



TIJDSCHRIFT VOOR

Gerontologie en Geriatrie

2024 · jaargang 55 · nummer 3

Redactioneel 1

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Samen zorgen: verkenning van de samenwerking met naasten en vrijwilligers vanuit het perspectief van zorgprofessionals en zorgaanbieders 2
[Aukelien Scheffelaar](#), [Loreen Loman](#), [Chantal Hillebregt](#)

Trends in de toereikendheid van de zorg zoals ervaren door oudere zorgontvangers tussen 2012 en 2022 in Nederland 20
[Maura K.M. Gardeniers](#), [Martijn Huisman](#), [Erik Jan Meijboom](#), [Marjolein I. Broese van Groenou](#)

KLINISCHE LES

Brein en blaren: een bijzondere band 38
[Floor Lijten](#), [Amée Wolters](#), [Rianne Esselink](#), [Satish Lubeek](#)

VOOR U GESIGNALEERD

Het behouden en bevorderen van de eigen regie van ouderen met een somatische aandoening die in het verpleeghuis wonen. Een kwalitatieve studie vanuit meerdere perspectieven 45
[Jolande van Loon](#)

Op zoek naar verbinding: succesvol ouder in een digitaliserende samenleving 47
[Marije Blok](#)

Het uitdagend revalidatieklimaat 49
[Lian Tijssen](#)

CONGRESABSTRACTS

Abstracts 17^e Nationaal Gerontologiecongres 51

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Colofon TGG jaargang 55 nummer 3 – september 2024

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (TGG) is een Nederlandstalig, open acces wetenschappelijk tijdschrift voor iedereen met interesse in de biologische, psychologische, sociale en medisch wetenschappelijke gebieden van de gerontologie en geriatrie. TGG biedt de mogelijkheid aan (toegepast) wetenschappers en geschoolde professionals om zonder kosten in een Medline geïndexeerd en in PubMed opgenomen tijdschrift te publiceren.

TGG verschijnt vier keer per jaar en alle artikelen zijn digitaal beschikbaar en kosteloos te downloaden. Het tijdschrift publiceert dubbel blind peer reviewed artikelen en klinische lessen, praktijkbijdragen, opinies, voor u gesignaleerd (proefschriften, oraties). Daarnaast publiceert TGG de abstracts van relevante Nederlandse en Belgische congressen.

Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie is een diamond open access tijdschrift. Het biedt de mogelijkheid aan (toegepast) wetenschappers en professionals om zonder kosten te publiceren. Artikelen zijn ook gratis voor lezers. Financiering van het tijdschrift komt van ZonMw en Radboud University Press.

Redactieleden

Prof. dr. D. L. (Debby) Gerritsen, ouderenpsychologie (voorzitter)

Dr. M. (Marian) Dejaeger, klinische geriatrie

Prof. dr. E. (Eva) Dierckx, psychogerontologie en neuropsychologie

Dr. M. S. (Marije) Holstege, geriatrie revalidatie en e-health

Dr. S. S. (Silvia) Klokgieters, medische sociologie en sociale epidemiologie

Prof. dr. L. B. (Louise) Meijering, gezondheidsgeografie en sociale demografie

Dr. E. M. (Eefje) Sizoo, specialisme ouderengeneeskunde

Dr. R. (Rikje) Ruiten, interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, klinische farmacologie

Redactiesecretaris

Jojanneke Smeenk

Vormgeving

Texcetera, Den Haag

Website

www.tvgg.nl

ISSN: 0167-9228 | E-ISSN: 1875-6832

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

© 2024 Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie wordt gepubliceerd in Diamond Open Access met de volgende Creative Commons-licentie: Attribution-4.0-International (CC BY 4.0). Deze licentie houdt in dat het kopiëren, distribueren, vertonen en uitvoeren van het werk en afgeleide werken is toegestaan op voorwaarde van het vermelden van de oorspronkelijke auteur(s).

Redactioneel

Beste lezer,

Hierbij presenteren wij de gevarieerde september-uitgave van 2024 van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (jaargang 55). Deze bevat drie 'Voor u gesignaleerd' bijdragen, twee wetenschappelijke artikelen, een klinische les en alle abstracts van het 17^e Nationaal Gerontologie congres 'Samen Ouder Worden: Een Inclusieve Toekomst'.

'Voor u gesignaleerd' bestaat deze maand uit korte beschrijvingen van het proefschrift van Jolande van Loon over autonomie, dat van Marije Blok over ICT gebruik onder ouderen en van het proefschrift van Lian Tijssen over een uitdagend revalidatieklimaat.

Floor Lijten schreef de klinische les 'Brein en Blaren' over de associatie tussen Buleus pemfigoïd (BP) en neurodegeneratieve aandoeningen. Aukelien Scheffelaar en collega's schreven een wetenschappelijk artikel over samenwerken met naasten en vrijwilligers, en Maura Gardeniers beschreef met haar co-auteurs hun onderzoek naar trends in de langdurige zorg. Deze drie artikelen zijn peer-reviewed en na publicatie in *TGG* ook internationaal vindbaar, omdat ze in PubMed zijn opgenomen.

Zoals altijd zijn alle artikelen zonder kosten vrij toegankelijk via www.tvgg.nl. De redactie wenst u veel leesplezier!

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Samen zorgen: verkenning van de samenwerking met naasten en vrijwilligers vanuit het perspectief van zorgprofessionals en zorgaanbieders

Aukelien Scheffelaar^{1*}, Loreen Loman¹, Chantal Hillebregt¹

Samenvatting

Inleiding: Het samenwerken met naasten en vrijwilligers is belangrijk om de kwaliteit van leven van cliënten in de verpleeghuissetting te behouden in tijden van een stijgende zorgvraag en toenemende personeelstekorten. Het doel van dit onderzoek is om vanuit het perspectief van zorgmedewerkers, managers en coaches de bevorderende en belemmerende factoren voor familieparticipatie en vrijwilligersinzet in beeld te brengen.

Methoden: Semigestructureerde online interviews werden afgenomen bij 17 respondenten in verpleeghuissetting, waaronder 6 zorgmedewerkers, 4 managers en 7 coaches. Hierna werden de transcripten thematisch geanalyseerd in het data-analyseprogramma MAXQDA met fasen van open, axiaal en selectief coderen.

Resultaten: Uit de resultaten komen tien thema's naar voren op micro-, meso- en macroniveau. Thema's op microniveau gaan over de rollen en onderlinge afstemming van zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers. Meso-niveau omvat thema's die spelen op team-, afdelingsniveau of organisatieniveau: de werving van vrijwilligers, werkdruk onder zorgmedewerkers, de rol van het management en de realisatie van beleid. Thema's op macroniveau omvatten organisatie overstijgende zaken: verbinding met de wijk en cultuurverandering.

Discussie: De bevindingen benadrukken het belang van een gelijkwaardige samenwerking tussen zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers. Ook wordt het belang van draagvlak bij het management en bestuur, en duidelijke afspraken op beleidsniveau onderstreept.

Trefwoorden: familieparticipatie, vrijwilligersinzet, samen zorgen, kwalitatief onderzoek, verpleeghuiszorg

¹ Vilans, kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning, Programma Waardigheid en trots voor de Toekomst

* Correspondierend auteur: L.Loman@vilans.nl

Caring together: exploring the collaboration with relatives and volunteers from the perspective of care professionals

Aukelien Scheffelaar^{1*}, Loreen Loman¹, Chantal Hillebregt¹

Abstract

Introduction: Collaboration with relatives and volunteers is important to maintain the quality of life of clients in times of growing care demands and rising staff shortages. The aim of this study was to explore the facilitating and hindering factors in taking care together with relatives and volunteers from the perspectives of care professionals, managers and coaches.

Methods: Semi-structured online interviews were conducted with 17 respondents in nursing home care, including 6 care professionals, 4 managers and 7 coaches. The transcripts were then thematically analysed in MAXQDA in three phases: open -, axial -and selective coding.

Results: Ten themes were identified and categorized on micro-, meso- and macro level. Themes of micro level concern the roles and alignment of care professionals, relatives and volunteers. Mesos level comprise themes on team-, department level and organisational level: recruitment of volunteers, work pressure of care professionals, the role of management, and realisation of policy. Themes on macro level transcend individual care organisations: connection to the neighbourhood and culture change.

Discussion: The findings emphasize the relevance of the collaboration between care professionals, relatives and volunteers. Also, the need for support and agreements on policy level was underlined.

Keywords: Family Participation, Volunteering, Caring Together, Qualitative Research, Nursing Home Care

¹ Vilans, knowledge organisation for care and support, Program Worth and pride for the Future

* Corresponding author : L.Loman@vilans.nl

Inleiding

Vanwege een stijgende zorgvraag door de groei van het aantal ouderen en de toenevende personeelstekorten in Nederland, zijn zorgorganisaties zoekende naar nieuwe manieren van organiseren van zorg. Het samenwerken met naasten en vrijwilligers is daarom een belangrijke optie om ook in de toekomst passende zorg voor iedereen mogelijk te maken. In een recent advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) wordt gepleit voor een herverdeling van verantwoordelijkheden, waarin zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers als een team kunnen samenwerken.¹ Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is in 2022 met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) verschillende maatregelen en initiatieven gestart om de ouderenzorg anders te organiseren.² Naasten, vrijwilligers en zorgmedewerkers kunnen met elkaar kijken hoe hulpbehoeften het beste kunnen worden ondervangen met een combinatie van formele- en informele zorg.

Naar schatting levert een op de drie 16-plussers (ca. 5 miljoen mensen) in Nederland mantelzorg. Daarvan zijn er ongeveer 830.000 mensen die zowel lang (meer dan 3 maanden) als intensief (meer dan 8 uur per week) zorg leveren. Mantelzorgers zijn heel belangrijk: ze leveren ongeveer driekwart van de uren hulp die gegeven wordt.³ De zorg van naasten wordt vaak als vertrouwd en geruststellend ervaren door cliënten en op deze wijze onderhouden zij waardevolle contacten en connecties met hen en de maatschappij.⁴ Dit kan het welbevinden van cliënten verhogen, wat ook een belangrijke motivatie is voor het samenwerken met naasten en vrijwilligers. Naast de ondersteuning van familie of nabije vrienden, bieden ook vrijwilligers hulp en zorg. De Verenigde Naties definiëren vrijwilligerswerk als een daad van vrije wil die resulteert in voordelen voor zowel zichzelf als voor anderen (bijvoorbeeld individuen, groepen, de omgeving).⁵

Wanneer zorgmedewerkers als een team samenwerken met naasten en vrijwilligers, wordt dit in de Nederlandse zorgpraktijk ook wel 'samenredzaamheid' genoemd.⁶ De aanname is dat de zorg persoonlijker en warmer is als deze vanuit de bestaande sociale band van naasten en vrijwilligers wordt geboden en dat bovendien de werkdruk van zorgmedewerkers afneemt doordat een gedeelte van de zorg door naasten en vrijwilligers wordt overgenomen. Tegelijkertijd is het onderling samenwerken van zorgmedewerkers, familie en vrijwilligers een grote transitie, omdat dit voor alle partijen om een hele andere manier van werken en om andere competenties vraagt.⁷ Daarbij zorgen demografische ontwikkelingen zoals toename van eenpersoonshuishoudens, verouderende populatie en veranderende familiestructuren tot minder hechte sociale netwerken.⁸ Het vraagt een transitie van het gezondheidszorgsysteem en de bredere maatschappij om deze samenwerking met naasten en vrijwilligers vorm te geven en te borgen.⁹

Familieleden, vrijwilligers en zorgmedewerkers kijken ieder vanuit hun eigen perspectief naar de zorg en naar elkaar en hebben verschillende verwachtingen. Zo blijkt uit onderzoek dat zorgmedewerkers verwachten dat familieleden meer taken op zich nemen dan families denken dat zij kunnen vervullen.¹⁰ Familieleden verwachten op hun beurt betere informatie over fysieke zorg van hun naaste en merken dat zorgmedewerkers medische zorgtaken het liefst zelf uitvoeren. Ook houden zorgmedewerkers niet altijd expliciet rekening met de opvattingen van familieleden over de wenselijke rolverdeling.¹⁰ Een succesvolle samenwerking tussen familieleden en zorgmedewerkers hangt samen met gelijkwaardig partnerschap in een zorgteam, het omkijken naar elkaars welzijn, goede persoonlijke informatievoorziening en coördinatie, en een goede beschikbaarheid van zorgmedewerkers.¹¹ Zorgmedewerkers zien weliswaar het belang in van partnerschap en samenwerking met mantelzorgers, maar gedragen zich nog veelal niet als gelijkwaardige partner en teveel als expert. Ze voelen zich oncomfortabel en onzeker in de gelijkwaardige samenwerking met naasten en vrijwilligers.⁴ Verder staan inflexibele structuren en tijdsdruk binnen organisaties een goede samenwerking in de weg.¹²

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat vrijwilligers verschillende motieven hebben om vrijwilligerswerk te doen. Vaak werken zij als vrijwilliger mee aan een activiteit die aansluit bij hun persoonlijke interesse; ze bieden hun mogelijkheden aan om nieuwe vaardigheden te leren; ze waarderen de mogelijkheid om andere mensen te ontmoeten en sociaal betrokken te zijn; en de waardering die ze krijgen geeft hun een goed gevoel over hun bijdrage.¹³ Hoewel veel vrijwilligers langer betrokken blijven, zijn er ook vrijwilligers die stoppen vanwege een gebrek aan ondersteuning en beperkte mogelijkheden om hun betrokkenheid regelmatig met iemand te bespreken. Ook kunnen vrijwilligers gedemotiveerd raken als ze zich onvoldoende gewaardeerd voelen, het gevoel hebben dat ze onvoldoende training kunnen krijgen of geen passende taken hebben.¹⁴ Uit een recente systematische literatuurstudie komen verschillende voordelen van de samenwerking met vrijwilligers naar voren voor zorgmedewerkers. Zo noemen verpleegkundigen de meerwaarde voor cliënten qua welzijn, zorg en veiligheid, en geven zij aan dat samenwerken met vrijwilligers hen extra tijd biedt om vakgebonden medische taken uit te kunnen voeren. Wel vraagt de samenwerking volgens verpleegkundigen om goede communicatie met vrijwilligers over onderlinge rolverdeling.¹⁵

Bovenstaande inzichten uit de literatuur laten zien hoe een gelijkwaardige samenwerking tussen zorgmedewerkers, naasten/bewoner en vrijwilligers vanuit verschillende perspectieven bekeken kan worden en dat verschillende zaken deze samenwerking kunnen bevorderen of juist hinderen. Om tot goede samenwerking te komen, is meer inzicht nodig in de diverse perspectieven, meningen en concrete ervaringen van

zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers. In dit artikel belichten we het perspectief van zorgmedewerkers, managers en coaches werkzaam binnen de intramurale verpleeghuiszorg. Het doel van dit onderzoek is om op basis van de ervaringen van zorgmedewerkers, managers en coaches de bevorderende en belemmerende factoren voor familieparticipatie en vrijwilligersinzet in beeld te brengen. Zo kunnen er mogelijk implicaties en lessen uit deze ervaringen worden getrokken.ⁱ

Methoden

Een exploratief kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd van 1 november 2022 tot 1 december 2023.

Studiepopulatie en steekproeftrekking

Vilans voerde van 2018-2023 het programma 'Waardigheid en Trots op locatie' uit dat werd gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Dit programma had als doelstelling om zorgaanbieders en locaties te ondersteunen bij het voldoen aan het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.¹⁶ Het verzamelen, verrijken en verspreiden van kennis zijn hierbij belangrijke bouwstenen, naast het daadwerkelijk ondersteunen van aanbieders bij het toepassen van de kennis ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Binnen het programma werd maatwerkondersteuning aangeboden door externe, ervaren coaches met veel kennis over de verpleeghuiszorg en verandermanagement. Aan dit grootschalige programma hebben 516 unieke verpleeghuislocaties meegedaan, waarmee 53.000 zorgmedewerkers zijn bereikt.

De maatwerkondersteuning betrof één of enkele van de acht thema's van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn, veiligheid, leren en verbeteren, leiderschap, governance en management, personeelssamenstelling, gebruik van hulpbronnen, gebruik van informatie). Binnen persoonsgerichte zorg en wonen en welzijn kon de maatwerkondersteuning ook ingaan op de samenwerking met naasten en vrijwilligers.

Negen zorgorganisaties werden geselecteerd uit de verpleeghuislocaties die deelnamen aan een maatwerk verbetertraject. Een doelgerichte selectie werd toegepast met streven naar maximale variatie op de uitkomsten van het thema wonen en welzijn binnen de Scan Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.^{17,18} Deze scan is een zelfevaluatie-instrument om de stand van zaken op elk van de thema's van het kwaliteitskader

ⁱ Een beschrijving van de geïncludeerde doelgroep staat in de methodensectie onder 'Studiepopulatie en steekproeftrekking'.

kwantitatief inzichtelijk te maken. Binnen het thema wonen en welzijn werd specifiek gekeken naar de resultaten op de onderwerpen familieparticipatie en vrijwilligersinzet door het lezen van evaluatieverslagen van de trajecten. Door deze manier van includeren zijn zowel enkele organisaties gerepresenteerd die een vooruitgang lieten zien op de thema's familieparticipatie en vrijwilligersinzet, als een aantal organisaties die op de metingen achteruit waren gegaan.ⁱⁱ

Zeven van de negen geselecteerde zorgorganisaties wilden meewerken aan het onderzoek. De coaches waren onze 'gatekeepers' of sleutelfiguren, via hen zijn via de sneeuwbal methode de overige respondenten geworven. Zeventien personen werden geïnterviewd vanuit zeven zorgorganisaties. Zes zorgmedewerkers, vier managers en zeven coaches werden geïnterviewd. Bij 1 zorgprofessional kwam een dubbelrol ter sprake waarbij de professional ook mantelzorg was van haar moeder. Alle organisaties waaraan de geïnterviewden verbonden waren, participeerden in het programma Waardigheid en Trots op Locatie.

De doelgroep zorgmedewerkers bestond uit verpleegkundigen, verzorgenden, welzijnsprofessionals en activiteitenbegeleiders. De groep managers bestond uit projectmanagers, teammanagers en regiomanagers. Coaches zijn *externe* coaches die geselecteerde zorgorganisaties ondersteunden bij visieontwikkeling en het optimaliseren van de samenwerking. Zij werden betrokken vanwege hun spiegel functie, hun externe positie en vanwege hun betrokkenheid bij verschillende organisaties, wat de mogelijkheid bood om tussen verschillende settings te kunnen vergelijken. De focus van dit artikel ligt daarmee op de perspectieven van zorgmedewerkers, management en coaches. Vanwege praktische haalbaarheid werden naast, mantelzorgers en vrijwilligers niet meegenomen als doelgroep. Zij zijn betrokken bij een toekomstig deelproject waarover in een ander artikel zal worden gerapporteerd.

-
- ii De steekproef met maximale variatie is bepaald op basis van de individuele score per organisatie (die niet in het eindrapport is gerapporteerd) en de evaluatieverslagen per organisatie op deze onderwerpen. De criteria waarop variatie werd bereikt:
- Verbetering/verslechtering op thema's familieparticipatie/vrijwilligersinzet (verschil ≥ 2 punten) van de begin en eindscan;
 - Deelname aan verbetertraject coaching op thema's Wonen en zorg hadden verschillende intensiteit van coaching (light, medium, pro);
 - Periode deelname organisatie (Datum van eindevaluatie: tussen jan 2021-heden).

Dataverzameling

De dataverzameling bestond uit semigestructureerde online interviews die werden afgenomen door dezelfde onderzoeker (CH) via Teams. De interviews waren gericht op de ervaren bevorderende en belemmerende factoren van familieparticipatie en vrijwilligersinzet. Bij beide onderwerpen werd ingegaan op de geobserveerde veranderingen op de betreffende locatie, uitgevoerde interventies en resultaten daarvan, de bevorderende factoren, belemmerende factoren, kansen en uitdagingen op micro-, locatie-, organisatie- en samenlevingsniveau, en de rolverdeling van de betrokkenen (o.a. zorgmedewerkers, cliënten, naasten, management en coaches). Deelnemers werden schriftelijk uitgenodigd en geïnformeerd over het onderzoek. Bij interesse werd een afspraak ingepland. Vervolgens werd na een mondelinge uitleg over het onderzoek en de gelegenheid voor het stellen van vragen schriftelijk toestemming voor deelname gegeven via een online toestemmingsformulier. Alle interviews werden opgenomen, getranscribeerd, gepseudomiseerd en samengevat.

