en ze moeten verzorging krijgen. En ik geloof toch wel dat ze hier verzorgd zijn, ze mogen altijd komen kijken. Dat is elke morgen die stallen uitkuisen, eten en drinken geven, zien dat er water overal is, dat er voldoende eten in huis komt voor die beesten. 't Heeft alles zijn opgave, want voor niets komt de zon op hoor.

MS: 81-jarige man

3.3.9. Aanpassing aan verlies van mobiliteit

Mobiliteit blijkt een belangrijk onderwerp in de dagdagelijkse praktijk van een aantal deelnemers aan deze studie. Verschillende participanten rijden niet meer met de auto of fiets. De impact hiervan verschilt erg van deelnemer tot deelnemer waarbij mannen gevoeliger lijken voor het verlies aan mobiliteit dan vrouwen. Ook bij een aantal participanten die nog wel autorijden leeft de vrees voor de dag dat dit niet meer kan. Een aantal onder hen geeft zelfs aan dat hier de grens ligt voor de beslissing tot een actieve levensbeëindiging.
Een man getuigt over de mate waarin het verlies aan mobiliteit zijn QOL aangetast heeft. Hij ervaart een verlies van autonomie en mist de vrijheid om zich te verplaatsen waar en wanneer hij wil. Hij heeft erg veel moeite om afhankelijk te zijn van anderen om zich te verplaatsen. Hierdoor komt hij tot veel minder sociale contacten, hij kan zijn vrienden niet meer bezoeken, en mist hij hobby's en activiteiten wat uiteindelijk resulteert in een ernstig isolement.
Anderen, vooral vrouwen, lijken minder moeite te hebben om te aanvaarden dat ze afhankelijk van anderen zijn om zich te verplaatsen. Mogelijk is dit het gevolg van de eerder klassieke rolverdeling tussen man en vrouw in deze generatie.

- "Mijn zoon is me komen halen met de auto. Het is geen kilometer, hé? … de Heikantlaan? Dan denk ik: 'Ja aller, ik zal gaan maar …pff'. Dat is anders hé… je kunt niet weg wanneer je wil … Nu moet je wachten tot mijn zoon dan zegt: 'Ik ga naar huis, rijd je mee?' En zoiets allemaal…"
- "Je bent veel afhankelijker? Daar heb je het moeilijk mee?"
- "Jaja"
- "Vooral het verlies van vrijheid dan?"
- "Jà! Ja ja… En nu zit ik hier altijd binnen, een hele godganse dag…"

JS: 83-jarige man

- "Zeg, en vind je dat erg dat je niet meer kunt fietsen nu?"
- "Ja, nu niet meer hé… maar in 't begin wel. Dan zag ik altijd fietsers voorbijkomen, dan … 'Als dat nog maar eens kon!'… Maar nu niet meer."
- "Je hebt het geaccepteerd?"
- "Ja"

GD: 84-jarige vrouw

3.4. Belang en impact van sociale contacten

3.4.1. Behoefte aan sociale contacten

In het algemeen merken deelnemers op dat sociale contacten veranderen door de jaren heen. Zij verminderen ten gevolge van overlijden van vrienden en kennissen. De vriendenkring dunt uit en vriendschappen verschuiven vaak in functie van de activiteiten en hobby's. In de meeste gevallen beantwoorden de sociale contacten wel aan de behoeften.
De behoefte aan sociale contacten is zeer verschillend binnen de groep geïnterviewden. Sommige geven aan 'eenzaat' te zijn en een zeer beperkte behoefte aan contacten te hebben. Voor anderen volstaan beperkte sociale contacten: bij de kapper, in de winkel of een praatje met de buren. De meeste deelnemers hebben af en toe contact met (enkele) van hun buren. Verhuis naar een appartement draagt in een aantal gevallen bij aan een verminderd contact met de buren.

- "Hij(echtgenoot) heeft gemakkelijker volk nodig en een babbel, dan dat ik heb. Ik ben vanmorgen naar de coiffeur geweest, dat is een half uur, maar daar zit ik dan wel te tetteren hé. Versta je? Maar dat is al genoeg. Zoals nu (gesprek met mij) dat is heel goed. Maar ik niet veel volk nodig. Ik kan hier alleen zijn en dan voel ik mij goed. Want dan ben ik toch nog wel met iets bezig zoals met mijn paperassen, ofwel ben ik aan 't lezen, ofwel ben ik aan 't puzzelen… maar ik zie wel. Ik kan stilletjes zitten ook, hé. En 's avonds is het TV, hé."

JS: 85-jarige vrouw

- "Ik heb altijd onder de mensen geweest. Ik deed veel tankstations, vaak naar het vliegveld Zaventem gereden. Ik kwam altijd met mensen in aanraking…"
- "… een heel sociaal beroep…"
- "Ja… dat mag je eigenlijk wel zeggen. En ik kan met iedereen babbelen, op het gemakske aan… en dikwijls zotte kloppen… en nu is dat allemaal weggevallen natuurlijk met op pensioen te gaan hé."
- "Mis je dat? Mis je de sociale contacten?"
- "Jhaaa…"

FF: 85-jarige man

Een kleine groep geeft aan een grotere behoefte aan sociale contacten te hebben en er ook moeite mee te hebben als die niet voldaan wordt. In die gevallen gaan enkele onder hen actief op zoek naar gelegenheden waar zij mensen kunnen ontmoeten en onderhouden ze die nieuwe vriendschappen ook actief.

- "We gaan nog alle weken naar de vereniging. Of het moesten dingen zijn die ik niet aan kan vanwege het stappen of lang staan, iets bezoeken… dat gaat niet meer. Daar heb ik het mijne van gehad. En dan gebeurt het weleens dat we weten waar de 'pleisterplaats' is, waar ze bij elkaar komen, dat we naar daar rijden om toch een beetje sociaal contact te hebben."

JV: 85-jarige man

Ten slotte geven een aantal deelnemers aan, naast een bepaalde behoefte aan sociale contacten, ook nood te hebben aan privacy en rust.

- "Ik heb een paar mensen waarmee ik in contact kom, maar voor de rest niet… ik ben meer een eenzaat
- "Je bent ook liever alleen?"
- "Soms wel ja. Soms wel… Iedereen is welkom, maar je wordt ouder en dan … Da's normaal hé? Ik vind dat toch normaal."
- "Ze moeten niet alle dag op uw stoep komen staan?"
- "Nee nee. En als ik thuis ben liever niet."

MS: 81-jarige man

3.4.2. Verenigingen

Verenigingen, hobby's en activiteiten zijn voor een aantal deelnemers een bron voor sociale contacten. Andere deelnemers geven aan geen behoefte aan het verenigingsleven te hebben. Diegenen die lid zijn van een vereniging kiezen de activiteiten waaraan ze deelnemen in functie van hun mogelijkheden, beperkingen en interesses.

- "Dat is iedere week dinsdag. En daar gaan we naartoe. Dat is vrijblijvend, je kunt komen of je kunt niet komen. Dus als er iets gedaan wordt dat ons aanstaat, er zijn verschillende activiteiten die zij doen… meestal wandelen, een museum gaan bezien… nu deze week rijden ze naar Yerzeke dan gaan ze de productie van de mosselen bekijken, en zo verder…"
- "En ga je dan mee?"
- "Nee nee… want ik heb het al gezien."
- "Ah zo." (gelach)

HS: 83-jarige man

Integratie in de hechte gemeenschap van Essen blijkt een struikelblok voor een man die uit Antwerpen verhuisde. Zelfs na decennia heeft hij het gevoel niet volledig opgenomen te zijn in het lokale sociale leven ondanks het feit dat hij zeer actief was in het verenigingsleven.

