

## **Innovaties in de zorg voor ouderen: van beschrijving en verklaring naar interventies en implementatie**

**Auteurs:** Gertrudis I. J. M. Kempen

Menig wetenschappelijk artikel op het terrein van de gerontologie waarin een bepaald fenomeen wordt beschreven of verklaard, eindigt met opmerkingen in de zin van: "deze bevindingen kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van interventies of maatregelen ter bevorderen van dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van ouderen". Veelal is voorafgaand hieraan een beschrijvend of verklarend onderzoek gerapporteerd op een specifiek deelterrein van de gerontologie. Mede in dit licht zouden we kunnen stellen dat het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de gerontologie globaal gesproken in twee delen kan worden gesplitst. Allereerst is van oudsher de gerontologie vanaf de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw expliciet gericht geweest op het beschrijven en verklaren van bepaalde verschijnselen bij veroudering. Zo werd in de jaren zestig en zeventig binnen de (sociale) gerontologie een levendige discussie gevoerd tussen aanhangers van de *disengagement* theorie en aanhangers van de *activity* theorie.<sup>1, 2</sup> Het kernpunt in deze discussie werd gevormd door de vraag of het welzijn bij het ouder worden mede werd bepaald door terugtrekking uit of juist door continuering van sociale en maatschappelijke participatie. De *activity*-benadering gaat er van uit dat welzijn juist op oudere leeftijd kan worden gegenereerd indien het niveau van participatie en activiteit uit eerdere situaties kan worden gecontinueerd. De *disengagement*-benadering daarentegen veronderstelt dat bij het ouder worden een hoog niveau van welzijn alleen kan worden bereikt door het gradueel terugbrengen van rolverplichtingen en activiteiten.

Een ander perspectief op beschrijvend en verklarend onderzoek betreft het proces van *disablement* zoals dat in de jaren negentig van de vorige eeuw door Lois Verbrugge en Alan Jette is beschreven.<sup>3</sup> Hierbij worden vier hoofdconcepten beschreven waarlangs het proces van *disablement* verloopt: van pathologie, via functiestoornissen naar functiebeperkingen en ten slotte beperkingen in het dagelijks functioneren. Echter, het verloop van het proces van *disablement* is niet voor iedere persoon identiek. De hoofdconcepten uit de zogenaamde *main pathway* (van pathologie naar beperkingen in taken en rollen) zijn weliswaar gerelateerd, maar determineren elkaar zeker niet volledig. Zo leidt dezelfde pathologie niet vanzelfsprekend tot dezelfde functiestoornissen of functiebeperkingen. *Risicofactoren*, en *extra-individuele* en *intra-individuele* factoren kunnen het proces van *disablement* versnellen dan wel vertragen en kunnen ook de richting ervan sturen. Risicofactoren zijn vaak al aanwezig voordat het ziekteproces start. Denk hierbij aan demografische kenmerken, sociaal-economische positie, leefstijlkenmerken voordat pathologie zich manifesteerde, biologische predisposities of genetische factoren; deze factoren lenen zich in principe voor primaire preventie. De extra- en intra-individuele factoren spelen als mogelijke hulpbronnen een rol als gezondheidsproblemen c.q. pathologie al hun intrede hebben gedaan en lenen zich meer voor tertiaire (of functioneringsgerichte) preventie.<sup>4</sup> Ten aanzien van extra-individuele factoren kan gedacht worden aan de beschikbaarheid van medische behandeling en revalidatie, van *care*-voorzieningen (zoals thuiszorg, tafeltje dek je) en aanpassingen c.q. wegnemen van belemmeringen in de fysieke en sociale omgeving van een individu. Bij intra-individuele factoren kan gedacht worden aan gedragsverandering gedurende het ziekteproces (bijvoorbeeld ten aanzien van leefstijl), aanpassing van het dagelijkse activiteitenpatroon (verandering van tempo, stoppen of vervangen van bepaalde activiteiten), en een scala aan psychische en sociale aspecten (cognitieve aanpassing, gevoelens van competentie en controle, psychosociale vaardigheden, 'coping', informele zorg en sociale ondersteuning). Doordat de risicofactoren en de extra- en intra-individuele kenmerken (en dus ook de aan- of afwezigheid van hulpbronnen) per individu verschillen, zullen gevolgen van veroudering en de *main pathway* binnen het proces van *disablement* ook per individu verschillen. Het model geeft zodoende mogelijkheden de individuele uitwerking van (voornamelijk) chronische gezondheidsproblemen te verklaren en te begrijpen en biedt aanknopingspunten voor gerichte interventies. Een vluchtige scan van Google Scholar leert dat het betreffende artikel maar

liefst ruim 2.000 keer is geciteerd (Harzing's Publish or Perish, oktober 2013).