Data-analyse

De transcripten zijn thematisch geanalyseerd met behulp van MAXQDA, waarbij de fasen van open, axiaal en selectieve codering zijn gevolgd.¹⁹ Voor de open codering werden alle transcripten doorgelezen waarna de thema's die naar voren kwamen werden geïdentificeerd (LL en AS). Twee interviews werden door beide onderzoekers gelezen en besproken om een gezamenlijk interpretatiekader te creëren. In overleg werd een lijst van open codes opgesteld. Vervolgens werden in de fase van axiale codering vier interviews opnieuw gecodeerd waarbij gewerkt werd vanuit de codes naar de data om te bepalen of de codes de data goed omvatten. Nieuwe codes werden toegevoegd wanneer nodig. De onderzoekers bespraken en onderscheidden gezamenlijk hoofd- en deelthema's waarmee de onderlinge relaties en structuur van de codeboom verder werd gespecificeerd. Vervolgens werd voor de selectieve codering de ontwikkelde codeboom gebruikt om alle interviews opnieuw te coderen. Voor de betrouwbaarheid werden zes interviews dubbel gecodeerd waarna de overeenkomsten en verschillen vergeleken werden.

Resultaten

De resultaten omvatten de ervaren bevorderende en belemmerende factoren van familieparticipatie en vrijwilligersinzet vanuit het perspectief van zorgmedewerkers, managers en externe coaches. Deze factoren zijn gecategoriseerd op micro-, meso- en macroniveau. Thema's op microniveau gaan over zaken die spelen bij zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers en hun onderlinge afstemming. Mesoniveau omvat thema's die spelen op een iets hoger abstractieniveau: binnen een team, op een afdeling of locatie of organisatieniveau. Thema's op macroniveau omvatten

organisatie overstijgende zaken die spelen in de landelijke politiek, beleid en in de publieke opinie. Vanuit deze resultaten zijn concrete aanbevelingen geformuleerd voor zorgmedewerkers die het 'samen zorgen' met bewoner, naasten, vrijwilligers en brede sociale netwerk willen verbeteren. Deze staan weergegeven in figuur 1.

Microniveau

Familieparticipatie

Het is belangrijk om het contact vanaf de start goed met naasten aan te gaan en voortdurend te onderhouden. Meerdere respondenten benadrukken het belang van een kennismaking in de oude woning van de cliënt. In dit huisbezoek gaan de professional, client en naasten open in gesprek met elkaar, waarbij elkaar leren kennen en uitwisseling centraal staan. Zo kunnen de wederzijdse behoeften in relatie tot familieparticipatie en het dagelijks leven van de cliënt besproken worden. Een voorbeeld van een werkvorm die wordt genoemd is het door cliënt, naasten en zorgprofessional invullen van een ecogram in de vorm van een boom. Hierbij worden op bladeren door de cliënt en zijn naasten activiteiten en personen geschreven die voor deze persoon van betekenis zijn. Vaak worden twee maanden na verhuizing meer concrete afspraken gemaakt over familieparticipatie, en wordt dit toekomstige overlegmoment al genoemd bij het huisbezoek.

*Ik denk dat communicatie de sleutel is tot stappen. Dat is het belangrijkste.
(Zorgmedewerker, respondent 14)*

Respondenten vertellen dat familieleden ook moeten wennen. Het heeft tijd nodig voordat familieleden zich wat meer thuisvoelen op de zorglocatie; zij voelen soms een drempel om bijvoorbeeld kastjes open te trekken in de keuken. Het helpt dan om plekken expliciet voor familie in te richten, zoals een buurtkamer. Ook voor andere familieleden, burens of mensen uit het brede netwerk van de client blijkt de verhuizing naar het verpleeghuis soms een drempel om contact te onderhouden. Bij een van de zorgorganisaties worden hiervoor sets verhuiskaarten uitgedeeld aan nieuwe bewoners, zodat zij mensen een uitnodiging kunnen sturen om een keer op hun nieuwe woonplek langs te komen.

Verwachtingen

Medewerkers ervaren dat cliënten en naasten hoge verwachtingen hebben van de formele zorg. Al vanaf het intakegesprek met een toekomstige bewoner en diens familie kunnen hier duidelijke verwachtingen in geschetst worden. Wat biedt het verpleeghuis en waar moeten mensen zelf voor zorgen? Het is van belang om zorg

als aanvulling te positioneren, niet als basis van het leven in een verpleeghuis of wooncentrum.

Heel veel mensen denken nog steeds dat onder het dak van een wooncentrum alles voor hen wordt gedaan. Dat is natuurlijk niet zo. (Manager, respondent 13)

Uit enkele interviews met zorgmedewerkers blijkt dat zij vaak zien dat mantelzorgers na de verhuizing van hun naaste eerst moeten kunnen bijkomen van de overbelasting van de voorgaande periode. Pas na een aantal weken ontstaat er meer ruimte voor respondenten om over een nieuwe invulling van familieparticipatie in gesprek te gaan. Belangrijk is dat familieparticipatie niet als verplichting wordt gecommuniceerd, maar als iets wat kan bijdragen aan het leven van bewoners en het leven van bewoners fijner maakt.

Respondenten geven aan dat zij soms terughoudend zijn om mogelijkheden voor familieparticipatie ter sprake te brengen. Afhankelijk van iemands persoonlijke omstandigheden kan het zijn dat iemand veel verantwoordelijkheden heeft vanwege een drukke baan of een jong gezin. Ook dan is het voor familie en zorgmedewerkers fijn om concreet te bespreken wat ze kunnen bijdragen en hierover afspraken te maken. Het helpt om de gemaakte afspraken over de rolverdeling ook in het zorgleefplan op te nemen, zodat deze voor de betrokkenen terug te vinden zijn.

Wat je merkt, is dat we heel snel zeggen: nee, dat kan niet. Maar kan het niet of, willen we het niet. Daar zit voor mij wel een verschil in. Hebben we alles geprobeerd? (Zorgmedewerker, respondent 9)

Vrijwilligers

Uit de interviews komt naar voren dat veel zorgmedewerkers en managers momenteel aandacht hebben voor het verbeteren van de onderlinge samenwerking met vrijwilligers. Het is hierbij belangrijk om een vrijwilliger goed te begeleiden, te ondersteunen en aandacht te geven om zo de vrijwilligers tot hun recht te laten komen en duurzaam te verbinden aan de organisatie. Daarbij is een vrijwilligersbeleid van belang waarin staat wie er verantwoordelijk is voor het ondersteunen van vrijwilligers.

Het gebeurt ook nog wel eens zo van, oh de vrijwilliger komt. Nou succes en ik zie je om 18.00 uur weer. (Manager, respondent 8)

Vrijwilligers kunnen zowel bij (groeps)activiteiten als bij individuele activiteiten betrokken zijn, zoals samen wandelen, een kopje koffie drinken of samen fietsen. Uit

de interviews blijkt dat ook naasten van cliënten als vrijwilliger op een zorglocatie actief zijn. Een uitdaging die uit de interviews naar voren komt, is de toegenomen tijdsdruk in het leven van vrijwilligers doordat zij langer doorwerken, oppassen op hun kleinkinderen en/of zorgen voor hun eigen ouders. In de praktijk blijkt dat het hierdoor vaak lastig is om vrijwilligers duurzaam te verbinden aan de zorgorganisatie. Respondenten vertellen dat het helpt om te investeren in vrijwilligers door ontwikkelkansen te bieden, zoals aanvullende cursussen. Ook is waardering belangrijk, bijvoorbeeld door contact te hebben over hoe het gaat en vrijwilligers voor een teamuitje of nieuwjaarsreceptie uit te nodigen.

Zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers hebben een belangrijke rol in de samenwerking met familieleden en vrijwilligers. Hierbij zijn goede gespreksvaardigheden van belang. Ook blijkt het belangrijk dat naasten en vrijwilligers een vast persoon als aanspreekpunt hebben waarbij ze terecht kunnen. Een vrijwilligerscoördinator speelt meestal een belangrijke rol bij het matchen van de wensen van bewoners aan de goede vrijwilliger. Uit de interviews komt naar voren dat familieleden en vrijwilligers vaak het initiatief nemen om te helpen, wat door zorgmedewerkers kan worden verwelkomd. Ook wordt het belang van een goede samenwerking van zorg- en welzijnsmedewerkers benadrukt.

Zorgmedewerkers geven aan dat zij energie krijgen als de samenwerking met familieleden en vrijwilligers goed gaat. Zij zien een positieve invloed op bewoners, omdat zij plezier hebben in dagelijkse activiteiten. Desondanks blijkt het voor zorgmedewerkers vaak wennen om samen te werken met naasten en vrijwilligers. Zorgmedewerkers geven aan dat ze het lastig vinden om de samenwerking met familie te organiseren of om zaken uit handen te geven. Soms zijn ze enthousiast over het idee van samenwerken, maar weten ze vervolgens niet goed hoe ze het gesprek kunnen aangaan.

Nee, voor dat moeilijke gesprek hebben de meeste collega's in de zorg onvoldoende communicatievaardigheden en handvaten. Over 5 of 6 jaar zal het ingeburgerd zijn en vanzelf gaan. Er is meer scholing nodig. (Coach, respondent 7)

Er is ook een groep zorgmedewerkers die het spannend vindt. Ze ervaren familieparticipatie als bemoeizucht en interpreteren betrokkenheid als een manier voor de familie om toezicht te houden.

Mesoniveau

Werving vrijwilligers

Bij de werving van vrijwilligers helpt het volgens respondenten om een profielschets te maken en een vacaturetekst via social media te verspreiden. Met geïnteresseerden gaat een vrijwilligerscoördinator in gesprek om te kijken waar iemand goed past. De achtergrond van de vrijwilliger is hierbij van belang, bijvoorbeeld bij interesse voor een specifieke activiteit, of als iemand liever één op één met een bewoner tijd doorbrengt of juist bij een groepsactiviteit wil meehelpen. Ook kan per activiteit naar bepaalde type vrijwilliger worden gezocht, zoals mensen die gepensioneerd zijn of jongeren die een maatschappelijke stage doen.

Naast individueel werven van vrijwilligers, worden er twee voorbeelden gedeeld van een structurele samenwerking met organisaties. Eén ouderenzorgorganisatie werkt samen met een organisatie in de verstandelijke gehandicaptensector. Op deze manier kunnen mensen met een verstandelijke beperking werken in de huishouding van ambulante ouderen. Een tweede voorbeeld is een samenwerkingsverband met een bedrijf in de toeristische vliegsector, waarbij stewards en stewardessen die tijdelijk zijn uitgevallen vanwege bijvoorbeeld Corona, zwangerschap of een re-integratietraject, vrijwilligerswerk doen.

Werkdruk

Er wordt door zorgmedewerkers een grote werkdruk en tijdstekort ervaren. Er zijn veel wisselingen in personeel en een hoge inzet van uitzendkrachten. Respondenten die werkzaam zijn bij kleine organisaties geven aan dat het moeilijk is om de roosters rond te krijgen. Dit bemoeilijkt de samenwerking met familie en vrijwilligers, omdat voor het opbouwen en onderhouden van contact tijd nodig is. Ook het gesprek aangaan over verwachtingen qua zorg en familieparticipatie kost veel tijd en is niet altijd haalbaar volgens geïnterviewden.

Dan vraagt dat wel heel veel tijd en die tijd is er nu vaak niet. (Zorgmedewerker, respondent 10)

Management

Teammanagers en locatieverantwoordelijken zien een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd in het enthousiasmeren van teams en te zorgen dat er een duidelijke visie op de samenwerking met naasten en vrijwilligers is die ook wordt uitgedragen. Ook richting naasten kunnen zij een verbindingsrol hebben. Uit de interviews komen voorbeelden naar voren waarin teammanagers inspiratiesessies organiseren om

de samenwerking met naasten en vrijwilligers te vergroten, begeleiding bieden aan zorgmedewerkers en (bij)scholing faciliteren. Tegelijkertijd komen er voorbeelden naar voren waarin de samenwerking met vrijwilligers onvoldoende van de grond kwam vanwege een gebrek aan aandacht voor dit thema op managementniveau.

*Als het management het niet ziet, dan lukt het op de afdeling helemaal niet.
(Zorgmedewerker, respondent 10)*

Realisatiebeleid

Een belangrijke bevorderende factor die naar voren komt is het formuleren van een duidelijke organisatievisie rond vrijwilligersinzet en familieparticipatie (of: samenredzaamheid). In een zorgorganisatie worden vrijwilligers bijvoorbeeld expliciet gepositioneerd als onderdeel van het team. Een manager noemt dat zij betrokkenen met verschillende achtergronden vraagt om mee meedenken bij het opstellen van beleid.

Waar liggen de (juridische) grenzen aan vrijwilligersinzet en mantelzorg? Respondenten geven aan dat duidelijke afspraken nodig zijn over wat uitsluitend door een zorgmedewerker kan worden gedaan. Vaak wordt vanuit angst de rol van naasten of vrijwilligers ingeperkt terwijl dit niet nodig is, bijvoorbeeld bij medische handelingen. Het verduidelijken van de afweging tussen veiligheid, vrijheid en verantwoordelijkheid in beleid is daarom volgens respondenten gewenst:

Als je wondverzorging doet, dan kan iemand niet zomaar onder de douche. [...] Het is die balans die je goed moet uitzoeken. (Coach, respondent 15)

Macro niveau

Verbinding met de wijk

Een veelvoorkomende genoemde kans in de interviews is het vergroten van de continuïteit tussen de situatie van zelfstandig thuiswonen naar het leven in een verpleeghuis. Zodat de deur van het verpleeghuis geen scheidingslijn is van wat was en nu is. Een stap hiernaartoe is om op huisbezoek te gaan, zoals eerder beschreven. Ook wordt geprobeerd om na de verhuizing het sociale leven van een nieuwe bewoner in stand te houden. Familieleden kunnen met en voor een bewoner blijven doen wat ze thuis ook al deden, en mensen zouden moeten kunnen blijven deelnemen aan hun hobby's buiten het verpleeghuis. Bijvoorbeeld door te blijven biljarten met hun vrienden.

Cultuurverandering

In diverse interviews komt de cultuurverandering in de maatschappij ter sprake, waarin groeiende aandacht is voor familieparticipatie, vrijwilligersinzet, zorgen voor elkaar en eigen kracht. De urgentie van familieparticipatie en vrijwilligersinzet wordt nog niet door iedereen gezien. Respondenten geven aan dat het helpend zou zijn als de overheid landelijk beter zou uitleggen dat de zorg onhoudbaar is en anders georganiseerd moet worden. Zodat het bestaande beeld dat zorgmedewerkers alle zorg leveren bij verhuizing naar een verpleeghuis verdwijnt. Mantelzorgcompensatie (in bijvoorbeeld extra vrije uren) wordt geopperd als kans om vanuit de overheid of een werkgever de druk op families met zware mantelzorgtaken te verminderen en wel passende zorg voor cliënten te realiseren.

We moeten kunnen regelen dat iemand dezelfde activiteiten kan blijven voortzetten als voorheen als iemand naar de zorglocatie verhuisd. Het is alleen nog onduidelijk hoe. (Manager, respondent 5)

Het integreren van intramurale en extramurale zorg die wordt bekostigd vanuit verschillende wetten (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz)) is een uitdaging vanwege financieringschotten. Dit werkt een goede samenwerking van thuiszorgmedewerkers en het sociale domein met intramuraal werkende professionals tegen. Ook kunnen intramuraal werkende professionals leren van de insteek van thuiszorgmedewerkers:

Terwijl in het verpleeghuis hoor ik medewerkers nog wel eens zeggen 'er komt iemand in mijn keuken'. Terwijl ik denk, niks jouw keuken. Dat beeld is een heel ander beeld, een ander vertrekpunt. Intramuraal kan leren van extramuraal. (Coach, respondent 1)

Concrete tips voor samen zorgen

MACRO

VERBINDING MET DE WIJK

- Verbind het leven binnen en buiten het verpleeghuis.



MESO

VRIJWILLIGERSINZET

- Match vrijwilligers aan taken en bewoners.
- Ga na wat elke bewoner en vrijwilliger leuk vindt.
- Maak onderscheid tussen verschillende groepen vrijwilligers.
- Oriënteer naar innovatieve mogelijkheden voor samenwerking met organisaties.



MANAGEMENT

- Laat collega's van elkaar leren door uitwisseling te stimuleren.
- Breng successen in beeld.



REALISATIE BELEID

- Formuleer een duidelijke visie op samen zorgen.
- Maak duidelijke afspraken over wat uitsluitend door professionals kan worden gedaan.



MICRO

FAMILIEPARTICIPATIE

- Ga op bezoek bij de nieuwe bewoner in de oude woning voor het intakegesprek.
- Verwelkom het netwerk actief na de verhuizing.
- Breng samen in kaart welke mensen voor iemand dierbaar zijn.



VERWACHTINGEN

- Schets vanaf het begin duidelijke verwachtingen.
- Bouw een rustperiode in wanneer familie moet bijkomen van de intensieve mantelzorgperiode vlak voor de verhuizing.
- Leg gemaakte afspraken goed vast.



VRIJWILLIGERS

- Ondersteun en waardeer vrijwilligers continu. Creëer ontwikkelkansen en nodig vrijwilligers uit voor team- en organisatieborrels.
- Leg in vrijwilligersbeleid vast wie verantwoordelijk is voor de ondersteuning van vrijwilligers.



ZORGMEDEWERKERS

- Zorg voor een vast aanspreekpunt voor naasten en vrijwilligers.
- Verwelkom eigen initiatieven van familieleden en vrijwilligers.
- Werk samen in de zorg met welzijn.
- Ontwikkel goede gespreksvaardigheden, eventueel met aanvullende scholing.



Figuur 1 Concrete aanbevelingen voor samen zorgen vanuit het perspectief van zorgprofessionals en zorgaanbieders]

Discussie

Dit exploratieve kwalitatieve onderzoek brengt de ervaringen van zorgmedewerkers, managers en coaches in beeld met samen zorgen. Uit de interviews komen verschillende factoren op micro-, meso-, en macro-niveau naar voren die de onderlinge samenwerking tussen zorgmedewerkers, naasten, bewoners en vrijwilligers beïnvloeden.

De thema's over familieparticipatie en vrijwilligersinzet staan in onderlinge verbinding en interactie met elkaar, en raken soms aan verschillende niveaus (operationeel, tactisch en strategisch). Allereerst benadrukken de bevindingen het belang van een gelijkwaardige samenwerking van zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers. Daarnaast is draagvlak bij het management van belang, met een duidelijke visie over de onderlinge samenwerking en duidelijke afspraken voor het dagelijkse werk.

Vervolgens laten de resultaten zien dat er een cultuuromslag nodig is, waarin ruimte wordt gecreëerd voor gelijkwaardige samenwerking die begint met waardering en het begrijpen van elkaars perspectief en aandacht voor de individuele waarden en normatieve ideeën van betrokkenen.¹⁵ Nog meer vraaggericht werken, meer open staan voor de inbreng en ideeën van familie. Want de naasten kennen de client immers het beste. Daarvoor is scholing in gesprekstechnieken van belang,²⁰ maar bovenal het veranderen van de organisatiecultuur waarbij de focus op zorg zich verplaatst naar een focus op datgene wat van meerwaarde is voor het leven van bewoners. Deze bevindingen sluiten aan bij de trends die al in 2010 in het Advies Zorg voor je gezondheid!²¹ en recent in het advies Anders Leven en Zorgen van de Raad Volksgezondheid & Samenleving staan beschreven.¹ Hierin wordt geadviseerd om een gelijkwaardig team te vormen rond elke hulpvrager met naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. Daarnaast wordt geadviseerd om naasten en vrijwilligers op verschillende niveaus, waaronder management/beleid van een zorgorganisatie, een duidelijke stem te geven.