- "Maar aan de visvijver word ik wel gewaar… ik ben een Antwerpenaar en dat zijn er van Essen, Kalmthout, omgeving… en daar kom je niet tussen hé. Daar kom je niet tussen."

FF: 85-jarige man

Twee deelnemers merken op dat het verenigingsleven het gevaar van overmatige alcoholconsumptie inhoudt. Een deelnemer kiest vanwege het alcoholgebruik dat verweven zit in het verenigingsleven heel bewust om thuis te blijven.

- "Zeg die vereniging waar je het daarnet over had, wat voor vereniging is dat?"
- "ESA… Essens sinjoren atelier. Daar doen wij allerlei activiteiten, alle weken zien wij elkaar. De leden richten zelf in … en dan weten we dat we daar een café vinden met ons volk. En daar heb je dan sociaal contact… via 'de kraan'…

JV: 85-jarige man

- "Dat is niet voor mijn gezondheid maar dat is gewoon om bang te zijn want dan krijg je een groep mensen bij elkaar en daar wordt dikwijls gezegd: 'Drinkt er nog ene, drinkt er nog ene…' En dan moet je passen. En op water… dat is dan toch om uw voeten te wassen (lacht)…

HS: 83-jarige man

3.4.3. Contact met kinderen en kleinkinderen

De meeste participanten hebben een goede relatie met kinderen en kleinkinderen. Wanneer dat niet zo is, kan dat een bron van verdriet en eenzaamheid zijn. De contacten beantwoorden ongeveer in de helft van de gevallen aan de verwachtingen, de andere helft zou liever meer contact hebben. In de laatste groep bestaat er dan wel begrip voor de omstandigheden die bijdragen tot het verminderde contact: werkdruk, veraf wonen, op kot zitten, etc. Deze groep heeft dan wel het gevoel dat de kinderen er zijn wanneer het nodig is. Een deelnemer heeft nauwelijks nog contact met kinderen en kleinkinderen en lijdt daar emotioneel onder. Soms wordt een gestructureerd familiaal contact onderhouden, bijvoorbeeld eenmaal per week samen dineren, om te voorkomen dat de contacten verwateren.

- "En je ziet die regelmatig?"
- "Ja, natuurlijk ze zijn praktisch allemaal volwassen, wordt dat wel minder tegen vroeger… maar toch genoeg. Jaja. En ik blijf er goed van op de hoogte van hun doen en laten."
- "Als je minder contact hebt met de kleinkinderen, aan wat ligt dat dan?"
- "Omdat ze het zelf te druk hebben." (gelach)
- "En heb je daar dan begrip voor?"
- " Ja, begrip wel… maar als het te lang duurt, dan heb ik toch zoiets van… als ze nu maar eens komen."

LD: 78-jarige vrouw

- "Gisteren kwamen de kinders: 2 dochters, 3 kleinkinders en 2 achterkleinkinders…"
- "En zie je die veel? Hebben jullie veel contact?"
- "Tja, veel… kijk, als ik ziek was, zijn die vaak gekomen. Maar die hebben allemaal hun gezin. Mijn oudste dochter is vorig jaar op pensioen gegaan en hare man ook. Maar die hebben een dochter en die dochter heeft al 2 kindjes, dus… "

AV: 87-jarige man

3.4.4. Eenzaamheid/Sociaal isolement

Alleenstaande participanten geven vaker aan eenzaam te zijn of in een sociaal isolement te zitten. Een man vindt compensatie voor het gebrek aan sociale contacten, sinds hij gescheiden is en geen contact meer heeft met zijn kinderen, bij de dieren die hij dagelijks verzorgd.

- "Mwa… je bent eenzaam hé… want er zijn weken dat je hier geen kat ziet hé… en dat knaagt soms wel hoor."

MS: 81-jarige man

- "Ja, je zit hier een hele dag maar te zitten hé. En die muren, die zeggen niks hé. En ik doe ik ook wel graag eens een praatje. Ja, maar ja."

AV: 87-jarige man

3.4.5. Impact van sociale contacten

Sociale contacten kunnen de mate van activiteit beïnvloeden. Een deelnemer benadrukt het belang van sociale contacten als stimulans bij revalidatie. Zijn buren waar hij voor een heelkundige ingreep mee fietste, stimuleerden hem om goed te revalideren zodat ze hun gezamenlijke hobby opnieuw op konden nemen.

- "En fiets jij nu terug?"

- "Jaja. Want die (de buren) pepten mij op: 'Als we in augustus terugkomen met onze camper, dat we kunnen gaan fietsen, hé'. En ik dacht: 'Jà, jij gelooft toch niet dat ik ga fietsen in september zeker?!'… En werkelijk… die man is met mij voor het eerst gaan fietsen. Maar hier naar de Wildert naar het kerkhof, kortbij… 6 km heen en 6 km terug… en naar de Bakkersmolen een koffietje gaan drinken."

AV: 87-jarige man

3.4.6. Factoren die sociale contacten beïnvloeden

De mate waarin participanten sociale contacten hebben wordt, zoals eerder beschreven, voor veel deelnemers beïnvloedt door de behoefte aan contacten, de eigen gezondheid, die van de partner en de (auto-)mobiliteit. Daarnaast vermeldt een deelnemer de invloed van computergebruik op sociale contacten. Hij kiest er bewust voor om die beperkt te gebruiken en zelf naar de bank en het postkantoor te gaan voor zijn dagelijkse dosis menselijk contact.

- "Ik zoek alles op, via Google enzo… maar ik ben wel afgeleerd om alles digitaal te doen want ik ga nu nog naar de bank, naar de post… anders zie je niemand meer. Ik kom iemand tegen, of ik zeg aan het loket nog iets…"

JV: 85-jarige man

---

4. Discussie

Dit explorerend beschrijvend onderzoek beschrijft de noden en behoeften van een twaalftal kwetsbare thuiswonende 75-plussers in een kleine, eerder rurale gemeente in Vlaanderen en dit op een breed vlak (fysisch, psychologisch, sociaal en (leef-)omgevingsvlak). Drie belangrijke thema's kwamen hieruit naar voor: (1) acceptatie van alle aspecten van het ouder worden, (2) adaptatie aan de consequenties van het ouder worden en (3) het belang en de impact van sociale contacten.

Acceptatie van alle aspecten van het ouder worden

Dit thema toonde het belang van aanvaarding als copingstrategie bij het ouder worden. De ouderen worden geconfronteerd met achteruitgang van de lichamelijke conditie, verhoogde nood aan medische ondersteuning, hulpmiddelen en hulp van anderen. Om een goede QOL te onderhouden is het volgens ons noodzakelijk om tot aanvaarding van deze achteruitgang en zijn gevolgen te komen, wat ook bevestigd wordt in een studie door Birkeland et al. (2009)[12]. De ouderen ervaren soms initieel weerstand bij het accepteren van het verouderingsproces en zijn gevolgen maar komen meestal na verloop van tijd tot aanvaarding.