Meer recentelijk is echter naast het beschrijvende en verklarende onderzoek eveneens aandacht ontstaan voor het ontwikkelen, evalueren en implementeren van interventies en programma's die het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van met name kwetsbare ouderen kunnen verbeteren.<sup>5</sup> Door de vergrijzing en de ontwikkelingen in de medische technologie zal het aantal oudere personen met langdurige gezondheidsklachten in de komende decennia immers substantieel toenemen. Het gerontologische onderzoek zou in de toekomst op drie manieren een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Allereerst door het beschrijvende en verklarende onderzoek ten aanzien van dagelijks functioneren en kwaliteit van leven van ouderen met en zonder langdurige gezondheidsproblemen verder te versterken. Er is weliswaar de nodige kennis voorhanden, maar er bevinden zich ook nog tal van leemtes, bijvoorbeeld waar het gaat om de *wisselwerking* tussen biomedische factoren, psychosociale factoren, gedragsvariabelen en maatschappelijke factoren. Daarbij zou de aandacht gericht moeten worden op zowel beschermende factoren als ook op mogelijke risicofactoren. Van oudsher is er eenzijdig belangstelling geweest voor het laatste, hoewel beide typen factoren niet noodzakelijkerwijs hetzelfde (dus elkaars spiegelbeeld) hoeven te zijn.<sup>6</sup> Op de tweede plaats zou *deze kennis* moeten worden gebruikt voor het ontwikkelen en evalueren van interventies en programma's om dagelijks functioneren en kwaliteit van leven van ouderen te bevorderen. De uitdaging is na te gaan of het vooral de versterking van beschermende factoren is waar winst valt te behalen of dat ook met manipulatie van risicofactoren effect kan worden gesorteerd. Tevens bestaan tal van interventies of programma's uit meerdere componenten of onderdelen waarbij niet duidelijk is welke componenten nu meer of minder effectief zijn. Meer kennis op dit punt kan het rendement van nieuwe of bestaande programma's optimaliseren. En op de derde plaats zou de gerontologie een bijdrage kunnen leveren aan het implementeren van *effectief gebleken interventies en programma's* in de zorg of meer algemeen in de samenleving, door deze implementatieprocessen te faciliteren (bijvoorbeeld door middel van gegevens uit procesevaluaties bij de ontwikkeling van interventies) en te evalueren. De uitdaging voor de gerontologie is een brug te slaan tussen de drie genoemde invalshoeken: beschikbare of nog te ontwikkelen kennis dient te worden benut voor ontwikkeling en evaluatie van interventies en initiatieven moeten worden ontplooid om effectief gebleken interventies adequaat te implementeren.

Het zijn juist deze drie samenhangende invalshoeken waarop het onderzoeksprogramma "Innovaties in de zorg voor ouderen" (onder leiding van prof. Jan Hamers en ondergetekende) van de *CAPHRI School for Public Health and Primary Care* van de Universiteit Maastricht zich sinds 2005 richt: (1) onderzoek naar prevalentie en determinanten van relevante zorgproblemen bij ouderen, (2) ontwikkeling en evaluatie van interventies en zorgvernieuwingen die zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen (kunnen) bevorderen, en (3) de implementatie van dergelijke interventies en zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk (<http://www.caphri.nl/en/research/innovations-in-health-care-for-the-elderly.aspx>). In deze aflevering van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie worden vier thema's binnen dit programma gepresenteerd die betrekking hebben op deze invalshoeken.

In de twee eerste artikelen van Halfens en collega's over de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) en Hamers en collega's over vrijheidsbeperkende maatregelen (onder andere EXBELT) wordt aandacht besteed aan verschillende veel voorkomende (zorg)problemen in de ouderenzorg evenals mogelijke interventies en behandelingen om deze problemen het hoofd te bieden. Ten aanzien van EXBELT wordt ook expliciet de betekenis voor de praktijk, het beleid en de wetgeving besproken. Het derde artikel van Verbeek en collega's omvat de beschrijving van een quasi-experimentele studie naar de effecten voor zowel bewoners, mantelzorgers en professionals van kleinschalig wonen bij ouderen met dementie. Het laatste artikel van Zijlstra en collega's laat de effecten zien van de landelijke implementatie van een succesvolle groepsinterventie naar de reductie van angst om te vallen en verbeteren van dagelijks functioneren bij ouderen. In feite vormt dit de afsluiting van een tienjarig traject waarin deze interventie (Zicht op Evenwicht) is ontwikkeld, systematisch is getoetst in een gecontroleerde studie en vervolgens in samenwerking met het Trimbos Instituut landelijk is geïmplementeerd.

Het verzoek voor deze speciale aflevering van het tijdschrift vanuit de redactie werd gedaan door professor Geert Braam tijdens het laatste Nationaal Gerontologiecongres. Helaas is hij dit jaar overleden en kan hij het resultaat niet meer lezen.

---

## **Auteurs**

### **G. I. J. M. Kempen**

CAPHRI Care and Public Health Research Institute, Maastricht University

Hoogleraar Sociale Gerontologie

Department Health Services Research en CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht

Email: [g.kempen@maastrichtuniversity.nl](mailto:g.kempen@maastrichtuniversity.nl)

---

## **Literatuurlijst**

1. Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist*. 1961;18-13. 10.1093/geront/1.1.8
2. Cumming E, Henry W. In: *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books; 1961.
3. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994;381-14. 10.1016/0277-9536(94)90294-1
4. Gezondheidsraad; 2009.
5. Kempen GIJM. Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2009;40253-261. 10.1007/BF03088519
6. Kempen GIJM, Ranchor AV, Sonderen E, Jaarsveld CHM, Sanderma R.. Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons. Are these the same?. *J Gerontol Psy Sci*. 2006;61B95-101.