Gelijkwaardigheid werkt ook in taal en beelden door,²² wat tijdens het analyseren van de interviews meerdere keren naar voren kwam. Praat iemand over het 'inzetten' van familie en vrijwilligers of over 'samenwerking'? Gaat het bij de betrokkenheid van naasten over het laten aansluiten van de zorg bij iemands wensen en behoeften, of om het verminderen van de werkdruk van zorgmedewerkers? Hoe kunnen zorgmedewerkers meer oog ontwikkelen voor het dagelijkse leven van mensen en vanuit deze belevingswereld het gesprek ingaan? In dit onderzoek wordt geopperd dat zorgmedewerkers inspiratie zouden kunnen opdoen bij collega's uit de toeristenindustrie met een mindset gericht op gastvrijheid en een warm onthaal.

De opzet van deze studie kent een aantal sterke punten en beperkingen. Het exploratieve onderzoek geeft inzicht in de ervaringen van een heterogene groep zorgmedewerkers, managers en coaches, waarbij een gedegen analyseprocedure met verschillende onderzoekers gevolgd is. Tegelijkertijd zorgt deze heterogeniteit ervoor dat het aantal respondenten per functiegroep klein is, waardoor de ervaringen niet per functiegroep kunnen worden uitgesplitst of het punt van dataverzadiging hebben bereikt. Diversiteit in de zin van persoonlijkheidskenmerken zoals culturele achtergrond zijn in de selectiecriteria niet meegenomen. Daarnaast is een belangrijke beperking dat naasten en vrijwilligers niet zijn geïnterviewd, waardoor enkel het perspectief van zorgmedewerkers, managers en coaches op samen zorgen bevestigd zijn.

Aanbevelingen

Uit dit onderzoek komen ook een aantal aanbevelingen naar voren voor toekomstig onderzoek. Allereerst is het relevant om in te gaan op de perspectieven van naasten en vrijwilligers, om meer inzicht te krijgen in de door hen ervaren mogelijkheden en uitdagingen. Daarnaast is het belangrijk om een duidelijker beeld te krijgen van de kwantitatieve en kwalitatieve effecten en impact van familieparticipatie en vrijwilligersinzet in de zorg. Hoe verhoudt de tijdsinvestering van zorgmedewerkers, naasten en vrijwilligers in de samenwerking zich tot de opbrengsten die het biedt voor de kwaliteit van zorg voor cliënten en het werkpakket van zorgmedewerkers?

Op basis van de resultaten zijn concrete aanbevelingen voor de zorgpraktijk geformuleerd om de gelijkwaardige samenwerking te vergroten. Deze aanbevelingen staan weergegeven in figuur 1. Concrete aanbevelingen voor het primaire zorgproces staan voornamelijk op micro-niveau weergegeven. Wijs bijvoorbeeld een vast aanspreekpunt voor naasten en vrijwilligers aan, en verwelkom nieuwe initiatieven van naasten en vrijwilligers. Op mesoniveau staan aanbevelingen die de individuele samenwerking overstijgen, zoals zaken die relevant zijn voor het team, de locatie en voor de beleidsvorming op organisatieniveau. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen van een organisatievisie over samen zorgen en het in beeld brengen van successen. Op macroniveau komt de aanbeveling voor sterkere verbinding van het leven binnen en buiten een verpleeghuis naar voren.

Conclusie

Het samenwerken met naasten en vrijwilligers is belangrijk in tijden van een stijgende zorgvraag en toenemende personeelstekorten. Deze samenwerking vraagt om nieuwe manieren van werken. Ook wordt het belang van draagvlak bij het management en duidelijke afspraken op beleidsniveau onderstreept.

Dankwoord

Wij willen de zorgmedewerkers, managers en coaches bedanken voor het delen van hun ervaringen in de interviews en de deelname aan dit onderzoek.

Financiering

Dit onderzoek is onderdeel van het programma 'Waardigheid en Trots op locatie', dat werd gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Referenties

1. Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2022. Beschikbaar op: www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2022/05/19/anders-leven-en-zorgen
2. Kamerbrief over Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022. Beschikbaar op: [pdf \(overheid.nl\)](#)
3. Boer, A. de, Klerk, M de, Verbeek-Oudijk, D, Plaisier, I. Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020. Beschikbaar op: dx.doi.org/10.48592/46
4. Hengelaar, AH, Hartingsveldt, M van, Wittenberg, Y, Etten-Jamaludin, F van, Kwekkeboom, R, Satink, T. Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective—A thematic synthesis. *Health & Social Care in the Community*. 2018;26(4):474-85. Beschikbaar op: doi.org/10.1111/hsc.12503
5. United Nations Volunteers Programme: Preparatory Committee for the Special Session of the General Assembly on the implementation of the outcome of the world summit for social development and further initiatives. *Volunteering and social development*. A/AC.253/16/Add.7. United Nations; 2000.
6. Werkboek samenredzaamheid. Aan de slag met je cliënt en zijn netwerk. V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Beschikbaar op: [werkboek-samenredzaamheid.pdf \(venvn.nl\)](#)
7. Nolan, M. Creating an enriched environment of care for older people, staff and family carers: Relational practice and organizational culture change in health and social care. In M. Keating, A. McDermott, & K. Montgomery (Eds.), *Patient-centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*. Banningstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
8. Broese van Groenou, MI, & Boer, A. de. Providing informal care in a changing society. *European journal of ageing*; 2016;13:271-9. Beschikbaar op: doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7
9. Boer, AD, Klerk, MD, Josten, E, Roos, SD Position paper: Meer integrale visie op mantelzorg nodig. 2023. Beschikbaar op: dx.doi.org/10.48592/1382
10. Natan, MB. Coordinating the roles of nursing home staff and families of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Care Quality*. 2009;24(4):332-9. Beschikbaar op: [10.1097/NCQ.0b013e3181a8b257](https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181a8b257)
11. Vermorgen, M, Vandenbogaerde, I, Audenhove, C van, Hudson, P, Deliëns, L, Cohen, J, & Vleminck, A. de. Are family carers part of the care team providing end-of-life care? A qualitative interview study on the collaboration between family and professional carers. *Palliative medicine*. 2021;35(1):109-19. Beschikbaar op: doi.org/10.1177/0269216320954342

12. Wittenberg, Y, Kwekkeboom, R, Staaks, J, Verhoeff, A, Boer, A de. Informal caregivers' views on the division of responsibilities between themselves and professionals: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 2018;26(4):e460-73. Beschikbaar op: doi.org/10.1111/hsc.12529
13. Same A, McBride H, Liddelow C, Mullan B, Harris C. Motivations for volunteering time with older adults: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2020;15(5): e0232718. Beschikbaar op: doi.org/10.1371/journal.pone.0232718
14. Hurst, A, Coyne, E, Kellett, U, Needham, J. Volunteers motivations and involvement in dementia care in hospitals, aged care and resident homes: An integrative review. *Geriatric nursing*. 2019;40(5):478-86. Beschikbaar op: doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.010
15. Crookes, K, Saunders, R, Kemp, V, Gallagher, O, Ghosh, M, Bulsara, C, Gullick, K, O'Connell, B. Nurses' perceptions of using volunteer support in health care settings: A systematic scoping review. *International Nursing Review*. 2023;70(3):405-14. Beschikbaar op: doi.org/10.1111/inr.12806
16. Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Zorginstituut Nederland: Diemen, The Netherlands. 2017:1-41.
17. Vilans. Eindrapportage Waardigheid en trots op locatie 2018-2023. 2023:1-34. Beschikbaar op: www.waardigheidentrots.nl/over-ons/resultaten-waardigheid-en-trots-op-locatie
18. Naber, J, Reijmer, Y, Berg, B van den. Kwaliteitsverbetering als een gezamenlijke opgave. *TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2023;101(2):58-62. Beschikbaar op: doi.org/10.1007/s12508-023-00390-1
19. Boeije HR. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen: Boom Koninklijke Uitgevers; 4e druk, 2023.
20. Skinner, MS, Lorentzen, H, Tingvold, L, Sortland, O, Andfossen, NB, Jegermalm, M. Volunteers and informal caregivers' contributions and collaboration with formal caregivers in Norwegian long-term care. *Journal of aging & social policy*. 2021;33(6):647-72. Beschikbaar op: doi.org/10.1080/08959420.2020.1745988
21. Zorg voor je gezondheid! gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2010. Beschikbaar op: www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2010/04/05/zorg-voor-je-gezondheid
22. Dahlke, S, Hunter, KF. How nurses' use of language creates meaning about healthcare users and nursing practice. *Nursing inquiry*. 2020;27(3):e12346. Beschikbaar op: doi.org/10.1111/nin.12346

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Trends in de toereikendheid van de zorg zoals ervaren door oudere zorgontvangers tussen 2012 en 2022 in Nederland

Maura K.M. Gardeniers^{1*}, Martijn Huisman², Erik Jan Meijboom¹, Marjolein I. Broese van Groenou¹

Samenvatting

In reactie op vergrijzing en stijgende zorgkosten, is de Nederlandse langdurige zorg hervormd in 2015/16. Belangrijke elementen daarvan zijn strengere toelatingseisen voor verpleeghuizen, en decentralisatie van de zorg aan huis die is overgeheveld naar de gemeenten. Gevolgen hiervan voor de ervaren toereikendheid van zorg zijn nog onbekend. Deze studie onderzoekt in hoeverre de toereikendheid van de zorg zoals ervaren door ouderen in deze periode is veranderd. Tevens bezien we de samenhang met individuele kenmerken, zoals zorgbehoefte, zorggebruik en wensen inzake zorg. Data waren afkomstig van zorgontvangende ouderen op vier waarnemingen van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) tussen 2012 en 2022 (N=1316). We hebben een multilevel logistische regressieanalyse uitgevoerd.

De ervaren zorgtoereikendheid daalde licht in 2015/16 en 2018/19, dit herstelde zich echter in 2021/22. Naar regio bleek geen verschil, ouderen in minder stedelijke gebieden ervoeren echter wel meer zorgtoereikendheid (OR=0,89). Daarnaast associeerden functiebeperkingen (OR=0,94), chronische ziekten (OR=0,80), het gebruiken van publieke zorg (OR=0,67), en een hoger opleidingsniveau (OR=1,53) sterk met de ervaren toereikendheid van zorg. Publiek betaalde zorg leek echter de vorm van zorg te zijn die het minst bijdroeg aan de ervaren zorgtoereikendheid; het gebrek aan ervaren regie over de zorg is hiervoor mogelijk een verklarende factor.

Trefwoorden: Langdurige zorg, toereikendheid van zorg, Longitudinal Aging Study Amsterdam

1 Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit Sociale Wetenschappen

2 Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Epidemiologie en Biostatistiek

* Correspondierend auteur: m.k.m.gardeniers@vu.nl

Trends in the sufficiency of long-term care as perceived by older care recipients between 2012 and 2022 in the Netherlands

Maura K.M. Gardeniers^{1*}, Martijn Huisman², Erik Jan Meijboom¹, Marjolein I. Broese van Groenou¹

Abstract

Due to population ageing and rising healthcare costs, Dutch long-term care was reformed in 2015/16. Important measures were stricter admission requirements for nursing homes and decentralization of homecare to municipalities. The consequences of these changes for the perceived quality of care are still unknown. We examined to which extent the sufficiency of care as experienced by older people has changed during this period. We also examined the relationship with individual characteristics, such as care needs, care use, and wishes regarding care.

Data from older care recipients at four observations from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) between 2012 and 2022 (N=1316) were used. Multilevel logistic regression analysis were performed.

Perceived care sufficiency decreased a little after the healthcare reform in 2015/16 and 2018/19, but recovered in 2022. There appeared no difference based on living region, but care sufficiency was higher in less urban areas (OR=0,89). In addition, functional limitations (OR=0,94), chronic diseases (OR=0,80), use of public care (OR=0,67), and higher education level (OR=1,53) were strongly associated with care sufficiency. However, use of publicly paid care appeared to be the type of care that contributed least to care sufficiency; a lack of perceived control over care may be an explanatory factor.

Keywords: Long-term care, Care sufficiency, Longitudinal Aging Study Amsterdam

1 Vrije Universiteit Amsterdam, Faculty of Social Sciences

2 Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Epidemiology and Biostatistics

* Corresponding author: m.k.m.gardeniers@vu.nl

Inleiding

Als ouderen gezondheidsproblemen krijgen, zijn ze niet alleen afhankelijk van acute medische zorg maar vaak ook van langdurige zorg. Hier zou verwacht worden dat er verschillende zorgvragen zijn die bijvoorbeeld bestaan uit hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging, of ondersteuning in het huishouden. Langdurige zorg kan, mits van hoge kwaliteit en afgestemd op de behoeften van de zorgontvanger, de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op het welzijn van de zorgontvanger verzachten. Een indicatie voor de kwaliteit van zorg is de ervaren toereikendheid van zorg. Dat wil zeggen in hoeverre mensen de zorg die zij ontvangen als voldoende beschouwen. Deze toereikendheid van zorg vormt een belangrijk element in de relatie tussen gezondheid, zorggebruik en welzijn.¹⁻³

Tot nu toe zijn factoren die zorgtoereikendheid bepalen het meest bestudeerd in een medische zorgcontext. Dit noopt tot meer inzicht in de factoren die zorgtoereikendheid van langdurige zorg bepalen. Deze factoren kunnen grofweg worden onderverdeeld in individuele factoren die de vraag bepalen, zoals leeftijd, gezondheid en wensen inzake zorg, en structurele factoren die het aanbod weergeven, zoals zorgbeleid, tijd, en plaats. Een discrepantie tussen vraag en aanbod zou ertoe kunnen bijdragen dat de zorg als ontoereikend wordt gezien. Het aanbod aan zorg verandert veelvuldig, mede vanwege de stijgende kosten van de langdurige zorg. De grootste aanpassing vond plaats in 2015 toen de wettelijke kaders van de langdurige zorg drastisch werden aangepast. Middels longitudinaal onderzoek willen we meer inzicht krijgen in hoeverre de hervorming van de zorg samenging met een verandering in de mate van toereikendheid van de zorg zoals ervaren door ouderen, en in welke mate dit samenhangt met structurele en individuele kenmerken.

Structurele factoren van zorgtoereikendheid

In 2015 werd de Algemene Wet Bepalingen Zorg (AWBZ) vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), en werd de Wet van maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitgebreid. Deze hervorming had als doel de zorg beter en efficiënter te maken, mede om kosten te besparen.⁴ Om die reden werd de zorg aan huis gedecentraliseerd, waarbij de verantwoordelijkheid voor het leveren en financieren van zorg en ondersteuning werd overgedragen van het rijk naar gemeenten in de Wmo en Zvw. Vanuit de Wlz werd de intensieve zorg thuis of tehuiszorg geregeld, hiervoor bleef de verantwoordelijkheid primair bij de landelijke overheid. Vanuit de Zvw werd de bekostiging van de wijkverpleging geregeld en georganiseerd. Vanuit de Wmo werd hulp bij zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving geregeld door de gemeenten. Gemeenten werden verondersteld deze zorg efficiënt te kunnen leveren, en daarom werd het totale budget voor de financiering van de zorg lager dan het totaal van de landelijke langdurige zorguitgaven van

voorgaande jaren. Zo werd het budget voor tehuiscare 11% lager en voor thuiszorg 35% lager dan het eerdere budget.⁴ Daarnaast werden burgers aangespoord zelf zorg te organiseren, uit het eigen netwerk (informeel) of zelf bekostigd (particulier).

Deze hervorming roept de vraag op in hoeverre de zorg toereikend is gebleven. Enerzijds zijn er zorgen geuit of het nieuwe zorgregime nog wel voldoende zorg kon leveren.^{5,6} Anderzijds was het doel van de hervorming om zorg, toegesneden op de specifieke behoeften van de patiënt (*zorg op maat*), te leveren, waardoor de zorg mogelijk toereikender kan zijn geworden dan vóór de hervorming.⁷ Daarnaast zouden door de decentralisatie verschillen in het zorgaanbod tussen gemeenten zijn ontstaan. Aangezien de vergrijzing in Nederland verschilt naar regio en verstedelijkingsgraad staan gemeenten voor andere opgaven in verschillende delen van Nederland. Vooral gemeenten met een hogere verstedelijkingsgraad hebben doorgaans een groter aantal structurele gezondheidsvoorzieningen,⁸ evenals meer mogelijke formele en informele zorgverleners in de buurt. Daartegenover kan worden gesteld dat men op het platteland mogelijk sterker leunt op informele zorg. De eerste onderzoeksvraag van deze studie luidt: *'In hoeverre is de ervaren toereikendheid van de langdurige zorg door ouderen veranderd in de periode na de hervorming (2012-2022) en in hoeverre verschilt dit naar regio en verstedelijkingsgraad?'*

Individuele factoren van zorgtoereikendheid

De kern van het concept zorgtoereikendheid bestaat uit de vraag of iemand de ontvangen zorg als voldoende beoordeelt. Vanuit deze optiek wordt zorgtoereikendheid primair bepaald door wat men nodig heeft (zorgbehoefte), wat men krijgt (type zorg, hoeveelheid) en de wensen die men aan de zorg stelt (voorkeuren, ervaren regie). Voor de eerste factor, zorgbehoefte, geldt dat het gemakkelijker is om zorg als toereikend te ervaren wanneer de behoefte lager en minder complex is. Eerdere studies toonden aan dat een slechtere gezondheid gerelateerd was aan minder ervaren zorgtoereikendheid.^{9,10} In het bijzonder was de zorgtoereikendheid lager bij ouderen met functionele beperkingen.¹¹

De tweede factor van zorgtoereikendheid betreft de verkregen zorg, waarbij zowel zorgintensiteit (in uren) en type zorgverlener (informele, formele of particulier betaalde hulp) belangrijk zijn. We verwachten minder zorgtoereikendheid bij intensere zorg. De organisatie van intensieve zorg is complexer; soms loopt de zorg via verschillende wetten en vaak zijn er meerdere zorgverleners. Deze complexiteit vergroot de kans op afstemmingsproblemen tussen de zorgverleners¹² en deze fragmentatie van zorg leidt vaak tot problemen.⁶ We onderscheiden drie typen zorgverleners, die waarschijnlijk verschillen in de mate waarin ze toereikende zorg kunnen verlenen. Voor publiek betaalde zorg geldt een beperking in beschikbare tijd en

flexibiliteit, alsook dat de zorg door steeds wisselende personen wordt verleend. Voor informele zorgverleners gelden die beperkingen in tijd ook. Tegelijkertijd is er mogelijk meer flexibiliteit, omdat informele verzorgers uit plicht vaak toch ergens tijd maken. Tegelijkertijd hebben ouderen vaak de angst hun informele verzorgers tot last te zijn.¹³ Bij particuliere hulp geldt dat die in theorie sterk naar eigen wens kan worden ingericht waardoor de zorg eerder toereikend is.

Een derde factor betreft iemands wensen met betrekking tot de zorg. De zorg zal eerder als ontoereikend worden ervaren als men niet de geprefereerde zorg ontvangt. Ouderen zijn mogelijk positiever over het ontvangen van informele zorg dan over het ontvangen van formele zorg,^{14,15} waardoor formele zorg wellicht eerder als ontoereikendheid wordt ervaren. Evenzo kan het ontvangen van zorg in het algemeen bijdragen aan gevoelens van afhankelijkheid en daarmee aan een gebrek aan ervaren regie over de zorg, waardoor de zorgtoereikendheid mogelijk ook lager kan zijn. In dat geval hangt ervaren regie ook samen met zorgtoereikendheid.

De tweede onderzoeksvraag van deze studie luidt: *'In hoeverre dragen zorgbehoefte, kenmerken van het zorggebruik (intensiteit, typen) en wensen met betrekking tot de zorg (voorkeuren en ervaren regie) bij aan de mate van ervaren toereikendheid van de zorg?'*

Rekening houden met persoonskenmerken

Naast deze determinanten is er empirische evidentie dat leeftijd, sekse, opleidingsniveau en partnerstatus samenhangen met zowel gezondheid en zorggebruik enerzijds, en ervaren zorgtoereikendheid anderzijds. Diverse studies tonen aan dat een lagere toereikendheid van de zorg wordt ervaren door: mannen,^{9,10,16} alleenstaanden¹⁷ en jongere mensen.¹⁰ Dit maakt het noodzakelijk om voor deze persoonskenmerken in deze studie te controleren.