Adaptatie aan de consequenties van het ouder worden

De deelnemers getuigen over de aanpassingen die nodig zijn om de gevolgen van het ouder worden op te vangen, hen in staat te stellen thuis te blijven wonen en voldoende QOL te bewaren. Activiteiten worden aangepast op basis van hun mogelijkheden en beperkingen. Mannen met een interesse voor meer actieve hobby's buitenshuis voelen sneller de gevolgen van de lichamelijke achteruitgang. Medische zorg en medische hulpmiddelen worden aangepast aan ieders individuele behoefte. Ziekte van de partner noodzaakt tot aanpassingen in het dagelijks leven van de ouderen waarbij wijzigingen in hun prioriteiten, tijdsbesteding, sociale contacten en activiteiten ervaren worden. Ouderen die getroffen worden door tegenslag, life-events of overlijden van een partner hanteren verschillende coping-strategieën om deze negatieve ervaringen te verwerken waaronder steunen op levenswijsheid en relativeringsvermogen en het actief aanpassen van de mentale instelling. Op het praktische vlak doen ouderen aanpassingen aan de bestaande woning of verhuizen naar een woning die aangepast is aan hun individuele noden. Tenslotte wordt het verlies van mobiliteit, vooral door de mannelijke deelnemers in deze studie, ervaren als een van de grootste aanpassingen aan het ouder worden met negatieve gevolgen op activiteiten, onafhankelijkheid en sociale contacten. Adaptatie is dus in dit verband een belangrijke copingstrategie, wat ook in de literatuur in meerdere modellen beschreven wordt[13,15] en waar de meeste van deze ouderen goed in slagen.

Het belang en de impact van sociale contacten

De behoefte aan sociale contacten bij deze 75-plussers is individueel bepaald maar wordt in de meeste gevallen wel voldaan. Ouderen die behoefte hebben aan meer sociale contacten gaan daar actief naar op zoek, o.a. in verenigingen, die in dat geval ook een bron voor activiteiten zijn. Daarnaast ervaren enkele (alleenstaande) deelnemers toch eenzaamheid of sociaal isolement. Wanneer ouderen, ten gevolge van de drukke agenda van kinderen en kleinkinderen, minder contact met hen hebben dan ze zouden willen, hebben ze hier in de meeste gevallen wel begrip voor. Factoren die de ouderen zien als invloed op de mate van sociale contacten zijn: de behoefte aan contacten, de eigen gezondheid en die

van de partner en hun (auto-)mobiliteit. Omgekeerd ervaren zij de invloed van sociale contacten op hun activiteitsniveau, gezondheid en bij revalidatie. Golden et al. (2009)[16] omschrijft de positieve invloed van goed uitgebouwde sociale netwerken op de zelf-gerapporteerde QOL bij ouderen en James et al. (2011)[17] stelt een gunstig effect van sociale contacten vast op zowel de mentale als de psychische gezondheid en daling van het risico op afname van de dagelijkse activiteit (ADL) en de instrumentale dagelijkse activiteit (IADL). Dit konden wij in onze studie niet weerhouden, d.w.z. wij konden geen uitgetekende verschillen vaststellen tussen die ouderen die wel een uitgebreid sociaal netwerk hadden t.o.v. diegenen die slechts sporadisch sociale contacten hadden. Mogelijk was dit een gevolg van het kleine aantal deelnemers in onze studie.

Sterktes en zwaktes van deze studie

De sterkte van deze studie is dat zij een van de weinigen is die de noden en behoeften van kwetsbare thuiswonende 75-plussers op een breed vlak en in de diepte onderzocht. Onze bevindingen kunnen de huisarts en andere zorgverleners zeker aanknopingspunten bieden voor een betere zorg voor 75-plussers.

Hoewel onze resultaten betekenisvol zijn voor gelijkaardige settings, zijn ze niet geschikt om te veralgemenen. Deelnemers aan onze studie waren zonder uitzondering blank, hadden op een deelnemer na geen grote financiële problemen, waren op een deelnemer na getrouwd of weduwe(naar) en waren op twee deelnemers na geboren en getogen in deze kleine rurale gemeente. Om een vollediger beeld te krijgen, dient verder vergelijkbaar onderzoek te gebeuren in bijvoorbeeld de grootstad of in gemeenschappen waar een grotere vertegenwoordiging is van allochtonen, gescheiden of ongehuwde alleenstaanden, minderhedengroepen en ouderen die minder financiële mogelijkheden hebben.

Hoewel vooropgesteld dat een vijftiental interviews nodig zouden zijn alvorens tot saturatie of 'sufficiency' te komen, maar dit binnen het tijdsbestek niet haalbaar was, werden slechts twaalf ouderen geïnterviewd. Dit kan de resultaten zowel positief als negatief beïnvloed hebben. Toch hebben we als onderzoekers te indruk een aanvaardbaar punt van saturatie bereikt te hebben.

Als onderzoeker kan ik vanuit mijn achtergrond als huisarts-in-opleiding mogelijk andere accenten gelegd hebben bij de afname en de interpretaties van de interviews dan een onderzoeker met een andere achtergrond. Mogelijk is ook dit een aanknopingspunt voor verder onderzoek vanuit andere disciplines.

Conclusie

Deze studie levert meer inzicht in de noden en behoeften die bestaan bij kwetsbare, thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk van een kleine, rurale gemeente in Vlaanderen. Uit dit onderzoek blijkt dat de prioriteiten van deze onderzoekspopulatie niet zozeer op het medische vlak liggen maar eerder gezocht moeten worden in de psychosociale context van het ouder worden en dat de mogelijkheden om thuiswonende 75-plussers te ondersteunen en te begeleiden in hun aanvaarding van het ouder worden, en alle gevolgen die dat op hun QOL heeft, veel breder zijn dan men zou verwachten. Er zijn veel vlakken waarop, indien nodig, ingespeeld kan worden om aan de individuele behoeften en noden tegemoet te komen. Een goede zorg op maat vertrekt bij voorkeur vanuit respect voor de autonomie van de oudere. Vaststellen waar en wanneer begeleiding of ondersteuning nodig is, vraagt een bepaalde mate van alertheid van de huisarts en andere hulpverleners. En dit niet alleen op het medische of praktische vlak maar op alle vlakken die een invloed hebben op de QOL van de thuiswonende 75-plusser.

Relevantie voor de klinische praktijk

Deze studie is te klein om aanbevelingen voor huisartsen en andere zorgverleners te doen maar er kunnen wel een aantal betekenisvolle suggesties uit geformuleerd worden.
Wanneer zorgverleners zich bewust zijn van de processen van acceptatie en adaptatie en inzicht hebben in het belang van sociale contacten voor 75-plussers dan geeft dat hen de mogelijkheid om hun zorg hier beter op af te stemmen. Zij staan immers in die unieke situatie waarbij ze dicht bij de thuiswonende oudere staan en inkijk krijgen in alle aspecten van hun leven. Dit biedt enerzijds de mogelijk om deze processen te stimuleren in het voordeel van de patiënt. Anderzijds kan de alertheid van zorgverleners zorgen voor tijdige onderkenning wanneer het fout loopt op een van deze vlakken.