Methode

Onderzoekopzet en respondenten

We gebruikten gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA, www.lasa-vu.nl). Dit is een longitudinaal bevolkingsonderzoek onder ouderen van 55 jaar en ouder in Nederland.^{18,19} In 1992/93 werd in 11 gemeenten in drie regio's een basissteekproef getrokken met 3107 respondenten met leeftijden tussen 55 en 85 jaar. De drie regio's waren Amsterdam, Oss, en Zwolle, en dorpen in hun omgeving. 1002 en 1023 respondenten met leeftijden tussen 55 en 64 zijn in 2002 en 2012 geselecteerd als extra cohorten uit hetzelfde steekproefkader. Voor het eerste en tweede cohort was de *baseline cooperation rate* 62% en voor het derde cohort 63%.²⁰ Voor

het verzamelen van de LASA-data werden respondenten in principe face-to-face geïnterviewd. Als zij daartoe niet in staat waren, namen zij deel aan een telefonisch interview of werd een interview met een proxy (bijvoorbeeld een familielid) afgenomen.

Meetmomenten vonden grofweg elke drie jaar plaats en behelsden metingen bij respondenten van alle drie de verschillende cohorten. We selecteerden 2011/12 als 'baseline', omdat sinds die waarneming vijf (in plaats van twee) vormen van zorg zijn uitgevraagd en ervaren regie over de zorg is gemeten. We selecteerden respondenten die zorg ontvingen of gingen ontvangen en die 65 jaar of ouder waren op elk der vier waarnemingen 2011/12-2015/16-2018/19-2021/22.

De studie had een longitudinaal design met tijdvariërende voorspellers. We gebruikten data uit de face-to-face-interviews en telefonische interviews van LASA, van de vier waarnemingen. De totale N was 1316 (unieke respondenten), al waren er weinig respondenten die op alle tijdstipmomenten data hadden. De totale N na de selecties was in 2011/12 (N=628), in 2015/16 (N=615), in 2018/19 (N=620), en in 2021/22 (N=562), tussen deze momenten was er overlap in de respondenten. Hiervan hadden we van 482 respondenten data op vier meetmomenten, van 299 respondenten data op drie meetmomenten, van 257 respondenten data op twee meetmomenten en van 278 respondenten data op één meetmoment.

Afhankelijke variabelen

We hebben de *zorgtoereikendheid* gemeten door te vragen: Is de hulp die u alles bij elkaar krijgt onvoldoende, gaat wel of voldoende? Respondenten die hun zorg beoordeelden als 'onvoldoende' of 'gaat wel' kregen de waarde 0 'ontoereikende zorg' toegewezen, en respondenten die hun zorg als voldoende beoordeelden, kregen de waarde 1 'toereikende zorg' toegewezen.

Onafhankelijke variabelen

Historische tijd is in het model meegenomen als het jaar waarin de meting plaatsvond. Deze variabele had vier waarden: 2011-2015-2018-2021.

Informatie over de *woonregio* (tijdsvariabele) werd opgenomen op basis van postcode. Respondenten waarvan de eerste twee postcodecijfers viel tussen 10 en 19 werden ingedeeld in de regio Amsterdam, tussen de 50 en 65 werden ingedeeld in de regio Oss en tussen 72 tot 90 werden ingedeeld in de regio Zwolle. We voegden een categorie 'overige' toe voor de respondenten die naar een andere regio waren verhuisd.

Verstedelijkingsgraad werd bepaald door het aantal adressen per km² van de postcodes waar respondenten woonden.²¹ Deze schaal liep van '1' niet stedelijk (<500 adressen), '2' beetje stedelijk (500-1000 adressen), '3' redelijk stedelijk (1000-1500), '4' stedelijk (1500-2500), '5' zeer stedelijk (>=2500).

Respondenten konden aangeven of, van wie en hoeveel uur zij hulp ontvingen bij minimaal één van de volgende taken: persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken, verpleegkundige taken, vervoer buitenshuis en administratie. Drie *typen zorgverleners* (tijdvariabel) zijn onderscheiden (niet, wel genoemd): informeel (partner, inwonend kind, andere inwonende verzorger, uitwonende kinderen, overige familieleden, burens/vrienden/kennissen), publiek betaald (wijkverpleegkundige, hulp thuis, personeel thuis), of particulier betaald.

Voor deze drie typen was ook *het aantal uren* (tijdvariabel) bekend. Dit waren drie losse variabelen, die elkaar niet uitsloten: men kon bijvoorbeeld zowel publiek betaalde als informele zorg ontvangen. De *Incongruentie tussen gewenste en werkelijke zorgverlener* (tijdvariabel) is gemeten met twee stellingen 'Zorg van kinderen of familie/van een professional gaat ten koste van je onafhankelijkheid', met als antwoordcategorieën '1' helemaal mee eens tot '5' helemaal mee oneens. Deze informatie werd gecombineerd met het ontvangen van (in)formele zorg. Wanneer respondenten hulp ontvingen van een niet-wenselijke (eens of helemaal eens) verzorger was de variabele *incongruentie tussen gewenste en feitelijke verzorger* '1', en wanneer de respondent alleen zorg ontving van een gewenste verzorger was de waarde '0'. Deze variabele werd geconstrueerd voor informele en formele zorg (particulier en publiek betaald).

Ervaren regie over zorg (tijdvariabel) is gemeten voor drie aspecten van zorg. Ervaarde men regie over: wie de zorg gaf, welk type zorg gegeven werd en wanneer de zorg gegeven werd. Antwoordschalen liepen van '1' ik laat het allemaal aan anderen over, '2' ik bepaal het een beetje zelf, '3' ik bepaal het helemaal zelf. Antwoorden op deze items werden opgeteld tot een schaal die liep van '3' weinig regie tot '9' veel regie. Informatie over ervaren regie was niet beschikbaar voor respondenten die telefonisch ondervraagd werden.

Functiebeperkingen (tijdvariabel) is gebaseerd op de OECD vragenlijst voor lichamelijke beperkingen.²² Eerst werd gevraagd of men de volgende zes dagelijkse activiteiten niet '1' of wel '5' zonder hulp kon uitvoeren: zichzelf aan- of uitkleden, opstaan uit een stoel of gaan zitten, eigen teennagels knippen, gebruik van eigen of openbaar vervoer, traplopen, en 5 minuten buiten lopen zonder te rusten. Deze resultaten werden opgeteld en omgescoord, resulterend in een schaal die liep van 0-24, waarbij hogere scores een lager niveau van functioneren reflecteerden.²³

We telden het *aantal chronische ziekten* (tijdvariabel) door te vragen of de respondenten leden aan: longziekte, hartziekte, arteriële ziekte, diabetes, beroertes, reumatische aandoeningen en kanker. De somscore liep van 0 tot 7 chronische ziekten. Hoewel er bij zelf gerapporteerde chronische ziekten sprake kan zijn van onder- of overrapportering, laat eerder onderzoek zien dat deze manier van meten voor de meeste chronische ziekten, op arteriële ziekten en reumatische aandoeningen na, redelijk accuraat is.²⁴

Leeftijd werd bij elke meting bepaald en gemeten in jaren. *Geslacht* was ofwel '1' vrouw of '0' man. *Opleidingsniveau* was onderverdeeld in drie groepen: '1' laag (basis-school), '2' middelbaar (middelbare school of lager beroepsonderwijs) en '3' hoog (hoger beroepsonderwijs of hoger). *Partnerstatus* was een dichotome variabele die aangaf dat een respondent '0' geen partner had, of '1' een in- of uitwonende partner had.

Analysemethoden

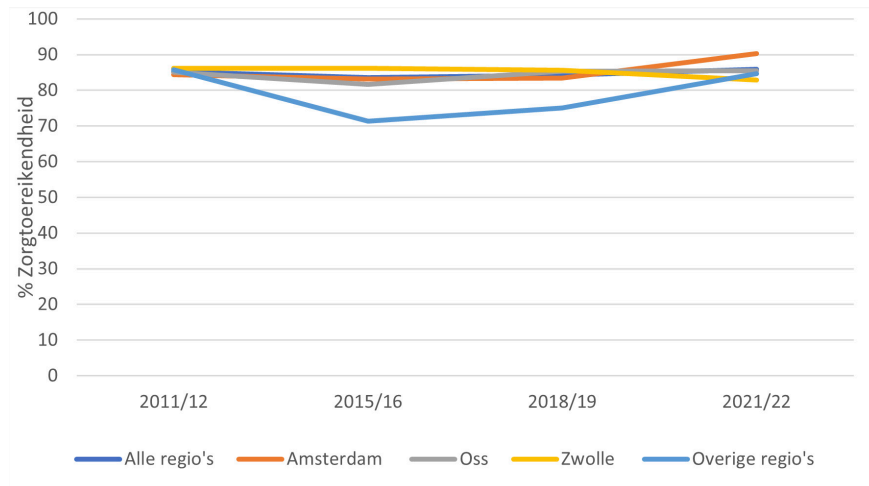
We hebben meerdere multilevel logistische regressies met zorgtoereikendheid uitgevoerd met de onafhankelijke variabelen, via het GENLINMIXED-command in SPSS 27.0. Hierin vormden de respondenten het eerste level en de tijd het tweede level. De modellen bevatten een random intercept en verder fixed effects. Associaties werden als significant beschouwd als het 95%-betrouwbaarheidsinterval geen 1 bevatte. Er zijn zes modellen geschat, waarin eerst subonderdelen van en daarna de gehele onderzoeksvragen getoetst werden. Variabelen zijn getest op multicollineariteit; we vonden geen correlaties boven de 0,5 en geen variabele had een Variance Inflation Factor (VIF) hoger dan 10. De gebruikte analysemethode stond missende waarden toe, dus die zijn niet geïmputeerd.

Als sensitiviteitsanalyses zijn de analyses eveneens uitgevoerd met 2009 als referentiejaar en met alleen persoonlijke verzorging en huishoudelijke zorg als vormen van zorg. De resultaten van de sensitiviteitsanalyses zijn op te vragen bij de auteur. Ook is onderzocht of een, in 2012 nieuw aan de dataset toegevoegd, cohort van invloed was op de resultaten. Dit was niet het geval.

Resultaten

Verschillen in zorgtoereikendheid per waarneming

Beschrijvende statistieken zijn weergegeven in tabel 1. In figuur 1 is het percentage ervaren zorgtoereikendheid per meetmoment weergegeven per regio. Veruit het grootste deel van de respondenten achtte de zorg toereikend en dit hoge percentage verschilde nauwelijks tussen de waarnemingen, of per regio.



Figuur 1 Percentage zorgtoereikendheid over de tijd per regio

Tabel 1 Percentage zorggebruikers dat zorg toereikend vindt naar kenmerken per wave

		2012/13	2015/16	2018/19	2021/22
Hele steekproef		85,2	83,6	84,2	85,9
	<i>p</i>	0,734			
Regio	Amsterdam	84,4	83,2	83,4	90,3
	Oss	85,0	81,6	85,3	85,5
	Zwolle	86,2	86,1	85,6	82,8
	Overig	85,7	71,4	75,0	84,6
	<i>p</i>	0,966	0,406	0,738	0,457
Urbaniteit	Niet urbaan	85,2	83,3	89,7	84,8
	Beetje urbaan	87,9	87,9	84,3	88,2
	Redelijk urbaan	83,1	83,0	83,3	100,0
	Urbaan	89,5	82,4	80,3	82,4
	Zeer urbaan	77,3	79,0	86,7	93,0
	<i>p</i>	0,070	0,353	0,380	0,415
Gebruik informele zorg (0,1)	Geen	89,3	85,8	88,3	85,9
	Wel	82,3	81,9	82,1	85,9
	<i>p</i>	0,023	0,249	0,064	1,00
Gebruik publieke zorg (0,1)	Geen	89,4	89,4	89,6	91,5
	Wel	80,1	73,3	70,4	75,0
	<i>p</i>	0,003	<0,001	<0,001	<0,001
Gebruik particuliere zorg (0,1)	Geen	82,2	78,0	81,6	81,5
	wel	91,4	90,2	87,1	91,4
	<i>p</i>	0,004	<0,001	0,079	0,002
Incongruentie informele zorg	Nee	82,8	81,6	82,2	83,9
	Wel	89,4	86,7	87,2	89,0
	<i>p</i>	0,037	0,128	0,122	0,144
Incongruentie formele zorg	Nee	83,9	83,5	84,0	84,5
	Wel	88,0	83,7	84,6	88,2
	<i>p</i>	0,249	1,000	0,905	0,288
sekse	Man	89,0	85,8	85,4	88,7
	vrouw	83,5	82,4	83,5	84,1
	<i>p</i>	0,096	0,340	0,628	0,186
opleiding	laag	81,2	78,0	78,5	82,9
	midden	87,4	87,8	85,6	83,9
	hoog	91,9	88,1	90,2	91,4
	<i>p</i>	0,012	0,007	0,007	0,059
partner	nee	83,8	82,4	78,3	83,8
	ja	86,7	84,7	89,2	87,6
	<i>p</i>	0,408	0,494	0,001	0,246

Tabel 2 Gemiddelde persoonskenmerken per wave voor respondenten die de zorg als toereikend ervaren en respondenten die de zorg als niet toereikend ervaren

		2012/13	2015/16	2018/19	2021/22
Functiebeperkingen	Totaal	6,28	5,27	4,81	4,76
	Niet toereikend	9,62	8,12	8,13	6,29
	Wel toereikend	5,69	4,71	4,19	4,50
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,006
Aantal chronische ziekten	Totaal	1,90	1,66	1,80	1,78
	Niet toereikend	2,52	1,99	2,33	2,29
	Wel toereikend	1,80	1,59	1,70	1,70
	<i>p</i>	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Totaal uren zorg	Totaal	4,62	4,36	5,11	4,35
	Niet toereikend	6,50	5,26	8,44	4,36
	Wel toereikend	4,29	4,19	4,48	4,35
	<i>p</i>	0,057	0,394	0,019	0,994
Regie	Totaal	6,66	7,03	7,16	7,12
	Niet toereikend	6,22	6,37	6,14	6,50
	Wel toereikend	6,74	7,16	7,36	7,22
	<i>p</i>	0,049	0,001	<0,001	0,004
Leeftijd	Totaal	79,75	79,12	78,15	78,21
	Niet toereikend	80,03	80,95	80,90	80,13
	Wel toereikend	79,69	78,76	77,64	77,89
	<i>p</i>	0,722	0,018	<0,001	0,023

In tabel 2, model 1 en 2 onderzochten we de eerste onderzoeksvraag: *In hoeverre is de ervaren toereikendheid veranderd, naar regio en verstedelijkingsgraad?* In model 1 is het effect geschat van jaar van waarneming, regio en verstedelijkingsgraad op zorgtoereikendheid, gecorrigeerd voor persoonskenmerken. Tijd en regio associeerden niet significant met zorgtoereikendheid. Per extra eenheid op de verstedelijkingsgraad had men een odds ratio (OR) van 0,88, wat duidde op 0,88 keer de odds op het ervaren van zorgtoereikendheid. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95% BI) liep van [0,80; 0,98], dus deze OR viel bij 100 keer herhalen, 95 keer tussen de 0,8 en 0,98. Model 2 toetste of er statistisch bewijs was voor een interactie-effect tussen tijd en regio of verstedelijkingsgraad, dit bleek echter niet het geval.

Tabel 3 Multilevel logistische regressieanalyses

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	95% BI
2015/16	0,81	[0,60; 1,10]	0,42	[0,13; 1,35]	0,72	[0,53; 0,98]	0,69	[0,50; 0,94]	0,68	[0,50; 0,94]	0,70	[0,51; 0,96]
2018/19	0,82	[0,59; 1,14]	0,45	[0,08; 2,65]	0,73	[0,52; 1,03]	0,66	[0,47; 0,94]	0,64	[0,45; 0,91]	0,67	[0,47; 0,96]
2021/22	0,90	[0,62; 1,29]	0,52	[0,08; 3,57]	0,82	[0,57; 1,20]	0,79	[0,54; 1,15]	0,79	[0,54; 1,16]	0,81	[0,55; 1,20]
Amsterdam	1,79	[0,76; 4,25]	1,26	[0,34; 4,69]							1,40	[0,58; 3,35]
Oss	1,65	[0,68; 4,01]	1,15	[0,29; 4,53]							1,28	[0,52; 3,12]
Zwolle	1,88	[0,78; 4,53]	1,10	[0,28; 4,24]							1,45	[0,59; 3,52]
Urbanisatiegraad	0,88	[0,80; 0,98]	0,86	[0,72; 1,03]							0,89	[0,80; 0,99]
Vrouw	0,84	[0,62; 1,14]	0,83	[0,61; 1,13]	0,88	[0,65; 1,20]	0,84	[0,61; 1,15]	0,82	[0,60; 1,13]	0,82	[0,59; 1,13]
Hoger opgeleid	2,38	[1,62; 3,49]	2,41	[1,64; 3,54]	1,64	[1,12; 2,39]	1,45	[0,98; 2,15]	1,37	[0,93; 2,03]	1,53	[1,02; 2,29]
Middel opgeleid	1,63	[1,20; 2,23]	1,65	[1,21; 2,25]	1,39	[1,02; 1,90]	1,32	[0,97; 1,81]	1,28	[0,93; 1,75]	1,36	[0,99; 1,87]
Partner	1,13	[0,84; 1,51]	1,12	[0,83; 1,51]	1,08	[0,80; 1,46]	1,01	[0,75; 1,36]	0,98	[0,73; 1,33]	0,94	[0,69; 1,27]
Leeftijd	0,98	[0,96; 0,99]	0,98	[0,96; 0,99]	0,99	[0,98; 1,02]	1,00	[0,98; 1,02]	1,00	[0,98; 1,02]	1,00	[0,98; 1,02]
Funcatiebeperkingen					0,93	[0,90; 0,95]	0,94	[0,91; 0,96]	0,94	[0,91; 0,97]	0,94	[0,92; 0,97]
N chronische ziekten					0,78	[0,70; 0,87]	0,79	[0,71; 0,88]	0,80	[0,71; 0,89]	0,80	[0,71; 0,89]
Krijgt informele zorg							1,14	[0,82; 1,59]	1,12	[0,80; 1,55]	1,08	[0,78; 1,51]
Krijgt particuliere zorg							1,28	[0,92; 1,78]	1,27	[0,91; 1,77]	1,23	[0,88; 1,72]
Krijgt publieke zorg							0,62	[0,43; 0,88]	0,67	[0,46; 0,97]	0,67	[0,46; 0,97]
Totaal uren zorg							1,00	[0,99; 1,01]	1,00	[0,99; 1,01]	1,27	[0,95; 1,68]
Incongruentie informele zorg									1,27	[0,96; 1,69]	1,00	[0,99; 1,01]
Regie									1,07	[0,99; 1,15]	1,07	[0,99; 1,15]
2015*Amsterdam			2,08	[0,58; 7,43]								
2015*Oss			2,28	[0,61; 8,44]								
2015*Zwolle			1,71	[0,46; 6,36]								
2018*Amsterdam			1,50	[0,24; 9,27]								
2018*Oss			2,03	[0,31; 13,32]								
2018*Zwolle			2,33	[0,35; 15,33]								
2021*Amsterdam			1,71	[0,23; 12,52]								
2021*Oss			1,81	[0,23; 14,15]								
2021*Zwolle			1,67	[0,22; 12,78]								
2015*Urbanisatiegraad			1,08	[0,81; 1,44]								
2018*Urbanisatiegraad			1,08	[0,85; 1,38]								
2021*Urbanisatiegraad			0,95	[0,75; 1,22]								

In modellen 3 tot en met 5 onderzochten we de tweede onderzoeksvraag: *In hoeverre dragen zorgbehoefte, kenmerken van het zorggebruik (intensiteit, typen) en wensen met betrekking tot de zorg (voorkeuren en ervaren regie) bij aan zorgtoereikendheid?* In model 3 is het effect van tijd samen met gezondheid geschat, gecorrigeerd voor persoonskenmerken. In 2015/16 had men significant lagere odds op het ervaren van zorgtoereikendheid dan in 2011/12 OR: 0,72 [0,53; 0,98]. Het ervaren van één extra punt op de functiebeperkingenschaal gaf 0,93 [0,90; 0,95] keer de odds op zorgtoereikendheid. Het hebben van één chronische ziekte meer gaf 0,78 [0,70; 0,87] keer de odds op het ervaren van zorgtoereikendheid, wat aangeeft dat een hogere zorgbehoefte de kans op het ervaren van zorgtoereikendheid verlaagt.

In model 4 zijn de aspecten van zorg toegevoegd. Met 2011/12 als referentiejaar bleken 2015/16 OR: 0,69 [0,50; 0,94] en 2018/19 OR: 0,66 [0,47; 0,94] substantieel lagere odds op zorgtoereikend te vertonen. In 2021/22 was de OR van 0,79 niet langer statistisch significant. Het betrouwbaarheidsinterval, dat liep van 0,54 tot 1,15, toonde echter aan dat zowel een effect waarbij men in 2021/22 lagere odds op zorgtoereikendheid ervaarde dan in 2011/12 paste bij onze data, als een effect waarbij men in 2021/22 hogere odds op zorgtoereikendheid had dan in 2011/12. Het ontvangen van publiek betaalde zorg associeerde significant met zorgtoereikendheid. Publieke-zorgontvangers hadden 0,62 [0,43; 0,88] keer de odds op zorgtoereikendheid als niet publieke-zorgontvangers. Model 5 toont dat zowel incongruentie voor het ontvangen van informele zorg, als regie vrijwel niet associeerden met zorgtoereikendheid.

In model 6 zijn alle variabelen in het model opgenomen. De volgende associaties met zorgtoereikendheid waren significant: tijd, verstedelijkingsgraad, functiebeperkingen, chronische ziekten, publiek betaalde zorg en opleidingsniveau.

Het bekijken van slechts twee in plaats van vijf vormen van zorg, in de sensitiviteitsanalyses, beïnvloedde de resultaten niet sterk. Modellen met 2008/9 als referentiejaar, lieten geen tijdseffect zien. Gezondheid en publiek zorggebruik vertoonden een sterke samenhang met ervaren toereikendheid van de zorg en daarom was het effect van tijd pas significant toen rekening gehouden werd met het tijdsverschil in beide factoren. De sensitiviteitsanalyse liet zien dat het tijdsverschil in beide factoren in de vergelijking met 2009, dus niet zo groot was als in de vergelijking met 2012. Dit leek niet te komen door cohortverschillen.

Beschouwing en conclusie

De aanleiding van het onderzoek lag in de hervorming van de langdurige zorg en de daardoor mogelijke veranderingen in de ervaren toereikendheid van de zorg. De bevindingen lieten zien dat het percentage van de zorgontvangende ouderen dat de zorg toereikend achtte, zeer hoog lag (boven de 85%) en dat dit percentage over de tijd heen niet sterk veranderde. Toen we echter zorgbehoefte, zorggebruik en persoonskenmerken constant hielden, bleek in 2015/16 en 2018/19 een daling in het percentage ouderen dat de zorg toereikend achtte, ten opzichte van 2011/12. Dit suggereert een daling in de ervaren toereikendheid van de zorg in de eerste jaren na de hervorming, bij personen met gelijkwaardige zorgbehoefte en zorggebruik. Al zou dit ook een verschil specifiek met 2011/12 kunnen zijn, aangezien de sensitiviteitsanalyses met 2008/9 als referentiejaar geen tijdseffect lieten zien. De zorgtoereikendheid ging in 2021/22 weer richting het niveau van 2011/2012, wat kan betekenen dat men heeft leren omgaan met de veranderingen die de hervorming van de langdurige zorg met zich meebracht.

We vonden geen verschil naar regio, maar ouderen uit niet-stedelijke gebieden bleken de zorg relatief vaker toereikend te achten dan ouderen uit sterk verstedelijkte gebieden. De verschillen leken echter sinds de decentralisatie juist te zijn afgenomen, aangezien verstedelijkingsgraad in 2011/12 het sterkste effect had op zorgtoereikendheid. Daarnaast betrof het slechts een verschil van enkele procenten en leek er geen moderatie-effect van tijd op verstedelijkingsgraad. Er kan dus niet geconcludeerd worden dat het effect van verstedelijkingsgraad op zorgtoereikendheid door de zorghervorming veranderd is.

De bevindingen lieten daarnaast zien dat zorgbehoefte, het gebruik van publieke zorg en opleidingsniveau sterk samenhangen met de ervaren toereikendheid van zorg. De zorgbehoefte bleek de grootste impact te hebben – degenen met gezondheidsproblemen ervoeren minder zorgtoereikendheid. Dit is in lijn met eerdere bevindingen.^{9,10} Zorg voelt wellicht toereikender als zij beter in staat is om de negatieve impact van gezondheidsverlies op welzijn en dagelijks functioneren naar het initiële niveau te herstellen.²⁵ Zorg leek bij veel gezondheidsklachten niet meer te bufferen voor het negatieve effect van gezondheidsverlies op welzijn.¹⁶

De negatieve associatie tussen publiek betaalde zorg en zorgtoereikendheid was consistent over de tijd. Het model zonder publieke zorg (in de sensitiviteitsanalyse) liet zien dat dit effect deels via regie over de zorg verliep. Deze bevindingen suggereren dat de wijze waarop de zorg geleverd wordt niet voldoende is. Mogelijk leidt de werkdruk in de publiek betaalde zorg ertoe dat zorg minder goed of frequent geleverd wordt,²⁶ wat ook kan bijdragen tot regieverlies bij ouderen.²⁶ In het huidige

zorgsysteem zijn, ook na de hervorming, problemen als schaarste, toegankelijkheid en werkdruk voor zorgprofessionals nog niet opgelost.^{26,27} Omdat een belangrijk onderdeel van zorgtoereikendheid de publiek betaalde zorg is, zijn er nog steeds zorgen over hoe deze vorm van zorg zo goed mogelijk in te richten. Een belangrijke aanbeveling daarbij is dat de zorg zo ingericht wordt dat de oudere veel regie over de zorg ervaart, een van de belangrijke determinanten van zorgtoereikendheid. Tegelijkertijd kan een verschuiving naar andere zorgvormen ook gepaard gaan met nadelen. Overvraging van mantelzorgers²⁷ kan leiden tot problemen bij de mantelzorgers, zoals burn-out en andere gezondheidsklachten.

Publieke zorg lijkt niet volledig vervangen te zijn door informele en particuliere zorg. Hoewel informele en particuliere zorg positief lijken te kunnen zijn voor zorgtoereikendheid, lijkt een toename van informele dan wel particulier betaalde zorg dus geen verklaring voor het herstel in zorgtoereikendheid. Wellicht waren in 2021 initiële implementatieproblemen opgelost, was publiek betaalde zorg weer meer toegankelijk, of kreeg men toch meer zorg op maat dan voorheen.

Daarnaast was van alle onderzochte persoonskenmerken opleidingsniveau het sterkst van invloed op de zorgtoereikendheid. Hoger opgeleiden ervaarden zorg als toereikender, mogelijk omdat ze relatief vaker particulier betaalde zorg ontvingen en een hogere regie over de zorg ervaarden.²⁸ Het effect van opleiding werd inderdaad groter in een model zonder particulier betaalde zorg (in de sensitiviteitsanalyses). Echter, in een model met particulier betaalde zorg bleef dit effect ook bestaan. Dit suggereert dat mensen met een hoger opleidingsniveau beter in staat zijn de zorg naar wens te organiseren en niet alleen inzake particulier betaalde zorg.

De bevindingen suggereren dat zowel het aanbod als de vraag om langdurige zorg van belang is voor de mate van ervaren zorgtoereikendheid. Dit maken we op uit het belang van verstedelijkingsgraad en moment van waarneming enerzijds en het belang van zorgbehoefte en publiek zorggebruik anderzijds. De mate waarin vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd, is zichtbaar in het gebruik van typen zorg, de uren zorg en de ervaren regie over de zorg, maar de multivariate analyses wijzen uit dat er nog onverklaarde variantie is voor het tijdsverschil in zorgtoereikendheid. Dit vraagt om een verklaring waarin nog meer kenmerken van vraag en aanbod zijn opgenomen. Het aantal beschikbare uren ten opzichte van het aantal benodigde uren is een belangrijk aanbodskenmerk. Verschillende onderzoeken naar acute en langdurige zorg rapporteren dat procedurele kenmerken meer variantie in zorgtoereikendheid verklaren dan structurele kenmerken.^{29,30} Voorbeelden van deze procedurele kenmerken zijn: informatie over beschikbaarheid van voorzieningen voor

zorg en ondersteuning, de mate van flexibiliteit in de levering van zorg, relatie met zorgverlener, invloed, respect, autonomie.^{29,30}

Sterke punten en beperkingen

Een grotere steekproef had ons wellicht in staat gesteld om postcode als voorspeller te gebruiken, in plaats van de nu gebruikte globale indeling in regio's. Een GIS-analyse tussen postcode en zorgtoereikendheid zou wellicht ook meer inzicht geven in de relatie tussen regio en zorgtoereikendheid. Sterke punten van dit onderzoek waren het gebruik van representatieve en recente data en het vullen van een lacune in de kennis: namelijk wat zorgtoereikendheid in langdurige zorg bepaalt.

Conclusie

Onze studie wijst uit dat er een lichte daling is geweest in de ervaren zorgtoereikendheid na de zorghervorming, maar dat zich dit in 2022 weer heeft hersteld naar het initiële niveau van 2012. Zorgtoereikendheid verschilde niet naar regio, ouderen die woonden in minder stedelijke gebieden ervoeren echter wel meer zorgtoereikendheid. Zorggebruik afgestemd op de zorgbehoefte kan in belangrijke mate leiden tot een ervaren toereikendheid van de zorg. Het gebruik van publiek betaalde zorg lijkt echter de vorm van zorg te zijn die het minst bijdraagt aan de ervaren zorgtoereikendheid. Een mogelijke verklarende factor hiervoor is het gebrek aan ervaren regie over de zorg.

Financiering

Dit onderzoek is mede gefinancierd door het Wetenschappelijk Instituut 50PLUS (WI50PLUS). De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) wordt voor een belangrijk deel gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Literatuur

1. Hsieh C, Kenagy GP. Exploring the association between quality of homecare services and older adults' well-being. *Home Health Care Serv Q* [Internet]. 2020;39(2):65-79. Available from: <https://doi.org/10.1080/01621424.2020.1726849>
2. Wang Q, Fan K, Li P. Effect of the Use of Home and Community Care Services on the Multi-dimensional Health of Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15402).
3. Abbing J, Suanet B, Broese van Groenou M. How does long-term care impact the psychological wellbeing of older adults in different care policy contexts in the Netherlands? A comparison of 1998, 2008 and 2018. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 12];30(5):e2750-60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.13719>

4. Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy (New York)* [Internet]. 2019;123(3):312-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>
5. de Klerk M, Eggink E, Echtelt P van, Kromhout M, van den Berg E. *Uitdagingen in het sociaal domein*. Den Haag; 2022.
6. Raad Volksgezondheid & Samenleving. *Met de Stroom mee*. 2023;1-96.
7. Janssen D, Jongen W, Schroder-Back P. Exploring the impact of austerity driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. *J Aging Stud*. 2016;38:92-104.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, regionale cijfers* [Internet]. Statline. 2022 [cited 2023 Mar 3]. Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80305ned/table?fromstatweb>
9. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;22(4):366-81.
10. Spiers GF, Kunonga TP, Stow D, Hall A, Kingston A, Williams O, et al. Factors associated with unmet need for support to maintain independence in later life: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Age Ageing*. 2022;51(10):afac228.
11. Bogner HR, de Vries McClintock HF, Hennessy S, Kurichi JE, Streim JE, Xie D, et al. Patient Satisfaction and Perceived Quality of Care Among Older Adults According to Activity Limitation Stages. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2015;96(10):1810-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999315004852>
12. Jacobs MT, Broese van Groenou MI, de Boer AH, Deeg DJH. Individual determinants of task division in older adults' mixed care networks. *Heal Soc Care Community*. 2014;22(1):57-66.
13. Nieuwenhuis AV, Beach SR, Schulz R. Care Recipient Concerns about Being a Burden and Unmet Needs for Care. *Innov Aging*. 2018;2(3):1-10.
14. Pot AM, Deeg DJH, Twisk JWR, Beekman ATF, Zarit SH. The Longitudinal Relationship Between the Use of Long-Term Care and Depressive Symptoms in Older Adults. *Gerontologist* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2022 Mar 8];45(3):359-69. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/45/3/359/553172>
15. Boumans J, Deeg DJH. Veranderingen in de kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen: speelt de vorm van zorg een rol? *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2011;42(4):170-83.
16. Abramowska-Kmon A, Łątkowski W, Rynko M. Informal Care and Subjective Well-Being among Older Adults in Selected European Countries. *Ageing Int* [Internet]. 2023; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12126-023-09521-0>
17. Rabiner DJ. The Relationship Between Program Participation, Use of Formal In-home Care, and Satisfaction with Care in an Elderly Population. *Gerontologist* [Internet]. 1992 Dec 1;32(6):805-12. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/32.6.805>
18. Hoogendijk EO, Deeg DJH, de Breijl S, Klokgieters SS, Kok AAL, Stringa N, et al. The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2019 and additional data collections. *Eur J Epidemiol*. 2020 Jul 25;35:61-74.
19. Hoogendijk EO, Deeg DJH, Poppelaars J, van der Horst M, Broese van Groenou MI, Comijs HC, et al. The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. *Eur J Epidemiol*. 2016 Sep 1;31(9):927-45.
20. Huysman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman ATF, Brug J, van Tilburg TG, et al. Cohort profile: The longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Epidemiol*. 2011 Aug;40(4):868-76.
21. Dulk CJ den, van de Stadt H, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: De omgevingsadressendichtheid. *Maandstat van Bevolk*. 1992;40:14-27.

22. Boshuizen HC, Chorus AMJ, Deeg DJH. Test-hertest betrouwbaarheid van de OECD vragenlijst voor lichamelijke beperkingen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2000;78(3):172-9.
23. Pluijm SMF, Bardage C, Nikula S, Blumstein T, Jylhä M, Minicuci N, et al. A harmonized measure of activities of daily living was a reliable and valid instrument for comparing disability in older people across countries. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(10):1015-23.
24. Kriegsman DMW, Penninx BWJH, Van Eijk JTM, Boeke AJP, Deeg DJH. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly: A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1996;49(12):1407-17. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435696002740>
25. Haex R, Thoma-Lürken T, Beurskens AJHM, Zwakhalen SMG. Development of an experienced quality measure for clients, informal and formal caregivers in home care in the Netherlands: A participatory action research. *Patient Exp J*. 2022;9(1):146-58.
26. Vermunt P, Baars A, Berg B van den, Boermans B, Mast J. Eindrapportage waardigheid en trots op locatie. 2023.
27. De Groot K, De Veer A, Versteeg S, Francke A. Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Utrecht: NIVEL; 2018. 42 p.
28. Galenkamp H, Plaisier I, Huisman M, Braam AW, Deeg DJH. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen [Internet]. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2012. Available from: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_LASA.pdf
29. Kajonius PJ, Kazemi A. Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2016 Nov 1;24(6):699-707. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
30. From I, Johansson I, Athlin E. The meaning of good and bad care in the community care: older people's lived experiences. *Int J Older People Nurs*. 2009;4(3):156-65.

KLINISCHE LES

Brein en blaren: een bijzondere band

Floor Lijten^{1*}, Amée Wolters², Rianne Esselink³, Satish Lubeek¹

Samenvatting

Bulleus pemfigoïd (BP) is een dermatologische auto-immuun ziekte die zich kenmerkt door jeuk en blaren. Soms wordt jarenlang jeuk en een eczematous huidbeeld gezien voorafgaand aan het ontstaan van blaren, waardoor BP niet altijd tijdig herkend wordt. BP wordt veroorzaakt door de aanmaak van auto-antilichamen tegen de hemidesmosomale eiwitten BP180 en BP230 op de dermo-epidermale overgang van de huid. Er bestaat een associatie tussen BP en neurodegeneratieve aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson. Deze associatie is niet wijdverbreid bekend, maar wel van klinisch belang. Er wordt gedacht dat neurodegeneratieve processen (waaronder de ziekte van Parkinson) een disruptie van de bloedhersenbarrière geven met expositie van neuronaal gelegen BP180 en BP230 aan het immuunsysteem tot gevolg.

In de meeste studies die de associatie tussen BP en Parkinson (en andere neuro-degeneratieve aandoeningen) hebben onderzocht, ontstaat BP enkele jaren nadat de diagnose Parkinson gesteld is. Wij presenteren een casus van een patiënt met een bewezen BP die tijdens follow-up bij de dermatologie kenmerken van de ziekte van Parkinson ontwikkelde. Na analyse bij de neurologie bleek er meest waarschijnlijk sprake van een al langer bestaande ziekte van Parkinson.

Trefwoorden: bulleus pemfigoïd, Parkinson, neurodegeneratieve aandoeningen

1 Radboudumc, afdeling Dermatologie, Nijmegen
2 Catharina Ziekenhuis, afdeling Neurologie, Eindhoven
3 Radboudumc afdeling Neurologie en Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Nijmegen
* Correspondierend auteur: floor.lijten@radboudumc.nl

Brain and blisters: a special bond

Floor Lijten^{1*}, Amée Wolters², Rianne Esselink³, Satish Lubeek¹

Abstract

Bullous pemphigoid (BP) is a dermatological autoimmune disease characterized by itch and blisters. Sometimes the blisters are preceded by years of itching and eczematous patches, which can cause a delay in recognition of BP. The disease is caused by production of autoantibodies against the hemidesmosomal proteins BP180 and BP230 at the dermal-epidermal junction. An association between BP and neurodegenerative disorders, such as Parkinson's disease, is known. However, this association is not commonly known amongst health care professionals, but is of clinical significance. Neurodegenerative disorders (including Parkinson's disease) are thought to disrupt the blood brain barrier, resulting in exposure of neuronally located BP180 and BP230 to the immune system. In most studies that have examined the association between BP and Parkinson's disease (and other neurodegenerative disease), BP develops several years after the diagnosis of Parkinson's. We present a case of a patient with proven bullous pemphigoid who developed clinical features of Parkinson's disease during follow-up at the dermatology outpatient clinic. After neurological analysis, the patient most likely suffered from long-standing Parkinson's disease.

Keywords: Bullous Pemphigoid, Parkinson's disease, Neurodegenerative disease

1 Radboudumc, Department of Dermatology, Nijmegen, the Netherlands

2 Catharina Ziekenhuis, Department of Neurology, Eindhoven, the Netherlands

3 Radboudumc, Department of Neurology and Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Nijmegen, the Netherlands

* Corresponding author: floor.lijten@radboudumc.nl

Introductie

Bulleus pemfigoïd (BP) is een dermatologische auto-immuun ziekte die zich kenmerkt door jeuk en blaren. De mediane leeftijd van presentatie is 75 jaar en de incidentie stijgt sterk met het stijgen van de leeftijd.¹ De symptomen bestaan meestal uit jeuk, eczemateuze plaques en stevige blaren. Soms wordt jarenlang jeuk en een eczemateus huidbeeld gezien voorafgaand aan het ontstaan van blaren, waardoor BP niet altijd tijdig wordt herkend.² Bijzonder aan BP is de associatie tussen deze huidziekte en neurodegeneratieve aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson.³ Deze associatie is niet wijdverbreid bekend. Herkenning is van belang voor vroege onderkenning van beide ziektebeelden.

Casusbeschrijving

Een 74-jarige man van Indonesische afkomst werd door de huisarts verwezen naar de polikliniek dermatologie vanwege sinds twee weken bestaande forse jeuk aan de voeten, armen en handen. Daarbij waren er op de voeten en zijn rechter bovenarm spontaan stevige blaren ontstaan. Er waren geen uitlokkende factoren te benoemen. Bij navraag had patiënt al 3 maanden last van jeuk op zijn onderrug alwaar een erythematosquameuze plaque zichtbaar was.