Aanvaarden
Zorgverleners die merken dat een patiënt moeite heeft met het aanvaarden van het ouder worden en de gevolgen hiervan kunnen dit vanuit hun unieke situatie trachten bespreekbaar te maken, zinvolle alternatieven samen met de patiënt exploreren en zo bijdragen aan het proces van acceptatie.

- Zijn alle voorgestelde therapieën of hulpmiddelen aanvaardbaar?
- Zo niet, waarom niet? En bestaan er meer geschikte alternatieven?
- Kan de patiënt hulp aanvaarden en zo niet, waar ligt zijn/haar grens?
- Wanneer een patiënt niet tot aanvaarding komt: is er behoefte aan psychologische ondersteuning (en is dat aanvaardbaar voor de oudere)?

Aanpassingen
Zorgverleners kunnen het adaptatieproces ondersteunen door aandacht te hebben voor alle vlakken waarop ouderen aanpassingen doen om met de consequenties van het ouder worden om te gaan.

- Past een patiënt zijn activiteiten aan aan zijn/haar mogelijkheden of dreigt sedentatie vanuit het gebrek aan alternatieven?
- Hoe groot is de impact van ziekte van een patiënt op de partner? Zijn er mogelijkheden om dit op te vangen?
- Rouwt een patiënt op de normale manier of gaat het om pathologische rouw die psychologische ondersteuning vraagt?
- Hoe groot is de impact van verlies van een huisdier, verlies van mobiliteit?

Sociale contacten
De huisarts of hulpverlener heeft vanuit zijn unieke situatie meestal een goed beeld van de sociale omkadering van de oudere. Ook hier is kan bijvoorbeeld het bespreekbaar maken van moeilijke onderwerpen als eenzaamheid en sociale isolatie nodig zijn.

- Beantwoordt het sociale contact aan de behoeften of zijn er tekenen van sociaal isolement/eenzaamheid? Zijn er in dat geval alternatieven die aangereikt kunnen worden?
- Kunnen sociale contacten ingeschakeld worden om bij te dragen aan het fysische of psychische welzijn van de oudere?

5. Zelfreflectie

Kwalitatief onderzoek was een vorm van studie waar ik voordien niet vertrouwd mee was, waardoor het (1) interessant was om die stijl van onderzoeken te exploreren en (2) verhelderend was om te ontdekken welke waardevolle complementaire bijdrage kwalitatieve onderzoeken kunnen leveren naast de kwantitatieve studies. Het uitvoeren van dit kwalitatief onderzoek heeft zeker een positieve impact gehad op mijn ontplooiing als toekomstig huisarts hoewel ik het bij tijden een moeilijk leerproces vond. Tijdens het hele verloop van deze studie was ik me bewust van het feit dat ik nog niet erg ervaren was in deze vorm van onderzoeken. Uit het piloteren van de vragenlijst heb ik bijvoorbeeld te weinig geleerd (op dat ogenblik). Wanneer ik de studie opnieuw zou doen, zou ik al veel sneller op zoek gaan naar de grote thema's en die meer inbouwen in de aangepaste semi-gestructureerde vragenlijst zodat de focus tijdens de interviews veel sneller op die grote thema's zou vallen en ik mogelijk nog meer relevante informatie had kunnen verzamelen.

Mijn time-management zou ik ook anders aanpakken. Bij de planning van deze studie was ik uitgegaan van een puur theoretische planning die veel te weinig rekening hield met (1) de tijd die nodig was om de interviews uit te schrijven, te coderen en te clusteren en (2) mijn dagelijkse taken als huisarts-in-opleiding.

Tenslotte ben ik me bewust van het feit dat ik de interviews en de daaruit voorvloeiende data geïnterpreteerd en verwerkt heb vanuit mijn persoonlijkheidskenmerken. Mijn interpretatie als 54-jarige vrouw, toekomstig huisarts, met ouders in de leeftijdscategorie van de deelnemers zal allicht anders zijn dan die van een onderzoeker uit bijvoorbeeld een ander leeftijdscategorie of uit een andere wetenschappelijke discipline.

6. Referenties

1. He W, Goodkind D, Kowal P. An Aging World: 2015. International Population Reports. Internetsite Census 2016. Beschikbaar via https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf Geraadpleegd 2018 april 25.

2. Penn Schoen Berland. The United States of Aging Survey 2012. AARP internetsite. Beschikbaar via https://www.aarp.org/content/dam/aarp/livable-communities/learn/research/the-united-states-of-aging-survey-2012-aarp.pdf Geraadpleegd op 25/04/2018.

3. Saurabh Ram Bihar Lal Shriastava et al. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. Int J Prev Med. 2013 oct; 4(10): 1224-1225.

4. D.L. Kodner. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. Health and Social Care. September 2006 vol. 14 (5) 384–390.

5. Rademakers, J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht; NIVEL, 2014. Beschikbaar via http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&priref=1002500 Geraadpleegd op 27/2/2017.

6. Garland J. Adaptation skills in the elderly, their supporters and carers. Psychology and psychotherapy 1985; Vol 58(3), 267-274.

7. Yuan Yuan Fu, Yu Guo, Xue Bai, Ernest Wing Tak Chui. Factors associated with older people's long-term care needs: a case study adopting the expanded version of the Anderson Model in China. BMC Geriatr. 2017; 17: 38.

8. Stuckey HL. Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. J Soc Health Diabetes 2013;1:56-9.

9. Camila Junqueira Muylaert, Vicente Sarubbi Jr., Paulo Rogério Gallo, Modesto Leite Rolim Neto, Alberto Olavo Advincula Reis. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(Esp2): 184-189.

10. Lawrence A. Palinkas, Sarah M. Horwitz, Carla A. Green, Jennifer P. Wisdom, Naihua Duan, Kimberly Hoagwood. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research**.** Adm Policy Ment Health. 2015 Sep; 42(5): 533–544.

11. Ritchie J., Lewis J., editors. (Eds.). (2003). Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

12. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. Int J Nurs Pract. 2009 Aug;15(4):257-64.

13. Freund, Baltes. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. Psychology and Aging, Vol 13(4), Dec 1998, 531-543.

14. Handbook of the Clinical Psychology of Ageing, Second Edition. Edited by Bob Woods and Linda Clare © 2008 John. Wiley & Sons, Ltd. Ageing and adaptation. Hfst 2, 17-32.

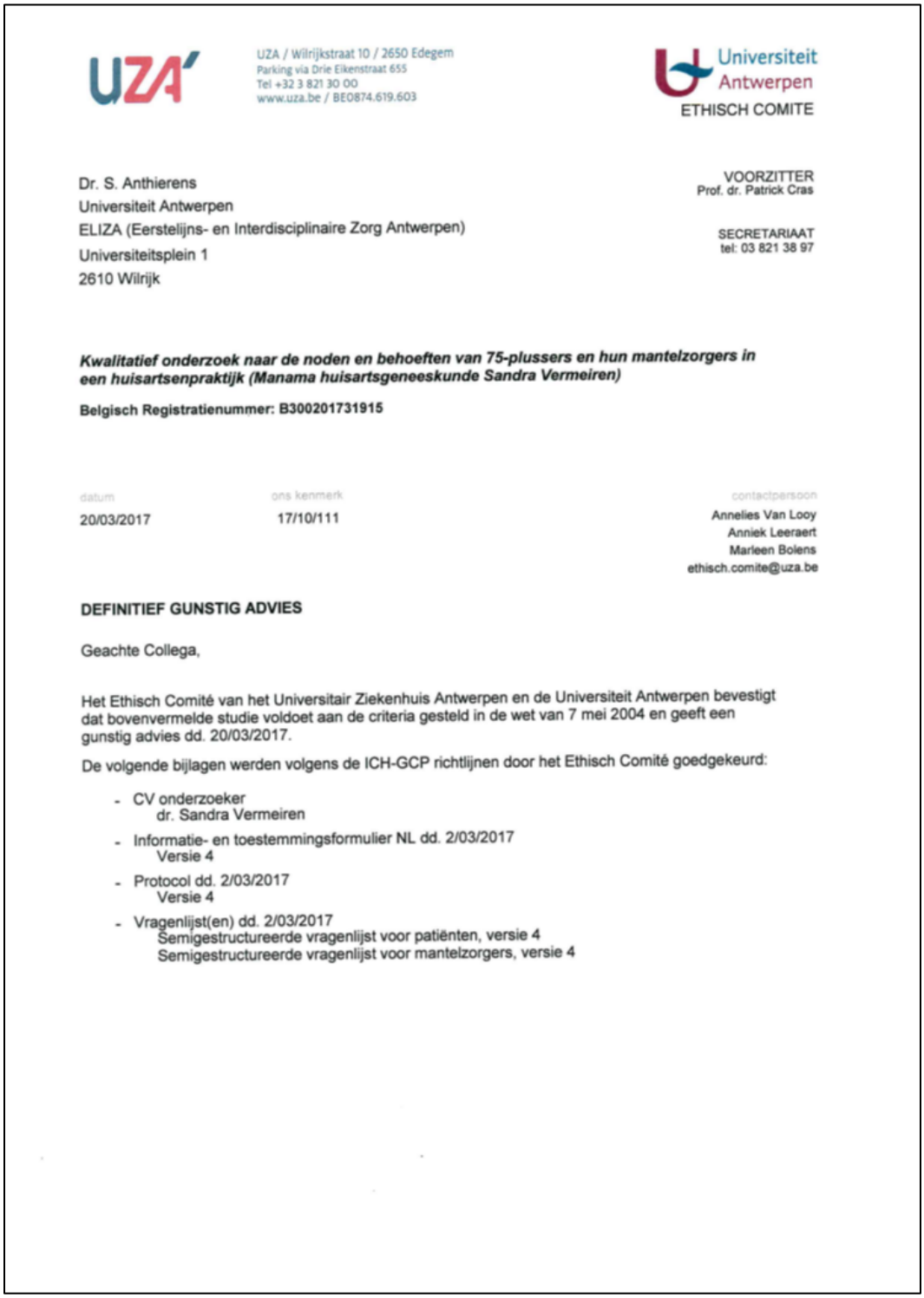
15. Foster J. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. Psychiatr Q. 1997 Fall;68(3):189-219.

16. Golden J, Conroy R, Lawlor B. (2009). Social support network structure in older people. Psychology, Health & Medicine; 14(3), 280–290.

17. James B, Boyle P, Buchman A, Bennett D. (2011). Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences; 66A(4), 467–473.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies van het Ethisch Comité Universiteit Antwerpen



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Kwalitatief onderzoek naar de noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorgers in een huisartsenpraktijk (Manama huisartsgeneeskunde Sandra Vermeiren)

Belgisch Registratienummer: B300201731915

datum	ons kenmerk	contactpersoon
20/03/2017	17/10/111	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Boiens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 20/03/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Sandra Vermeiren
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 2/03/2017
  Versie 4
- Protocol dd. 2/03/2017
  Versie 4
- Vragenlijst(en) dd. 2/03/2017
  Semigestructureerde vragenlijst voor patiënten, versie 4
  Semigestructureerde vragenlijst voor mantelzorgers, versie 4

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874 619 603

datum
20/03/2017

ons kenmerk
17/10/111

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. S. Vermeiren, NVT, Isenbaertlei 19 - 2930 Brasschaat

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874 619 603

datum: 20/03/2017

ons kenmerk: 17/10/111

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/01/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 20/03/2017.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	+
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 2: Projectprotocol inclusief

- Informatieformulier
- Informed consent
- Semigestructureerde vragenlijst patiënten
- Inclusie- en exclusiecriteria



Inhoudsopgave

Inleiding

- Probleemstelling 2
- Onderzoeksvraag 2

Methodologie 3

- Studie-opzet 3
- Participanten 3
  - In- en exclusiecriteria 3
  - Aantal studiesubjecten 4
  - Ethische aspecten 4
- Dataverzameling 4
- Analyse 5

Projectmanagement 5

Bijlagen

- Bijlage 1: Informatieformulier 6
- Bijlage 2: Toestemmingsformulier 8
- Bijlage 3: Semi-gestructureerd interview patiënt 9
- Bijlage 4: Semi-gestructureerd interview mantelzorg(st)er 11

Referenties 13

Inleiding

Probleemstelling

De toenemende vergrijzing van de bevolking legt de gezondheidszorg in het algemeen en de huisartsen in het bijzonder een pittige uitdaging op. Oudere patiënten presenteren zich vaker met complexe problemen, multi-morbiditeit en polyfarmacie en vragen bijgevolg om een meer aangepaste aanpak (1,2). De meeste ouderen verkiezen zo lang mogelijk thuis te wonen terwijl een verblijf in gespecialiseerde verzorg- en verpleegcentra steeds meer aan toelatingscriteria onderworpen wordt (3,4). Hierdoor zal de huisarts in de toekomst in toenemende mate ingeschakeld worden in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

De meeste studies naar specifieke zorg voor ouderen richten zich voornamelijk op de palliatieve setting of op de ouderenzorg in woon-zorg-centra (WZC) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT) (5). Deze studies onderzoeken vooral de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, verantwoord medicatiegebruik en de efficiëntie van de organisatie van de zorg met het oog op het financiële aspect.

De groep thuiswonende 75-plussers in de huisartsenpraktijk bestaat uit een meer heterogene patiëntenpopulatie gaande van de vitale man/vrouw die een actief leven leidt en nauwelijks klachten heeft tot de zeer kwetsbare oudere die optimale medische begeleiding en sociale en/of psychische ondersteuning nodig heeft. Een zorg op maat lijkt hier dan ook de sleutel tot een optimale ouderenzorg (6). Bovendien blijkt uit studies dat een multidisciplinaire aanpak van de zorg voor kwetsbare ouderen wel degelijk een positief effect heeft op gebruik en toegankelijkheid van de zorg, de kosten, de zorgvoorziening, kwaliteit, gezondheid en de patiënt-zorgverlener relatie (7). Naast de vorm waarin zorg georganiseerd wordt, blijken ook de gezondheidsvaardigheden (Health literacy) van de patiënt zelf een belangrijke invloed te hebben op de gezondheids-outcome (8).

Mantelzorgers nemen een belangrijke plaats in binnen de multidisciplinaire zorg maar hebben vaak hun eigen beperkingen en problemen die nog onvoldoende in kaart gebracht zijn.
Het is dus belangrijk om, naast de kwantitatieve gegevens, een goed inzicht te krijgen in de noden en behoeften die binnen deze populaties leven. In dit onderzoek willen we die noden en behoeften verder exploreren en uitdiepen.