In de voorgeschiedenis was patiënt bekend met bèta-thalassemie dragerschap met bijkomende microcytaire anemie en hypertensie. Patiënt gebruikte geen medicijnen. Hij was niet bekend met atopie, de familie-anamnese was negatief voor huidziekten en er was niemand in de omgeving met soortgelijke klachten.

Op de polikliniek dermatologie zagen wij op de armen, onderrug, buik en in de flanken lenticulaire tot nummulaire solitaire en confluerende vlakke erythematosquameuze papels en plaques. Op de mediale en laterale voetranden beiderzijds en op de rechter bovenarm enkele lenticulaire tot nummulaire deels intacte pralgespannen vesikels en bullae gevuld met helder vocht.

De combinatie van blaren, erythematosquameuze plaques en forse jeuk bij een man met hogere leeftijd was suggestief voor BP. Bij aanvullend onderzoek toonden huidbiopten subepidermale blaarvorming met eosinofilie en lineaire aankleuring van de basaalmembraan voor met name C3, wat passend is bij BP. Bloedonderzoek toonde een pre-existente microcytaire anemie van 6,6 (MCV 52) en een sterk verhoogd IgE van 3952 U/ml. Immunologische bloedtesten toonde IgG antilichamen tegen BP180 en BP230, passend bij BP.



Afbeelding 1 en 2 Overzichts,-en detailfoto's van het huidbeeld van patiënt. **Multipele erythematosquameuze plaques met vesikels en bullae.**

Behandeling werd gestart middels een “systemisch transcutaan clobetasol smeerschema”, waarbij de gehele huid van de romp en ledematen (ongeacht of de huid aldaar was aangedaan) met clobetasol crème werd ingesmeerd. De behandeling had goed effect en kon na enkele weken worden afgebouwd.

Wij zagen patiënt 5 maanden na de diagnose voor controle, waarbij opviel dat patiënt traag schuifelend uit de wachtkamer kwam en een verminderde gelaatsmimiek had. Hij vertelde dat hij sinds 2 maanden trager was geworden en soms een trillende linkerhand had. Anamnestic was er geen sprake van cognitieve klachten. Het betrof een ADL zelfstandig functionerende patiënt die samenwoonde met zijn echtgenote. Hij reed auto en ondernam zelfstandig en met zijn familie reizen naar het buitenland. Hij ervoer geen oriëntatieproblemen, traagheid in denken of woordvindstoornissen. Volgens patiënt en zijn partner waren er geen veranderingen in zijn gedrag, stemming of emotionele stabiliteit ontstaan.

Bij neurologische analyse bleek sprake van een rusttremor links, rigiditeit in de ledematen links meer dan rechts, met tevens een bradykinesie links meer dan rechts bij zowel finger- als foottapping. Er was daarnaast een traag, smalbasisch looppatroon met korte, schuifelende passen en lichte balansstoornissen. Samengevat was er op basis van deze bevindingen sprake van een asymmetrisch hypokinetisch rigide syndroom ten nadele van links. Er was tevens een applause sign ten teken van frontale disinhibitie als ook een afwijkende Luria test. Daarnaast was sprake van autonome dysfunctie met een geobjectiveerde geringe blaasretentie en milde orthostatische hypotensie. Een MRI-cerebrum toonde behoudens geringe vasculaire wittestofafwijkingen een normaal beeld. Er was een goede levodopa response op de hypokinetisch rigide verschijnselen.

Gezien de goede levodopa respons is er meest waarschijnlijk sprake van een al langer bestaande ziekte van Parkinson. Differentiaal diagnostisch overwegen we een atypisch parkinsonisme (progressieve supranucleaire paralyse of multiple systeem atrofie) gezien de balansproblemen, frontale functiekenmerken en (milde) autonome functiestoornissen.

Beschouwing

Bulleus pemfigoïd (BP) is een auto-immuun blaarziekte die wordt veroorzaakt door de aanmaak van auto-antilichamen tegen de hemidesmosomale eiwitten BP180 en BP230 op de dermo-epidermale overgang van de huid. De diagnose wordt doorgaans gesteld op basis van het klinisch beeld (leeftijd > 70 jaar, jeuk, eczemateuze plaques en stevige blaren) en aanvullende diagnostiek.

Diagnostiek bij bulleus pemfigoïd kan op verschillende manieren worden uitgevoerd: middels huidbiopten en/of serologisch onderzoek. Er dient een huidbiopt voor Hematoxyline en Eosine kleuring (HE-kleuring) afgenomen te worden van de rand van de blaar en een huidbiopt voor immunofluorescentie (IF) van het perilaesionaal erytheem (roodheid naast een blaar). In het bloed kunnen de eiwitten BP180 en BP230 worden bepaald. De behandeling bestaat uit immuunsuppressieve of immunomodulerende medicatie. Doorgaans bestaat de eerste stap uit het aanbrengen van klasse IV topicale corticosteroiden op de huid. Dit kan worden toegepast in de vorm van een "transcutaan clobetasol smeerschema", waarbij de gehele huid van de romp en ledematen (ongeacht of de huid aldaar is aangedaan) met clobetasol crème wordt ingesmeerd. Dit is een alternatieve behandeling voor gebruik van oraal prednison. Indien dit onvoldoende effectief is, kan kortdurend worden behandeld met systemische corticosteroiden. Echter, aangezien er veelal langdurig (meerdere jaren) behandeld dient te worden, heeft het de voorkeur om dit alleen tijdelijk te geven bij moeilijk te controleren ziekte of flares. Langdurige behandeling kan bestaan uit azathioprine, methotrexaat en mycofenolaat mofetil.⁴ Ook oraal doxycycline kan effectief zijn in de behandeling van BP.⁴

In de literatuur is een associatie aangetoond tussen neuro-degeneratieve aandoeningen, waaronder de ziekte van Parkinson en BP (relatief risico van 3.42).^{5,6} Ook M. Alzheimer dementie wordt vaker gezien bij patiënten met BP (relatief risico van 4.46).⁶ Andersom hebben verschillende studies aangetoond dat patiënten met de ziekte van Parkinson een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van huidziekten, waaronder BP.⁵ In de meeste studies die de associatie tussen BP en Parkinson (en andere neuro-degeneratieve aandoeningen) onderzochten, ontstaat BP enkele jaren nadat de diagnose Parkinson is gesteld.⁶

Het onderliggende mechanisme van de relatie tussen BP en neurodegeneratieve aandoeningen blijft tot op heden niet volledig opgehelderd. Van de beschreven eiwitten waar auto-antilichamen tegen aangemaakt worden bij BP (BP180 en BP230), bestaan verschillende neuronale en niet-neuronale isovormen. Er wordt gedacht dat neurodegeneratieve processen (waaronder de ziekte van Parkinson) een verstoring van de bloedhersenbarrière geven met expositie van neuronaal gelegen BP180/BP230 aan het immuunsysteem tot gevolg. Op deze manier wordt het immuunsysteem mogelijk aangezet tot de productie van auto-antistoffen tegen deze neuronale BP180/BP230 eiwitten en kan er een kruisreactiviteit optreden met het hemidesmosomaal gelegen BP180/BP230 in de huid.⁵⁻⁷ Kortom, er is mogelijk sprake van een kruis-reactieve immuunrespons tussen neurale en cutane antigenen.

Conclusie en leerpunten

Bulleus pemfigoïd is een auto-immuun blaarziekte die wordt veroorzaakt door auto-antilichamen tegen de hemidesmosomale eiwitten BP180 en BP230. Patiënten met BP hebben een verhoogde kans op ontwikkeling van neurodegeneratieve aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, vanwege de veronderstelde kruis-reactieve immuunrespons tegen de BP180 en BP230 eiwitten, die naast de huid ook in het zenuwstelsel aanwezig zijn. Ben dus bij patiënten met een neurodegeneratieve aandoening alert op de ontwikkeling van BP, maar ook vice versa zoals bij onze patiënt.

Referenties

- 1 Kridin K, Ludwig RJ. The Growing Incidence of Bullous Pemphigoid: Overview and Potential Explanations. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Aug 20;5:220. doi: 10.3389/fmed.2018.00220. PMID: 30177969; PMCID: PMC6109638.
- 2 Meijer JM, Lamberts A, Luijendijk HJ, Diercks GFH, Pas HH, Zuidema SU, Jonkman MF. Prevalence of Pemphigoid as a Potentially Unrecognized Cause of Pruritus in Nursing Home Residents. *JAMA Dermatol*. 2019 Dec 1;155(12):1423-4. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3308. PMID: 31693056; PMCID: PMC6865257.
- 3 Chen J, Li L, Chen J et al. Sera of elderly bullous pemphigoid patients with associated neurological diseases recognize bullous pemphigoid antigens in the human brain. *Gerontology* 2011;57:211-6.
- 4 Garrido PM, Queirós CS, Travassos AR, Borges-Costa J, Filipe P. Emerging treatments for bullous pemphigoid. *J Dermatolog Treat*. 2022 Mar;33(2):649-61. doi: 10.1080/09546634.2020.1782325. Epub 2021 Jul 2. PMID: 32536232.
- 5 Shah P, Sagar PR, Alhumaidi N, Bollampally VC, Malik BH. Parkinson's Disease and Its Dermatological Associations: Is Your Skin Whispering You a Diagnosis? *Cureus*. 2020 Aug 22;12(8):e9933. doi: 10.7759/cureus.9933. PMID: 32968594; PMCID: PMC7505647.
- 6 Lai YC, Yew YW, Lambert WC. Bullous pemphigoid and its association with neurological diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Dec;30(12):2007-15. doi: 10.1111/jdv.13660.
- 7 Niemann N, Billnitzer A, Jankovic J. Parkinson's disease and skin. *Parkinson and related disorders*; 82:2021:61-76.

VOOR U GESIGNALEERD

Het behouden en bevorderen van de eigen regie van ouderen met een somatische aandoening die in het verpleeghuis wonen. Een kwalitatieve studie vanuit meerdere perspectieven

Jolande van Loon

Bedoelen we hetzelfde als we het over eigen regie hebben? Gaat het over beslissen, zelfzorg, of nog iets anders? En zitten collega's wel op een lijn? Mogelijk vraagt de ene verzorgende aan de oudere om zoveel mogelijk zelf te doen. Een collega geeft misschien een keuze uit tien nachthemden omdat dat voor die medewerker eigen regie is. Ook organisaties zeggen eigen regie te willen bevorderen, maar waar zetten ze dan op in? Is dat gericht op het bieden van keuzes of op zelfzorg?

Vanuit deze praktijkvraag deed ik promotieonderzoek bij de Academische Werkplaats Ouderen (AWO) van Tranzo, Tilburg University. Het onderzoek betrof eigen regie¹ van ouderen met een somatische aandoening wonend in een verpleeghuis. Ook al willen ouderen bij voorkeur zo lang mogelijk zelfstandig wonen, er kan een moment komen dat dit niet langer kan. Vaak is dan een verhuizing naar het verpleeghuis nodig. In verpleeghuizen is het behouden van eigen regie een uitdaging.

Het doel van dit promotieonderzoek was om meer zicht te krijgen op hoe ouderen met een somatische aandoening die wonen in een verpleeghuis, samen met de zorgmedewerkers en in die zorgomgeving, hun eigen regie kunnen behouden of bevorderen.

1 Het literatuuronderzoek voorafgaand aan de empirische studies leidde tot een omschrijving van eigen regie voor de doelgroep: 'Eigen regie is het vermogen om de omgeving te beïnvloeden en besluiten te nemen, ongeacht of men het vermogen heeft die besluiten uit te voeren, om zo het leven te leiden wat men wenst, in het licht van verminderende sociale, fysieke en/of psychische bronnen en afhankelijkheid. Het ontwikkelt zich in relaties'.

Met diverse onderzoeksmethoden, zoals een literatuuronderzoek, het observeren van ouderen en medewerkers, het bestuderen van beleidsdocumenten en het interviewen van betrokkenen zijn diverse perspectieven onderzocht. Als laatste is met participatief actieonderzoek onderzocht of ouderen en medewerkers samen acties konden identificeren en uitvoeren die de eigen regie van ouderen kunnen behouden of bevorderen.

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Ouderen die in het verpleeghuis wonen beschikken over verschillende manieren om eigen regie te voeren. Ook blijkt de relatie met zorgmedewerkers belangrijk om eigen regie te behouden.
- Eigen regie kent een sterke relationele dimensie: ouderen die in een verpleeghuis wonen zijn afhankelijk van de wijze waarop anderen-zorgmedewerkers, familie en vrienden reageren op hun signalen om eigen regie te voeren.
- Zorgmedewerkers vinden eigen regie van ouderen belangrijk. Zij zetten diverse manieren in om eigen regie vanuit de zorgrelatie te ondersteunen. De samenhang tussen de behoefte van de oudere en de inzet van de zorgmedewerkers is niet altijd aanwezig.
- Het samen onderzoeken van de wijze waarop ouderen en zorgmedewerkers van een afdeling eigen regie kunnen ondersteunen, kan spanningen in de zorgrelatie veroorzaken. Zowel ouderen als zorgmedewerkers gaan door een leerproces om hun weg te vinden als samenwerkingspartner.
- Zorgorganisaties kunnen beleid inzetten om de omgeving van de zorg zodanig in te richten dat eigen regie ruimte krijgt op afdelingsniveau en binnen de zorgrelatie. Ze maken daar nu nog niet optimaal gebruik van. Met name ouderen zelf worden, bij het ontwikkelen van beleid, niet rechtstreeks betrokken en bevroegd.

Het volledige proefschrift, inclusief Nederlandse samenvatting, is te downloaden via: [van_Loon_Maintaining_19-04-2024.pdf](#) (uvt.nl)

Voor meer informatie over dit onderzoek bij de AWO: Onderzoek naar eigen regie bij ouderen in verpleeghuizen ([mensgerichteouderenzorg.nl](#))

VOOR U GESIGNALEERD

Op zoek naar verbinding: succesvol ouder in een digitaliserende samenleving

Marije Blok

In de afgelopen decennia is informatie- en communicatietechnologie (ICT) steeds meer mogelijkheden gaan bieden voor verschillende aspecten van het dagelijks leven. Denk aan het onderhouden van relaties, activiteiten als bankieren, winkelen of het regelen van burgerzaken. Ouderen profiteren echter relatief weinig van de mogelijkheden van ICT. Een gemiste kans. Gezien de beperkingen waarmee het ouder worden gepaard gaat, kunnen ouderen juist veel baat hebben bij digitale toepassingen. Dit proefschrift beschrijft onderzoek naar het ICT-gebruik onder ouderen en de potentie ervan voor hun sociaal en emotioneel welbevinden.

Dit onderzoek combineert kennis over ICT-gebruik met inzichten vanuit de gerontologie. Veelgebruikte modellen beschrijven vier factoren die het gebruik van ICT beïnvloeden: ervaren nut; ervaren gebruiksgemak; sociale invloed en faciliterende voorwaarden. Daarnaast staan in dit proefschrift drie gerontologische mechanismen centraal. Het eerste; socio-emotionele selectiviteit beschrijft de verschuiving van prioriteiten bij het ouder worden naar activiteiten en relaties die op korte termijn sociale en emotionele betekenis geven. Het tweede mechanisme; selectieve optimalisatie met compensatie illustreert hoe ouderen alternatieve strategieën ontwikkelen wanneer niet alles meer vanzelf gaat. Het derde mechanisme; het behoud van controle betreft het streven van ouderen om ondanks beperkingen grip te behouden.

Hoewel ouderen vaak worden gezien als minder digitaal vaardig, lijkt dit niet de belangrijkste reden waarom zij wel of geen ICT gebruiken. Met andere woorden: de factor gebruiksgemak van technologie is vaak niet doorslaggevend. Veel belangrijker is het ervaren nut. Als een oudere een ICT als nuttig of waardevol ervaart, zal hij of zij bereid zijn vaardigheden aan te leren. Ook sociale invloed speelt een cruciale rol. Maar anders dan bij andere populaties (waar de sociale omgeving belangrijk is in het vormen van een mening) is de sociale invloed bij ouderen direct ondersteunend of juist belemmerend. Dat maakt het samen met privacy, een faciliterende voorwaarde.

Gerontologische mechanismen boden een waardevol perspectief voor het onderzoeken van het ICT-gebruik ten behoeve van het sociaal en emotioneel welbevinden. Ouderen ervaren het gebruik van ICT als nuttig om zich verbonden te voelen met dierbaren; bijvoorbeeld door (samen) digitale foto's te bekijken of deel te nemen aan WhatsApp groepen. Daarnaast gebruiken ouderen ICT wanneer activiteiten op de traditionele manier moeilijk worden, zoals het sturen van e-mails wanneer het voeren van een gesprek niet lukt. Ten slotte blijkt het gebruik van ICT belangrijk voor een gevoel van controle.

Op basis van de bevindingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. **Maak het van waarde:** Zorg ervoor dat ICT die je ontwikkelt, of gebruikt in een dienst voor ouderen bijdraagt aan hun sociaal en emotioneel welbevinden.
2. **Gebruik het gebruikelijke:** In plaats van innovatieve gadgets en robots geven ouderen de voorkeur aan alledaagse technologie zoals laptops, tablets en smartphones. Maak hier gebruik van.
3. **Verweef in het offline leven:** Maak van ICT gebruik geen activiteit op zich, maar integreer het in het dagelijks leven.
4. **Support op maat:** Veel ouderen kunnen goed met ICT omgaan. De zorg of ze er verantwoordelijk mee omgaan is soms wel terecht. Ondersteun op maat.

Marije Blok verdedigt haar proefschrift op dinsdag 5 november aan de VU in Amsterdam. Voorafgaand gaat zij in een miniconferentie in gesprek met stakeholders uit de praktijk over de toepassing van haar bevindingen. Het proefschrift is te downloaden via <http://doi.org/10.5463/thesis.808>.

VOOR U GESIGNALEERD

Het uitdagend revalidatieklimaat

Lian Tijssen

Onder andere uit huidig onderzoek blijkt dat op geriatrische revalidatie afdelingen in Nederland, revalidatie wordt aangeboden in een uitdagend revalidatieklimaat. Afdelingen verschillen onderling in interpretatie over hoe dit klimaat het beste te implementeren is en welke factoren hiervan onderdeel zijn.

In het proefschrift *A Challenging Rehabilitation Environment – CREATE a team self-evaluation tool* is uitgezocht welke factoren belangrijk zijn in een uitdagend revalidatieklimaat. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuur onderzoek, kwalitatieve studies met ervaringsdeskundigen en (inter)nationale professionals en concept mapping. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een conceptualisering van het uitdagend revalidatieklimaat in vijf clusters:

1. **Doelen:** aspecten die belangrijk zijn voor het proces om tot de revalidatie doelen te komen.
2. **Revalidant en mantelzorger:** factoren die betrekking hebben op de revalidant en mantelzorger. Zoals aandacht voor rouwverwerking of het aanleren van nieuwe vaardigheden.
3. **Medewerkersaspecten:** medewerkers werken interdisciplinair samen en zijn gefocust op het behalen van de revalidatie doelen.
4. **Omgevingsaspecten:** de inrichting van de afdeling biedt revalidanten veiligheid en daagt ze uit om zelfstandig te oefenen.
5. **Oefeningen en lotgenotencontact:** revalidanten worden uitgedaagd om de hele dag aan hun revalidatie te werken, bijvoorbeeld door oefengroepen en zelfstandig oefenen. Ook lotgenotencontact stimuleert dat revalidanten van elkaar leren.

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift is bovenstaande conceptualisering verwerkt in een team zelf-evaluatie tool. Hiermee kunnen revalidatieafdelingen evalueren waar hun sterke en zwakke punten liggen t.a.v. het uitdagend revalidatieklimaat. Deze informatie kan gebruikt worden voor het opstellen van een verbeterplan voor de afdeling. De tool is getoetst op vijf revalidatieafdelingen en blijkt goed te

werken om de verbeterpunten van een afdeling te identificeren. Ook zijn professionals enthousiast over het gebruik van deze tool.