Onderzoeksvraag

Met het oog op het uitbouwen van een optimale ouderenzorg zouden we in dit kwalitatief onderzoek willen verkennen **welke noden en behoeften er bestaan in de groep thuiswonende 75-plussers en hun mantelzorgers in de huisartsenpopulatie van Praktijkhuis Baarle**. In deze praktijk consulteren zowel Belgische als Nederlandse patiënten. Het onderzoek zal zich toespitsen op de groep patiënten ouder dan 75 jaar, met 2 of meer en/of gebruik van 5 of meer verschillende dagelijkse medicijnen en op de groep mantelzorgers binnen deze huisartsenpraktijk. Op welk vlak liggen hun noden? Welke prioriteiten stellen zij zelf aan hun behoeften? Hoe ervaren zij het aanbod in zake hulpverlening?

Met het oog op de voordelen van een multidisciplinaire aanpak zouden we inzicht willen krijgen in hun ervaringen op fysisch, psychologisch, sociaal en (leef-)omgevingsvlak. Om een zo breed mogelijk platform te creëren zal in dit onderzoek gebruik gemaakt worden van individuele interviews met geselecteerde participanten uit de ouderenpopulatie en de betrokken mantelzorgers. Die interviews zullen in de analyse systematisch geïnterpreteerd worden om uiteindelijk een antwoord te kunnen formuleren op onze onderzoeksvraag.

Methodologie

Studie-opzet

Het verouderingsproces en de daaruit voortvloeiende problemen en beperkingen is een complex proces waarin steeds een nieuwe balans moet gevonden worden. Vermits elke oudere dit proces vanuit zijn eigen achtergrond, visies, overtuigingen e.d. beleeft, volstaat het niet om een goed onderbouwde ouderenzorg enkel te baseren op statistieken en cijfers. Vaak is het net de dagelijkse werkelijkheid, de interactie tussen de verschillende aspecten verbonden aan het ouder worden en de betekenis die de oudere daaraan geeft, die de zorgbehoefte bepaalt.
Het doel van dit kwalitatief onderzoek is om in de diepte te peilen naar de noden en behoeften van de 75-plussers (met multimorbiditeit/polyfarmacie) en hun mantelzorgers, hun percepties en beleving hieromtrent duidelijker in kaart te brengen. Vanuit die visie werd gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen dat rekening houdt met de complexe relaties waarin de oudere functioneert.

Als methode van dataverzameling wordt gekozen voor individuele narratieve semi-gestructureerde-interviews aan de hand van een aantal sleutelvragen zodat de deelnemers aan het onderzoek optimaal de kans krijgen hun individuele ervaringen en beleving te formuleren. Een semigestructureerd interview bestaat uit een aantal sleutelvragen rond de deeldomeinen die men wil onderzoeken. Daarnaast is er de mogelijkheid om in te pikken op bepaalde antwoorden of ideeën en deze meer in diepte te bevragen. Er zal initieel uitgegaan worden van een viertal open vragen waarna verder kan doorgevraagd worden aan de hand van prompts indien nodig.
Deze vorm van dataverzameling biedt daarnaast de mogelijkheid om ook andere topics die mogelijk bij aanvang van het onderzoek nog niet in de kijker staan verder te exploreren.

Participanten

Selectiestrategie

Deelnemers aan het onderzoek zullen met behulp van ‘purposive sampling’ geselecteerd worden omdat gestreefd wordt naar maximale variatie binnen de steekproef en deze doelgroep op die manier heterogeen opgesteld wordt. In de geselecteerde groep zal gestreefd worden naar variatie in nationaliteit (Belgisch/Nederlands), leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, sociale achtergronden, medische/fysieke toestand, huidige gebruik van zorg en al dan niet gesteund worden door een mantelzorger. In de deelgroep mantelzorgers zal minstens gestreefd worden naar vertegenwoordigers van verschillende nationaliteit, leeftijd en geslacht. Deze vorm van selectie biedt de opportuniteit om de noden en behoeften in een breed veld te onderzoeken.

Inclusie- en exclusiecriteria

De inclusiecriteria voor de patiënten zijn: ouder zijn dan 75 jaar, patiënt zijn in Praktijkhuis Baarle, lijdend aan 2 of meer aandoeningen en/of gebruik van 5 of meer verschillende medicijnen per dag hebben, in staat zijn om adequaat te communiceren en een ondertekend 'Informed consent' in te vullen.
Voor de betrokken mantelzorgers geldt een actieve rol als mantelzorger van één van de patiënten van Praktijkhuis Baarle, in staat zijn om adequaat te communiceren en een ondertekend 'Informed consent' in te vullen.
Exclusiecriteria voor alle deelnemers zijn: gevorderde dementie, beslissingsonbekwaamheid en onvoldoende kennis van de Nederlandse taal.

Aantal studiesubjecten

Over het aantal participanten men nodig heeft om een goed kwalitatief onderzoek te doen worden in de literatuur verschillende factoren en theorieën naar voor geschoven. Men kan streven naar saturatie. Dit is het punt waarop, ongeacht het aantal deelnemers in de studie, er geen nieuwe informatie zal verkregen worden. Er wordt soms ook gesproken van sufficiency wat betekent dat men data blijft verzamelen tot er voldoende gegevens zijn om een genuanceerd antwoord te geven op de onderzoeksvragen. In deze studie verwachten we deze sufficiency te bereiken na het afnemen van een vijftiental interviews in de groep patiënten en een tiental interviews in de groep mantelzorgers. Er zal echter rekening moeten gehouden worden met de haalbaarheid hiervan binnen het tijdsbestek.

Ethische aspecten

Er wordt een aanvraag gedaan bij het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen.
Alle participanten zullen een informatieformulier over het onderzoek ontvangen. Elke potentiële deelnemer zal een informatieformulier ontvangen dat mondeling zal toegelicht worden indien nodig (bijlage 1). Daarnaast zal aan elke deelnemers gevraagd worden een 'Informed consent' te ondertekenen (bijlage 2).

De doelgerichte selectie van de participanten zal gebeuren binnen de patiëntenpopulatie van Praktijkhuis Baarle die bestaat uit een Nederlandse en een Belgische populatie. Uit beide patiëntbestanden zullen patiënten geselecteerd worden die telefonisch via de huisarts gecontacteerd zullen worden. De mantelzorgers zullen via de patiënten zelf gecontacteerd worden. Hierna kan een huisbezoek volgen waarin de studie voorgesteld wordt aan de hand van het informatieformulier. Wanneer de gelegenheid zich voordoet kunnen de kandidaat deelnemers ook aangesproken worden op locatie in het praktijkhuis. Dit kwalitatief onderzoek geeft de betrokken patiënten en hun mantelzorgers de kans zelf een bijdrage te leveren aan de gezondheidszorg in het algemeen en ouderenzorg in het bijzonder. Aan de interviews zijn geen risico's verbonden voor de patiënten/mantelzorgers. Het tijdsbestek, nodig voor de interviews, kan mogelijk als een nadeel ervaren worden.

Dataverzameling

Aan de hand van een topiclijst zullen semi-gestructureerde diepte-interviews (bijlage 3 en 4) afgenomen worden en deze zullen geregistreerd worden met behulp van een audiorecorder zonder vermelding van de naam van de deelnemer. De interviews zullen afgenomen worden op een locatie die overeengekomen wordt met de participanten. Deze registraties zullen verder anoniem verwerkt worden.
De structuur van de interviews zal enkel uitgaan van de vooraf opgestelde topiclijst zodat een logisch kader gecreëerd wordt waarbinnen het interview kan afgenomen worden. De topiclijst kan in een later stadium eventueel aangepast worden indien uit de interviews relevante nieuwe topics naar voor komen. In eerste instantie zal uitgegaan worden van open vragen waarna verder door kan gevraagd worden om de onderwerpen meer in de diepte uit te klaren.

Analyse

Initieel zal een piloot-interview afgenomen worden met een patiënt en een mantelzorger met als doel de topiclijst te piloteren zodat ervaring opgedaan kan worden in het afnemen van interviews en de topiclijst indien nodig aangepast kan worden. De inhoud en de interviewtechniek zal besproken worden met de promotor. Verder in het proces zullen de interviews op regelmatige tijden besproken en geanalyseerd worden zodat een cyclisch proces ontstaat van interviews afnemen, reflecteren, analyseren, topiclijst aanpassen en opnieuw interviewen.
Er zal een thematische analyse van de data uitgevoerd worden wat inhoudt dat in eerste instantie alle interviews volledig uitgeschreven zullen worden. Deze uitgeschreven data zullen dan in een familiarisatie-fase gelezen en opnieuw beluisterd worden zodat een eerste globale indruk kan ontstaan.
Vervolgens zullen interessante passages gecodeerd worden en relevante data zullen aan elke code gekoppeld worden. In de volgende fase kan dan gezocht worden naar thema's door verwante codes te clusteren. Deze thema's zullen vervolgens herzien en verfijnd worden. In een overzichtsrapport waarin getracht wordt de onderzoeksvraag te beantwoorden zullen de thema's geïllustreerd worden met tekstfragmenten. Om de betrouwbaarheid van het kwalitatieve onderzoek te bewaken zal een triangulatie of toetsing aan de literatuur gebeuren.

Projectmanagement

Projecttaken	Geplande maand
Protocol indienen	03/03/2017
Aanvraag voor Ethisch Comité indienen	03/03/2017
Participanten selecteren	april 2017
1 piloot interview afnemen in elke groep Volledig uitschrijven Inhoud en interviewtechniek bespreken met promotor	mei- juni 2017
Vervolg afname interviews (fase 1*) * enkele interviews afnemen, uitschrijven, analyse en bespreking Vervolg afname interviews (fase 2**) ** verder interviews afnemen, uitschrijven, analyse en bespreking	juli – november 2017
Conclusies trekken uit dit onderzoek Eindrapportschrijven	december 2017 – februari 2018

Bijlage 1

Informatieformulier

Kwalitatief onderzoek van de noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorgers in een huisartsenpraktijk

Geachte mevrouw, meneer,

Wij zouden u vriendelijk willen uitnodigen om mee te werken aan een wetenschappelijk onderzoek in het kader van mijn thesis. Uw deelname aan het onderzoek vindt plaats op vrijwillige basis. Mocht u besluiten deel te nemen aan dit onderzoeksproject dan is het belangrijk dat u onderstaande informatie doorneemt en goed begrijpt. Mocht u na het doorlezen van de informatie toch nog vragen hebben, zijn we uiteraard graag bereid om die verder toe te lichten.

Achtergrondinformatie

Bij het ouder worden nemen de lichamelijke ongemakken en aandoeningen toe. Niet zelden ontwikkelen mensen meer dan één aandoening. Daarnaast neemt de mentale veerkracht vaak af met de jaren. Ook op sociaal vlak verandert er heel wat bij het ouder worden, denk bijvoorbeeld aan het verlies van mensen uit de omgeving. In het dagelijks leven kunnen beperkingen ontstaan waardoor de zorg voor het eigen huishouden, de tuin e.d. een probleem kan gaan vormen. Al deze factoren beïnvloeden de gezondheid en omgekeerd heeft de gezondheid een invloed op het dagelijkse leven. De organisatie van een specifieke 'Ouderenzorg' waarbij de verschillende zorgverleners hun zorg op elkaar en op de noden van de patiënt afstemmen zou mogelijk kunnen bijdragen tot een betere levenskwaliteit voor de thuiswonende ouderen.
Om dit te realiseren is echter een goed inzicht in de reële noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorg(st)ers nodig. Dat willen we met onderzoek nagaan.

Wat wordt er van mij verwacht als ik aangesproken wordt om deel te nemen?

We vragen u om het toestemmingsformulier in te vullen. Hiermee stemt u toe tot een interview van ongeveer 45 tot 60 minuten. We spreken hiervoor samen met u een passende datum en plaats af. We vragen u naar uw ervaringen omtrent uw lichamelijke en mentale toestand, uw sociaal leven en uw leefomgeving.

Is mijn deelname verplicht?

Helemaal niet. Deelname is volledig vrijwillig en er wordt geen druk op u uitgeoefend. U kunt op elk moment voor het interview plaatsvindt van gedachten veranderen. U kunt ook tijdens het interview op elk moment beslissen om het vraaggesprek te stoppen. As u na het interview beslist om de informatie die u tijdens het gesprek hebt gedeeld toch niet vrij te geven, kunt u dit doen door contact met ons op te nemen voor de analyse van deze gegevens begonnen is.

Is mijn deelname vertrouwelijk?

De informatie die we van u verkrijgen en de gepubliceerde gegevens zijn anoniem. De gegevens die voor deze studie worden verzameld zijn gecodeerd en worden opgenomen zonder vermelding van uw identiteit. Het opgenomen interview wordt dadelijk na het uittikken ervan vernietigd; de uitgeschreven

interviews worden veilig opgeslagen en alleen de onderzoekers van deze studie hebben toegang tot deze gegevens. Fragmenten van uw uitspraken kunnen in het verslag opgenomen worden zonder daarbij uw naam te vermelden.

Wat gebeurt er met de onderzoeksresultaten?

Het verslag van de resultaten zal worden gepresenteerd aan de huisartsen van Praktijkhuis Baarle. Nadien worden de gegevens verwerkt tot een eindrapport. Het is mogelijk dat de gegevens (nog steeds anoniem) uiteindelijk gebruikt worden in een publicatie in een academisch of professioneel tijdschrift.

Is er goedkeuring voor dit project?

Het Ethisch comité van het UZA/UA heeft haar goedkeuring gegeven op xx/xx/2017. (n°….)

Hebt u toch nog vragen?

Aarzel dan niet om contact op te nemen!
Sandra Vermeiren via sandra.vermeiren@student.uantwerpen.be

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Sandra Vermeiren
HAIO
Universiteit Antwerpen
0032-471634422
sandra.vermeiren@student.uantwerpen.be

Dr. Sibyl Anthierens
Vakgroep Eerstelijns- en interdisciplinaire zorg
Universiteit Antwerpen
0032-32651828
sibyl.anthierens@uantwerpen.be

Bijlage 2

Toestemmingsformulier

Kwalitatief onderzoek van de noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorgers in een huisartsenpraktijk

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het bovenvermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik:

- dat ik het bijbehorende informatieformulier ontvangen en gelezen heb
- dat ik gedetailleerd geïnformeerd werd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- dat ik aanvullende vragen heb kunnen stellen en dat deze voldoende beantwoord werden
- dat mijn gegevens gebruikt worden voor de doelen die in het informatieformulier vermeld worden
- dat ik vrijwillig deelneem
- dat ik op de hoogte ben dat ik op elk ogenblik mijn deelname aan deze studie kan stopzetten zonder dat dit een invloed heeft op mijn verdere behandeling

Naam en voornaam deelnemer: _____

Datum en handtekening:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik de deelnemer volledig geïnformeerd heb over het bovenvermelde onderzoek. Ik bevestig dat het onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden beschreven in het informatieformulier.