Het volledige proefschrift, inclusief Nederlandse samenvatting, is te downloaden via:
<https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/4083013>

CONGRESABSTRACTS

Abstracts 17^e Nationaal Gerontologiecongres

INHOUDSOPGAVE

Symposia

S01.1 Naar een inclusieve toekomst met een kenniscentrum dementie en diversiteit

- Hoe vergroot je kennis over de leefwereld van ouderen met dementie en een migratieachtergrond
- Versterken van het netwerk in de wijk: organiseer een Carrousel bijeenkomst!
- Hoe metaforen kunnen bijdragen aan cultuur-sensitieve communicatie bij dementie

S01.2 Goede kortdurende zorg en behandeling met passende financiering: hoe geven we dit vorm?

- Naar een toekomstig eerstelijnsverblijf: ontwikkeling van cliëntgerichte zorgtrajecten
- Thuis als het kan: (door)ontwikkeling en implementatie van ambulante geriatri-sche revalidatiezorg
- Beter Thuis met HA & SO
- Langer thuis blijven wonen met parkinson!?

S01.3 Data, data en nog meer data! Hoe data ons nieuwe inzichten in de langdurige ouderenzorg geeft

- Welke factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van zorgproblemen in het verpleeghuis? Een onderzoek met de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ)
- Voorspelling van agitatie bij mensen met dementie in verpleeghuizen op basis van sensoren: een literatuuronderzoek
- De ervaringen van zorgprofessionals met het zorgdossier in het verpleeghuis

S02.1 Innovatieve woonzorgconcepten: Ligt de sleutel in vitale gemeenschappen?

- De behoeften van oudere volwassenen met een intensieve zorgvraag ten aanzien van hun woon-zorgomgeving

- Organisatorische voorwaarden in innovatieve woonzorgconcepten: Een overzicht
- De kracht van de verbinding: Vitale gemeenschappen voor mensen met langdurige zorg behoeftes

S02.2 Samen betekenisvol ouder worden: Opbrengsten van kunstbeoefening en cultuurdeelname

- Investeren in de cultuurdeelname van vitale ouderen: Doorrekeningen met het Welbevinden Participatie Hulpbronnen model
- Maatschappelijke opbrengsten van cultuurdeelname in de ouderenzorg: Resultaten van Social Return on Investment
- Whitepaper Arts in Health Netherlands
- Trotse Kameraden

S03.1 Dementie en een migratieachtergrond

- Gebruik van langdurige zorg onder oudere migranten in Nederland: Wat te verwachten in het komende decennium?
- Klantreis dementie voor mensen met een migratieachtergrond
- Toegang tot zorg voor mensen met dementie en een migratieachtergrond: benodigde verpleegkundige competenties
- Testonderzoek bij ouderen met een migratieachtergrond op de geheugenpoliklinieken
- Betere zorg voor mantelzorgers: het gesprek over het delen van zorg
- De OOG-methodiek: Omgaan met Onbegrepen Gedrag op een cultuursensitieve manier

S03.2 Determinanten en uitkomsten van zorggebruik door ouderen

- Van sociaal netwerk naar zorgnetwerk
- Variaties in zorgnetwerken en welbevinden van de zorgontvanger
- Trends in de toereikendheid van de zorg in de context van de hervorming van de langdurige zorg

Workshops

W01.4 Into Loneliness: Een VR-omgeving om eenzaamheid te beleven

W01.5 Generatie Mixer: Jong en oud verbonden in fantasie

W02.3 Wensen en grenzen: in gesprek met ouderen met autisme

W02.4 Kansen en uitdagingen voor reablement in Nederland

W02.5 De toekomst begint nu!

W03.3 Ertoe Doen en Meedoen – ervaringen en lessen uit het programma Samen Ouder Worden

W03.4 De kracht van verhalen

W03.5 Partnerschap van oudere burgerwetenschappers en beroepswetenschappers. Een methodiek voor verdieping van partnerschap en het verzilveren van de waarde van samenwerking

Paper-presentaties

001.6.1 Samen tegen eenzaamheid met oudere migranten: Hoe een co-creatieve benadering en participatieve aanpak bijdraagt aan verbinding

001.6.2 Wat zorg- en welzijnsprofessionals kunnen leren van mensen met dementie en hun naasten: een kwalitatieve verkenning

001.6.3 De invloed van sociale interacties op stemming: een observatie onderzoek op zorgboerderijen

001.6.4 Mening en voorkeuren van ouderen omtrent gedragsveranderingsstrategieën die gebruikt worden in eHealth technologie voor gezonde cognitieve veroudering

001.6.5 Samen ontwikkelen en leren in de wijk: een participatief actieonderzoek naar de sociale gezondheid van ouderen met een migratieachtergrond

002.6.1 Toezichthoudende domotica voor mensen met dementie in het verpleeghuis: is iedereen in beeld?

002.6.2 Monitor Woonvormen Dementie 2.0: Zorg voor mensen met dementie thuis tot in het verpleeghuis

002.6.3 Navigeren door het verloop van dementie: Het begrijpen van zorgpaden in de jaren voor het overlijden

002.6.4 Woonvoorzieningen en Domotica: Mantelzorgers van mensen met dementie ontlasten en veerkracht vergroten

O03.6.1 'Wat betekent kwetsbaarheid voor u?' Een kwalitatief onderzoek naar de perspectieven van thuiswonende ouderen rondom het concept kwetsbaarheid

O03.6.2 Zelfredzaamheid en mentale gezondheid bij ouderen: toepassing van een nieuwe methode om de kip van het ei te kunnen onderscheiden

O03.6.3 Een mixed-methods onderzoek naar langdurige toegankelijkheid en bescherming van veerkrachtbronnen onder ouderen na herstel van depressie en tijdens de Coronapandemie

O03.6.4 Veroudering en achteruitgang in fysieke, cognitieve, emotionele en sociale functies – wat komt eerst? Een verkenning vanuit een complexiteitsperspectief

O03.6.5 Haalbaarheid van knijpkrachtmetingen met Eforto® bij opgenomen geriatriepatiënten

Posters

P01 Een vergelijkende studie van een innovatief E-health-systeem en de analoge Martin Vigorimeter voor het meten van vitaliteitscapaciteit bij zelfstandig thuiswonende ouderen

P02 Inclusief onderzoek met ouderen: potentie en uitdagingen voor een inclusieve toekomst

P03 Genuanceerde beeldvorming over leven met dementie; resultaten van een citizen science project

P04 Bewegen bij depressie helpt!

P05 De rol van natuur bij goed leven met dementie thuis

P06 Multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een Specialist ouderengeneeskunde (MESO) voor kwetsbare ouderen met hoogcomplexe problematiek

P07 De PET@home Toolkit: De uitkomsten van een procesevaluatie studie

P08 Verwachten om te Verhuizen naar een Verpleeghuis: Longitudinale Associaties met Gezondheid en Welzijn

- P09** The organizational and sectoral determinants of older workers' healthy pathways to retirement: a scoping review
- P10** Analyse en interpretatie van handknijpkrachtmaten in associaties met kwetsbaarheid en dagelijks functioneren in patiënten opgenomen op de geriatrie
- P11** Veerkracht en verlies: complexiteit omarmen en veerkracht versterken
- P12** Respijtzorg: ervaringen, wensen en behoeften van de logees in logeerverzorging Noorderbrink
- P13** De associatie tussen intrinsieke capaciteit en sociaal functioneren bij ouderen: bevindingen uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam
- P14** Long-term Trajectories of Cognitive Functioning around a Depressive Episode in Dutch Older Adults

Symposia

S01.1

Naar een inclusieve toekomst met een kenniscentrum dementie en diversiteit

Leontine Groen-van de Ven¹, Carolien Smits²

De praktijk van professionals in beleid, onderwijs en zorg en welzijn wordt steeds diverser. Daar zijn deze professionals maar voor een deel goed voor toegerust. De Nederlandse dementie-praktijk is mede daardoor nog onvoldoende inclusief. Kennis vanuit de praktijk en wetenschappelijk onderzoek vormt de spil voor een inclusieve dementiepraktijk. Onderzoekers krijgen steeds meer vragen van professionals over kennis en praktijk rond dementie en diversiteit, met name culturele diversiteit. Het IRIS-netwerk, bestaande uit onderzoekers, zorgverleners en zelforganisaties kreeg van VWS en ZonMw de opdracht om, in samenwerking met Alzheimer Nederland, een Kenniscentrum Dementie en Diversiteit op te zetten. Professionals moeten via dit kenniscentrum antwoord kunnen krijgen op hun vragen.

Een inclusieve dementie-praktijk veronderstelt beschikbaarheid van kennis van ervaringsdeskundigen, professionals en onderzoekers. Het Kenniscentrum Dementie en Diversiteit verzamelt en integreert deze kennis en maakt deze toegankelijk. Het symposium geeft een inkijkje in deze kenniswereld met voorbeelden van inclusieve dataverzameling bij mensen met dementie en een migratieachtergrond en de ontwikkeling van een inclusieve dementiepraktijk vanuit professionals en hun vragen.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle, ² Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht

Hoe vergroot je kennis over de leefwereld van ouderen met dementie en een migratieachtergrond

Jeanny Vreeswijk-Manusiwa¹

Achtergrond: Wanneer mensen ouder worden en dementie bij hen geconstateerd wordt, is het van belang om hen zo goed mogelijk te leren kennen. Wat vinden zij belangrijk in het dagelijks leven, welke mensen zien zij graag om zich heen, hoe kunnen ze zo lang mogelijk van betekenis zijn voor en in hun omgeving? Bij ouderen

met een migratieachtergrond en dementie is de kans groot dat in zorg en ondersteuning niet voldoende bekend is over de leefwereld van deze ouderen. Hoe zag hun jeugd eruit, welke herinneringen uit die tijd blijven hen bij? In welke tijd spelen de fragmenten uit hun verhalen? Uiteraard is het belangrijk om de taal te spreken van de persoon met dementie, om hierachter te komen. Echter, hoe lang blijft taal het belangrijkste communicatiemiddel, wanneer woorden niet meer toereikend zijn, ongeacht de taal.

Methodie: Sleutelpersonen blijken van belang om in contact te komen met ouderen met dementie. Niet alleen de etnische diversiteit is groot, ook diversiteit in leeftijd neemt toe, in migratiegeschiedenis, in leefomstandigheden. Hoe kunnen we, rekening houdend met deze diversiteit, dan het beste onderzoeken waar de oudere met dementie behoefte aan heeft? Kunnen voorwerpen, muziek, beelden, beweegactiviteiten bijdragen aan meer en beter contact?

Resultaten en conclusies: Met de ouderen zelf in gesprek gaan, lijkt een uitdaging. Echter zeer waardevol om van de ouderen zelf over hun ervaringen en wensen te horen. Rijst de vraag welke (onderzoeks-)methodieken het beste in te zetten of te ontwikkelen zijn, om de leefwereld van ouderen met een migratieachtergrond en dementie beter te leren kennen, zodat zorg en ondersteuning het best bij hen aan kan sluiten. Participatief onderzoek kan bijdragen aan een verdieping van de eerste bevindingen.

¹ Ben Sajetcentrum, Amsterdam

Versterken van het netwerk in de wijk: organiseer een Carrousel bijeenkomst!

Jennifer van den Broeke¹, Miriam Goudsmit²

Achtergrond: In de laatste 20 jaar is er al veel verbeterd op het gebied van ziekte-diagnostiek van dementie bij patiënten met een migratie-achtergrond. Zo zijn er nieuwe cognitieve screeningstests ontwikkeld en zijn er geheugenpoli's die zich specifiek op deze doelgroep richten. De ziektediagnostiek moet hand in hand gaan met de zorgdiagnostiek. Goede dementiezorg vraagt nauwe samenwerking van zorgprofessionals in de wijk. De ervaring leert echter dat deze professionals elkaar onvoldoende kennen, dat zij onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars aanbod en dat het aanbod sterk wisselt en dat er knelpunten in de keten zijn.

Methode: Sinds 2018 heeft de afdeling geriatrie van OLVG en Pharos, met behulp van een subsidie van Dementie voor Elkaar, Carrouselbijeenkomsten georganiseerd voor zorgprofessionals rondom dementie bij mensen met een migratie-achtergrond in de wijk. Denk aan casemanagers, praktijkondersteuners Ouderen (POH), sleutelpersonen, huisartsen, ziekenhuisprofessionals, welzijnsorganisaties, gemeente, thuiszorgorganisaties en het buurtteam. Het belangrijkste doel is kennismaking met elkaar en uitwisseling van aanbod en vraag. De Carrousel bestaat uit een binnen- en een buitenkring, die elkaar steeds enkele minuten spreken.

Resultaten: Deze bijeenkomsten zijn zeer waardevol in het opbouwen en onderhouden van een netwerk in de wijk. Zorgprofessionals bezoeken de bijeenkomsten graag omdat zij geïnspireerd worden door goede voorbeelden en praktische verwijsmogelijkheden. Zie ook het zorgpad dementie bij migranten en de reportage van de stadsreporters (link volgt).

Conclusies: De Carrousel is een eenvoudige methode om vraag en aanbod in een wijk op elkaar af te stemmen en te bouwen aan een duurzaam netwerk voor dementiezorg bij migranten.

¹ Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht, ² OLVG, Amsterdam

Hoe metaforen kunnen bijdragen aan cultuur-sensitieve communicatie bij dementie

Gert Olthuis¹, Aletta Dorst², Anke Oerlemans¹

Achtergrond: Dementie als ‘opgaan in de mist’ of ‘verdwalen in onze hersenen’. Wie oplet zal merken dat er in onze taal talloze metaforen gebruikt worden voor dementie. Volgens taalwetenschappers is zelfs 1 van elke 8 woorden in ons dagelijks taalgebruik metaforisch. In Nederland heeft ongeveer 10% van de mensen met dementie een migratieachtergrond. Taalbarrières en verschillen in perceptie, waarden en voorkeuren bemoeilijken de communicatie. Hoe denken en praten mensen met een migratieachtergrond over dementie en welke metaforen gebruiken zij daarbij? En hoe kunnen metaforen een bijdrage leveren aan cultuur-sensitieve communicatie over dementie?

Methode: We hielden focusgroep en individuele interviews met mantelzorgers van personen met dementie met 6 verschillende culturele achtergronden: Chinees, Turks, Marokkaans, Surinaams, Antilliaans en Nederlands. We analyseerden welke

metaforen gebruikt werden in de interviews om te praten over dementie en mensen met dementie.

Resultaten: We hadden verwacht klassieke metaforen uit de gezondheidscommunicatie aan te treffen: ziekte als strijd en ziekte als reis. We vonden deze niet bij de respondenten met een migratieachtergrond, al spraken de Nederlandse respondenten wel over de diagnose in termen van verweer. Twee metaforen kwamen duidelijk naar voren in de interviews: de persoon met dementie als kind en de persoon met dementie als gek. Op basis van de resultaten ontwikkelden we 2 gesprekshulpen (OSF | Metaforenflyer_zorgverleners.pdf).

Conclusies-Praktijkimplicaties: Metaforen vormen een integraal onderdeel van onze communicatie, ook in de zorg. Tijdens het symposium zullen we tips bespreken om metaforen bewuster in te zetten in cultuur-sensitieve communicatie.

<https://www.huisarts-migrant.nl/inhoud/uploads/2016/07/Zorgpad-migranten-met-dementie.pdf>

¹ Radboudumc, Nijmegen, ² Universiteit Leiden, Leiden

S01.2

Goede kortdurende zorg en behandeling met passende financiering: hoe geven we dit vorm?

Irma Everink¹

Het aantal zelfstandig thuiswonende ouderen met een hoge leeftijd neemt toe. Hiermee is ook een toename zichtbaar van ouderen met multimorbiditeit en complexe zorgvragen. Een deel van deze ouderen kan door veranderingen in gezondheidstoestand of sociaal netwerk tijdelijk intensievere zorg, ondersteuning of behandeling nodig hebben, intramuraal of thuis. Op deze momenten is de inzet van geriatrische revalidatiezorg (GRZ), eerstelijns verblijf (ELV) of geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP) essentieel. Binnen het ZonMw programma 'Beter Thuis' wordt in vier verschillende projecten gewerkt aan het toekomstbestendig maken van deze zorgvormen. Hierbij is aandacht voor het beschrijven en uitwerken van goede zorg, met passende financiering en uitkomstmaten om deze zorg te evalueren.

In dit symposium zal in vier presentaties worden ingegaan op de huidige stand van zaken per Beter Thuis project. Het gaat hierbij om; 1) de ontwikkeling en implementatie van cliëntgerichte zorgtrajecten in het ELV; 2) de ontwikkeling en implementatie van ambulante GRZ; 3) de ontwikkeling van een uniforme werkwijze, financiering en registratie van gegevens in het GZSP, en 4) de ontwikkeling van een zorgstandaard kortdurende herstelgerichte Parkinsonzorg, waar de drie zorgvormen in terugkomen.

¹ Academische Werkplaats Ouderenzorg-Limburg

Naar een toekomstig eerstelijnsverblijf: ontwikkeling van cliëntgerichte zorgtrajecten

Lisa Klein¹, Robin Raafs¹, Margot de Waal², Bianca Buurman³, Eline Kroese³, Irma Everink¹

Achtergrond: Het ELV is bedoeld als kortdurende zorg voor kwetsbare mensen met enkelvoudige problematiek die tijdelijk niet verantwoord thuis kunnen verblijven. Er wordt herstelgerichte zorg en behandeling verleend met als doel veilige terugkeer naar huis. De zorgbehoefte van cliënten in het ELV blijkt echter vaak hoger dan waar de voorgeschreven behandeling aan kan voldoen waardoor een aanzienlijk percentage cliënten niet terug kan keren naar huis. In deze studie wordt gewerkt aan het ontwikkelen van nieuwe zorgtrajecten in het ELV die voldoen aan de behoeften van cliënten.

Methode: De nieuwe zorgtrajecten worden ontwikkeld in de periode september 2023-juli 2024 door middel van literatuuronderzoek, een kwalitatieve knelpuntanalyse door interviews bij zeven aangesloten zorgorganisaties die ELV bieden, en werkgroep-bijeenkomsten met professionals werkzaam in het ELV. Tijdens deze bijeenkomsten is aandacht voor de thema's verwijzing, triage, behandeling en nazorg.

Resultaten: De knelpuntanalyse toonde o.a. andere aan dat bij aanmelding voor het ELV vaak niet bekend is dat er sprake is van multiproblematiek, informatie bij verwijzing naar het ELV incompleet en onvoldoende mogelijkheden zijn voor diagnostiek en behandeling. Het is wenselijk een cognitief en een herstelgericht zorgtraject te ontwikkelen waarbij aandacht is voor de juiste achtergrondinformatie, triage, diagnostiek en behandeling. Hierbij moet aandacht zijn voor verschillen in regionale afspraken over triage, inrichting en mogelijkheden van het ELV.

Conclusie: Behandeling in het ELV is momenteel niet optimaal door gebrek aan informatie voor triage, te weinig mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. De ontwikkeling van twee cliëntgerichte zorgtrajecten in het ELV beoogt het ELV toekomstgericht te maken.

¹ Universiteit Maastricht, ² Leids Universitair Medisch Centrum, ³ Amsterdam Universitair Medisch Centrum

Thuis als het kan: (door)ontwikkeling en implementatie van ambulante geriatrische revalidatiezorg

Jolanda van Haastregt¹, Leonoor van Dam van Isselt², Margriet Pol³, Arno Doornebosch²

Achtergrond: De visie op de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is aan het veranderen. Er wordt steeds meer waarde gehecht aan behandeling dicht bij huis. Tevens wordt het bieden van passende GRZ steeds uitdagender door bijvoorbeeld vergrijzing, personeelstekorten en druk op zorgbudgetten. Om de GRZ toekomstbestendig te maken is het essentieel dat er wordt ingezet op ambulantisering van de zorg. Daarom is dit project gericht op het (door)ontwikkelen, implementeren en evalueren van ambulante GRZ waarbij na een kortere klinische opnameduur, GRZ thuis (fysiek of op afstand) of poliklinisch wordt aangeboden.