Verklaring van de onderzoekers

De projectcoördinator is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoeksprogramma volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en in het informatieformulier.

Datum en handtekening:

Onderzoeker
Sandra Vermeiren
HAIO
Universiteit Antwerpen
0032-471634422
sandra.vermeiren@student.uantwerpen.be

Promotor
Dr. Sibyl Anthierens
Vakgroep Eerstelijns- en interdisciplinaire zorg
Universiteit Antwerpen
0032-32651828
sibyl.anthierens@uantwerpen.be

Bijlage 3

Semigestructureerd interview patiënt

Kwalitatief onderzoek van de noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorgers in een huisartsenpraktijk

Inleiding

- Kennismaking
- Bedanken voor deelname
- Onderzoeksdoel kort toelichten aan de hand van de informatiebrochure, verduidelijken indien nodig
- Nadrukkelijk bespreken van:
    - Duur van het interview is ongeveer 45 tot 60 minuten
    - Het interview zal geregistreerd worden m.b.v. een audiorecorder
    - Anonimiteit en vertrouwelijk karakter
    - Privacy wordt gegarandeerd
    - Het interview kan op elk moment door de participant stop gezet worden
    - Goedkeuring van het Ethisch Comité van de Universiteit Antwerpen
- Toestemmingsformulier laten handtekenen in tweevoud
- Profilering van de patiënt (onmiddellijk te coderen om de anonimiteit te garanderen)

Aanloopvragen

- Hoe verloopt de zorg en ondersteuning op dit moment?
- Wat gaat goed, wat kan beter?
- Wat verwacht u van uw huisarts/thuisverpleging/huishoudhulp/mantelzorg?
- Zijn er zaken die anders kunnen?

Noden en behoeften

Fysieke vlak

- Welke lichamelijke hindernissen ervaart u?
- Welke voorzieningen zouden die kunnen verhelpen/verlichten?
- Hoe ervaart u de medische zorg die u nu ontvangt?
    - Consulteren arts (frequentie, verplaatsing, tijdsbestek, beschikbaarheid van de arts, …)
    - Verpleegkundige zorg (frequentie, timing van de zorg, op verplaatsing/thuis, kwaliteit van de zorg, …)
    - Medicatie (afhalen/bezorging, beschikbaarheid van de apotheker, informatie, …)

Psychologisch vlak

- Welke mentale of psychische problemen ondervindt u?
- Hoe gaat u om met mentale of psychische problemen?
- Wat zou volgens u kunnen bijdragen aan uw omgang met mentale of psychische problemen?

Sociaal vlak

- Kunt u mij vertellen hoe uw sociaal leven eruitziet? (Beantwoordt dat aan uw behoeften?)
- Wat gaat goed, wat kan beter volgens u?

Leef- en omgevingsvlak

- Tegen welke dingen loopt u aan in het praktische dagelijkse leven?
- Op welke manier lost u die problemen op? (men kan hierbij denken aan huishoudelijk hulp, maaltijden leveren, tuinman, mantelzorg, e.d.)
- Wat zijn uw ideeën en verwachtingen over ondersteuning op dit vlak?

Bijlage 4

Semigestructureerd interview mantelzorg(st)er

Kwalitatief onderzoek van de noden en behoeften van 75-plussers en hun mantelzorgers in een huisartsenpraktijk

Inleiding

- Kennismaking
- Bedanken voor deelname
- Onderzoeksdoel kort toelichten aan de hand van de informatiebrochure, verduidelijken indien nodig
- Nadrukkelijk bespreken van:
    - Duur van het interview is ongeveer 45 tot 60 minuten
    - Het interview zal geregistreerd worden m.b.v. een audiorecorder
    - Anonimiteit en vertrouwelijk karakter
    - Privacy wordt gegarandeerd
    - Het interview kan op elk moment door de participant stop gezet worden
    - Goedkeuring van het Ethisch Comité van de Universiteit Antwerpen
- Toestemmingsformulier laten handtekenen in tweevoud

Aanloopvragen

- Hoe is het voor jou om mantelzorg(st)er te zijn?
- Wat gaat goed? Wat kan beter?
- Hoe zie jij de rol van de huisarts/thuisverpleging/huishoudhulp hierbij?

Noden en behoeften

Fysieke vlak

- Welke lichamelijke hindernissen ervaart u tijdens de mantelzorg?
- Welke voorzieningen zouden die kunnen verhelpen/verlichten?
- Hoe ziet u de rol van de huisarts/verpleegkundige hierbij?
- Hoe ervaart u de medische begeleiding bij de zorg voor uw naaste?
    - Consulteren arts (kan u terecht voor informatie, beschikbaarheid van de arts, …)
    - Verpleegkundige zorg (frequentie, timing van de zorg, op verplaatsing/thuis, kwaliteit van de zorg, …)
    - Medicatie (afhalen/bezorging, beschikbaarheid van de apotheker, informatie, …)

Psychologisch vlak

- Welke mentale of psychische problemen ondervindt u in uw rol als mantelzorg(st)er?
- Hoe gaat u om met mentale of psychische problemen?
- Wat zou volgens u kunnen bijdragen aan uw omgang met mentale of psychische problemen?

Sociaal vlak

- Zou u mij kunnen vertellen hoe uw sociale leven eruitziet? (Beantwoordt dat aan uw behoeften?)
- Wat gaat goed, wat kan beter volgens u?

Leef- en omgevingsvlak

- Tegen welke dingen loopt u als mantelzorg(st)er aan in het praktische dagelijkse leven?
- Op welke manier lost u die problemen op? (hierbij kan men denken aan huishoudelijk hulp, maaltijden leveren, tuinman, mantelzorg, e.d.)
- Wat zijn uw ideeën en verwachtingen over ondersteuning door de huisarts op dit vlak?

Referenties

1 Schram, M.T., de Waal, M.W.M., de Craen, A.J.M. et al. Multimorbiditeit: de nieuwe epidemie. TVGW (2008) 86: 23.

2 Marcel E. Salive. Multimorbidity in Older Adults. Epidemiol Rev (2013) 35 (1): 75-83.

3 Robert l. Kane, Rosalie A. Kane. What older people want from long-term care, and how they can get it. Health aff. November 2001 vol. 20 no. 6 114-127.

4 https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz geraadpleegd 31/1/2017

5 Davies E (2004). What are the palliative care needs of older people and how might they be met? Copenhagen, WHO.

6 Saurabh Ram Bihar Lal Shriastava et al. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. Int J Prev Med. 2013 oct; 4(10): 1224-1225.

7 D.L. Kodner. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. Health and Social Care. September 2006 vol. 14 (5) 384–390.

8 Rademakers, J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht; NIVEL, 2014. Via http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&priref=1002500 geraadpleegd op 27/2/2017.