Methode: De nieuwe module "Ambulante na klinische GRZ" is ontwikkeld in de periode, juli t/m december 2023 en vanaf januari 2024 stapsgewijs geïmplementeerd bij de acht deelnemende GRZ-aanbieders. De module is gebaseerd op een combinatie van praktijkervaring ("best practices"), kennis uit literatuur en kennis van experts op het gebied van geriatrische revalidatie. De acht GRZ-aanbieders hebben onderling ervaringen uitgewisseld via een Leernetwerk (regionaal en landelijk). Tijdens de implementatiefase is zowel kwantitatief als kwalitatief informatie verzameld over het verloop van de implementatie.

Resultaten: De module bestaat uit een aantal kernelementen waaronder de focus op participatiedoelen, goede voorbereiding van revalidant en naasten op ambulante traject, gebruik van eHealth, bevorderen van zelfmanagementvaardigheden (via reablement) en goede afspraken met ketenpartners. De module wordt op dit moment bij de acht deelnemende GRZ-aanbieders geïmplementeerd.

Conclusie: De belangrijkste kenmerken van de module worden toegelicht en de eerste ervaringen met de implementatie van de module en de aanbevelingen die daaruit voortkomen, worden gedeeld.

¹ Universiteit Maastricht, ² Leids Universitair Medisch Centrum, ³ Amsterdam Universitair Medisch Centrum

Beter Thuis met HA & SO

Marieke van der Heide¹

Achtergrond: Recent onderzoek naar het verbeteren van de beschikbaarheid van specialisten ouderengeneeskunde (SO) in de eerstelijnszorg voor thuiswonende ouderen, toont positieve resultaten voor o.a. ouderen, de huisartsen en zorgkosten. In veel regio's is sprake van deze samenwerking tussen SO en huisarts (HA), maar er zijn verschillen in aanpak, er ontbreekt een duidelijk kwaliteitskader en financiering is ontoereikend. Dit project heeft als doel te komen tot een generieke beschrijving van de geneeskundige zorg voor 'thuiswonende ouderen met complexe multi-problematiek', aanpasbaar aan de regionale/lokale context, met adequate financiering, en goed implementeerbaar elders.

Methode: Prospectief cohortonderzoek in zes regio's in Nederland onder patiënten die deze vorm van zorg krijgen. Kwantitatieve en kwalitatieve data worden verzameld bij de SO, HA, patiënt en mantelzorger. In totaal bedraagt de steekproefgrootte 150 patiënten en hun betrokkenen. De dataverzameling omvat o.a. de hulpvraag volgens patiënt en hun betrokkenen, kenmerken van patiënt, ingezette zorg, interventiekosten en tevredenheid. De dataverzameling is per februari 2024 gestart en in de zomer 2024 zijn de data van de voormeting verzameld.

Resultaten: De SO wordt voornamelijk wordt ingeschakeld rondom hulpvragen voor cognitieve vraagstukken. Het merendeel van de vragen aan de SO betreft consultaties, gevolgd door medebehandelaarschap en een klein deel spoedopnames. Ook lopen de hulpvragen volgens de diverse betrokkenen bij een casus uiteen.

Conclusie: Verspreid over het land zijn er initiatieven rond samenwerking tussen HA en SO bij kwetsbare ouderen. In de presentatie zullen we ingaan op het proces van verwijzing, de hulpvragen volgens diverse betrokkenen en de kenmerken van patiënt en mantelzorger.

¹ UNO Amsterdam

Langer thuis blijven wonen met parkinson!?

Selma de Wita¹

Achtergrond: Het aantal mensen met de ziekte van Parkinson in Nederland groeit, wat resulteert in uitdagingen voor de organisatie van zorg. Het project 'Parkinson Beter Thuis' richt zich op het optimaliseren van deze zorg, met een focus op thuiswonende patiënten met een complexe zorgvraag, en het voorkomen van vroegtijdige opnames in verpleeghuizen.

Methode: Bij twaalf zorgorganisaties die parkinsonzorg aanbieden, werden drie zorgproducten geanalyseerd: ELV, GR en GZSP. Informatie over de organisatie, overeenkomsten, verschillen en knelpunten werden gedocumenteerd.

Resultaten: De drie zorgproducten vertonen overeenkomstige knelpunten, resulterend in ongewenste verschillen in zorgaanbod. Deze omvatten onduidelijkheid over indicatiestelling, langere opnameduur dan nodig, gebrek aan multidisciplinaire teams en ondersteuning voor mantelzorgers, gebrekkige metingen en evaluaties, en ontoereikende financiering.

Conclusie: Het gebrek aan afstemming, (financiële) middelen en heldere standaarden binnen de zorgproducten leidt tot suboptimale zorg, overbelasting van patiënten, mantelzorgers en medewerkers. Het ontbreken van gestandaardiseerde metingen belemmert de verbetering van zorgeffectiviteit. ParkinsonNet geeft in het project 'Parkinson Beter Thuis' prioriteit aan het terugdringen van ongewenste verschillen door het ontwikkelen van een Zorgstandaard: 'Kortdurende herstelgerichte zorg voor parkinson'. Gegevens over zorggebruik, na implementatie van de standaard, worden geanalyseerd in 2025.

¹ ParkinsonNet

S01.3

Data, data en nog meer data! Hoe data ons nieuwe inzichten in de langdurige ouderenzorg geeft

Sil Aarts¹

In de langdurige ouderenzorg worden veel data op cliënt-, medewerkers- en organisatieniveau verzameld: data over kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk verkregen via gesprekken, vragenlijsten en data vanuit bijvoorbeeld sensoren. Deze data bevatten een schat aan informatie voor passende zorg. Om passende zorg te leveren is het beschikken over data cruciaal. Door data kan de zorg beter aangepast worden aan individuele behoeften en wensen van cliënten. Momenteel worden data die verzameld worden in zorgorganisaties die zich richten op langdurige ouderenzorg niet of onvoldoende benut: data zijn vaak niet toegankelijk voor zorgverleners en worden niet in samenhang ontsloten. Tevens ontbreekt het aan duiding om data van waarde te laten zijn voor de zorg. Echter, deze data lenen zich bij uitstek om passende zorg te bieden.

In dit symposium geven we verschillende voorbeelden van (secundair) datagebruik in de langdurige ouderenzorg: (1) het gebruik van meerjarige data verzameld door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) om factoren in kaart te brengen die gerelateerd zijn aan prevalentie zorgproblemen binnen verpleeghuizen (e.g. decubitus, valincidenten) (2) een literatuuronderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de huidige technische ontwikkelingen en uitdagingen bij het integreren van sensor-data in zorginstellingen, en (3) een behoefteonderzoek naar hoe zorgprofessionals data uit het zorgdossier vastleggen en gebruiken in het verpleeghuis. Concluderend zal dit symposium inzicht geven in hoe bestaande data, verzameld door en in langdurige zorgorganisaties, kunnen worden aangewend om nieuwe inzichten en kennis te genereren om diensgevolge passende zorg te bieden en te verbeteren.

¹ Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg

Welke factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van zorgproblemen in het verpleeghuis? Een onderzoek met de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ)

Suleyman Bouchmal, Coen Hacking, Jan Hamers, Sil Aarts¹

Achtergrond: Bewoners van verpleeghuizen hebben vaak diverse zorgproblemen. Onderzoek naar de (persoonsgerelateerde) factoren die gerelateerd zijn aan deze zorgproblemen is schaars. Het doel van dit onderzoek is tweeledig: (1) het identificeren van de mate waarin factoren verband houden met de som van zes zorgproblemen (i.e. decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, vrijheidsbeperking en pijn), en (2) het identificeren van factoren die samenhangen met elk individueel zorgprobleem.

Methode: Jaarlijkse gegevens (2016-2023) van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) werden geanalyseerd. Multilevel-analyse, waarbij de geneste structuur van data binnen 8 zorgorganisaties wordt gerespecteerd, werden uitgevoerd om de relatie tussen dertien factoren (e.g. leeftijd, mate van zorgafhankelijkheid, aandoeningen) en de (som van) zes zorgproblemen te bepalen.

Resultaten: In totaal werden 3043 bewoners geïncludeerd (gemiddelde leeftijd: 81,9). Incontinentie betrof het meest voorkomende zorgprobleem (60,3%). De door een proxy beoordeelde verwarring ($r = 0.227$) en agressie ($r = 0.285$) van bewoners bleken het sterkst gecorreleerd met de som van de zes zorgproblemen. Deze correlaties werden sterker als zorgafhankelijkheid buiten beschouwing werd gelaten (respectievelijk, $r = 0.504$; $r = 0.584$). Risicobeoordeling vóór opname (i.e. voor decubitus, ondervoeding en vallen) hielden verband met een hoger risico op zorgproblemen (OR = decubitus: 7.028; ondervoeding: 3.574; vallen: 3.934).

Conclusies: Verwarring, agressie, risicobeoordelingen vóór opname en de mate van zorgafhankelijkheid zijn allen sterk gerelateerd aan de prevalentie van zorgproblemen binnen verpleeghuisorganisaties. Deze bevindingen onderstrepen de relevantie van het constant monitoren van deze factoren om dientengevolge tijdig te kunnen interveniëren en zo de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen of zelf te verbeteren.

¹ Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg

Voorspelling van agitatie bij mensen met dementie in verpleeghuizen op basis van sensoren: een literatuuronderzoek

Jan Kleine Deters¹, Sarah Janus, Jair Adriano Lima Silva, Heinrich Wörtche, Sytse Zuidema

Achtergrond: Vroegtijdige detectie van agitatie bij mensen met dementie kan leiden tot tijdige interventies, waardoor verslechtering van de situatie wordt voorkomen en de kwaliteit van leven wordt verbeterd. De opkomst van multimodale detectie en de vooruitgang in kunstmatige intelligentie maken het haalbaar om technologie te verkennen en toe te passen voor dit doel.

Methode: We hebben een literatuuronderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de huidige technische ontwikkelingen en uitdagingen bij het integreren van dit soort technologie in zorginstellingen. In onze systematische review hebben we gebruik gemaakt van de wetenschappelijke databases Pubmed en IEEE, waarbij studies vanaf 2017 werden bekeken. We includeerden studies die zich richtten op het koppelen van sensorgegevens aan vocale en/of fysieke manifestaties van agitatie.

Resultaten: Van de 1622 geïdentificeerde studies werden er 12 geselecteerd voor de eindbeoordeling. Er werd gekeken naar studieopzet, technologie, beslissingsgegevens en gegevensanalyse. We identificeerden een hiaat in de gestandaardiseerde semantische representatie van zowel gedragsbeschrijvingen als configuraties voor het genereren van systeemgebeurtenissen.

Conclusies: Dit onderzoek benadrukt initiatieven die gebruikmaken van bestaande informatie van zorgverleners, zoals het correleren van elektronische patiëntendossiers met sensorgegevens. Naarmate voorspellende systemen meer worden geïntegreerd in zorgrouines, moet de reductie van vals-positieven worden aangepakt, omdat dit het gebruik ervan zal ontmoedigen. Daarom stellen we voor om in de toekomst een raamwerk te evalueren dat een human-in-the-loop benadering bevat voor het detecteren en voorspellen van agitatie, om te zorgen voor een adaptief voorspellend vermogen en gepersonaliseerde herconfiguratie van het systeem.

¹ UNO-UMCG, Groningen

De ervaringen van zorgprofessionals met het zorgdossier in het verpleeghuis

Katya Sion¹

Achtergrond: Er wordt dagelijks veel informatie vastgelegd in het zorgdossier van bewoners in het verpleeghuis. Dit biedt waardevolle informatie om passende zorg te leveren aan bewoners en om multidisciplinair te kunnen samenwerken, leren en verbeteren. Er is echter nog onvoldoende bekend over hoe verschillende zorgprofessionals zelf kijken naar het zorgdossier vanuit hun eigen disciplines. Daarom is het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen in hoe zorgprofessionals in verpleeghuizen het werken met het zorgdossier ervaren.

Methode: Focusgroepen (n=7) en interviews (n=7) met verpleegkundigen, verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals in het verpleeghuis. Data zijn getranscribeerd en geanalyseerd met content analysis.

Resultaten: De eerste resultaten kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdthema's: 1) Er is een verschuiving van de focus van zorg naar welzijn, waardoor ook verandert wat, wanneer en waarom gerapporteerd wordt. 2) Zorgprofessionals verschillen van elkaar, zowel in disciplines als tussen personen. Dit belemmert gestandaardiseerd werken met het zorgdossier. 3) Er zijn meerdere uitdagingen om het zorgdossier volledig te benutten, waaronder mismatch tussen koppeling van systemen en onvoldoende standaardisering van waarom, wat en wanneer te registreren.

Conclusies: Werken met het zorgdossier is een inherent onderdeel van werken in het verpleeghuis. Het dossier wordt door verschillende disciplines en individuen verschillend gebruikt en systemen worden verschillende ingericht, waardoor de informatie in het dossier niet naar volledige potentie benut kan worden. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op multidisciplinaire cohesie in het gebruik van het zorgdossier voor passende zorg voor bewoners en efficiënter werken voor zorgprofessionals.

¹ Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg

S02.1

Innovatieve woonzorgconcepten: Ligt de sleutel in vitale gemeenschappen?

Hilde Verbeek¹

Door toenemende vergrijzing, arbeidstekorten en beweging naar persoonsgerichte zorg is er een dringende noodzaak naar innovatieve woonzorgconcepten binnen de ouderenzorg. Innovatieve woonzorgconcepten streven naar het versterken van autonomie, activiteit en vrijheid voor hun bewoners met een intensieve zorgvraag. De innovatieve woonzorgconcepten beogen te voldoen aan de veranderende behoeften van bewoners, naasten, medewerkers en de omgeving, met als doel het bevorderen van een inclusieve en ondersteunende leefomgeving voor iedereen.

Dit symposium bespreekt de conceptualisatie en duiding van bestaande trends op basis van literatuuronderzoek en reflectie van stakeholders, op (1) de aansluiting van de behoeften van bewoners en hun gemeenschap op de benadering binnen innovatieve woonzorgconcepten. (2) De organisatorische voorwaarden die op orde moeten zijn om effectief in te spelen op de behoeften van de bewoner, de werknemer en de gemeenschap. (3) De conceptuele invulling van een vitale gemeenschap om als bewoner hiervan onderdeel te kunnen blijven uitmaken.

De drie onderzoeken die tijdens dit symposium gepresenteerd worden, worden uitgevoerd in samenwerking met De Zorggroep in Limburg, IJsselheem in Overijssel en ZorgSaam in Zeeland. Deze zorgorganisaties werken aan de ontwikkeling van innovatieve woonzorgconcepten richting naar vitale gemeenschappen.

Kortom: Inzicht in de behoeften van de bewoners en de organisatorische voorwaarden is essentieel om innovatieve woonzorgconcepten te realiseren, zodat het recht doet aan het concept van vitale gemeenschappen. Dit symposium biedt daarom waardevolle kennis voor ouderenzorgorganisaties die innovatieve woonzorgconcepten ontwikkelen met als doel het bevorderen van een inclusieve en ondersteunende leefomgeving voor iedereen.

¹ Maastricht University

De behoeften van oudere volwassenen met een intensieve zorgvraag ten aanzien van hun woon-zorgomgeving

Philippe Geerlings¹, Bram de Boer, Steven van Andel, Hilde Verbeek

Achtergrond: Innovatieve woonzorgconcepten bieden een oplossing voor de uitdagingen binnen de ouderenzorg, waar een groeiende groep oudere volwassenen met een (intensieve) zorgvraag en een afnemend aantal zorgverleners vraagt om een omschakeling. Binnen deze concepten wordt gestreefd naar een langere periode van zelfstandig wonen voor bewoners met een intensieve zorgvraag, door ondersteuning met technologie, het sociaal netwerk en professionele zorg. Het is echter onduidelijk of deze benadering aansluit bij de behoeften van bewoners met een intensieve zorgvraag en hun omgeving, met name de gemeenschap.

Methode: Semigestructureerde interviews werden gehouden om de behoeften van oudere volwassenen met een intensieve zorgvraag te identificeren. Daarnaast werden vragenlijsten voorgelegd aan relevante belanghebbenden uit de directe omgeving, evenals aan een aparte referentiegroep, om een breder perspectief te verkrijgen van de behoeften op gemeenschapsniveau.

Resultaten: Eerste bevindingen tonen dat bewoners met een intensieve zorgvraag specifieke behoeften hebben op het gebied van hun fysieke, sociale en organisatorische omgeving. Behoeften die genoemd werden waren gerelateerd aan het uitbreiden van het sociaal netwerk bij een toenemende zorgvraag waarbij tevens sociaal isolement werd voorkomen, helderheid over de exacte invulling van hun leefomgeving en de behoefte om op één plek te blijven wonen. Behoeften met betrekking tot (zorg)technologie kwamen niet naar voren.

Conclusies: Er is een verschil tussen de behoeften op bewoners- en gemeenschapsniveau. Om een succesvol innovatief woonzorgconcept te ontwikkelen, is het essentieel om beide perspectieven in overweging te nemen, zodat een nauwkeurige afstemming kan worden bereikt tussen de fysieke, sociale en organisatorische omgeving.

¹ Maastricht UMC+

Organisatorische voorwaarden in innovatieve woonzorgconcepten: Een overzicht

Olivier Zwartkruis¹, Dirk Vriens, Hilde Verbeek, Isabelle Fabricotti,
Patrick Vermeulen

Achtergrond: Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen maken dat nieuwe woonzorgconcepten voor bewoners met een intensieve zorgvraag worden ontwikkeld. Deze woonzorgconcepten moeten recht doen aan nieuwe eisen voor de kwaliteit van leven en zorg van bewoners, aan de kwaliteit van arbeid van zorgpersoneel, én ze moeten betaalbaar zijn.

Uit onderzoek blijkt dat drie typen voorwaarden belangrijk zijn voor een woonzorgconcept. Er moet worden gezorgd voor (1) een adequate fysieke en (2) sociale omgeving. Daarnaast moeten (3) 'organisatorische' voorwaarden op orde zijn.

Hoewel er al veel onderzoek is gedaan naar de fysieke en sociale omgeving, blijven de organisatorische voorwaarden onderbelicht en krijgt de onderlinge relatie onvoldoende aandacht.

Methode: Een narratief literatuuronderzoek is uitgevoerd om de organisatorische voorwaarden binnen innovatieve woonzorgconcepten te identificeren.

Resultaten: Conceptueel betrekken organisatorische voorwaarden zich in de manier waarop taken zijn verdeeld, de kennis en vaardigheden van zorgpersoneel, de organisatiecultuur, de gebruikte technologie en de manier waarop het woonzorgconcept wordt ingevoerd. Het literatuuronderzoek beoogt overzicht en inzicht te bieden in de specifieke organisatorische voorwaarden van innovatieve woonzorgconcepten.

Conclusies: Enerzijds stellen de organisatorische voorwaarden de organisatie in staat om hun activiteiten goed uit te voeren binnen het woonzorgconcept. Daarmee hebben ze direct invloed op beoogde effecten als kwaliteit van leven, zorg en arbeid. Anderzijds bepalen keuzes in de organisatorische voorwaarden hoe de fysieke en sociale omgeving van het woonzorgconcept verder ingericht dient te worden en hebben deze invloed op- én gevolgen voor elkaar. Effectieve ontwikkeling van innovatieve woonzorgconcepten vereist hierdoor een integrale aanpak met waakzaamheid voor juiste volgorde.

¹ Radboud Universiteit

De kracht van de verbinding: Vitale gemeenschappen voor mensen met langdurige zorg behoeftes

Quincy Merx¹, Bram de Boer, Daan Westra, Gaby Odekerken-Schroder, Hilde Verbeek

Achtergrond: Vitale gemeenschappen (VG's) ontwikkelen zich als een vorm van innovatieve woonzorgconcepten. Ze streven ernaar om mensen met intensieve zorgbehoeften te ondersteunen om deel uit te blijven maken van hun gemeenschap. Een VG streeft ernaar de samenleving inclusiever te maken ten opzichte van mensen met langdurige zorg. Het is echter niet duidelijk wat een VG precies is, en welke aspecten relevant zijn bij een VG. Deze studie zal de betekenis van een VG verkennen waarin sommige bewoners langdurige zorg nodig hebben.

Methode: Er werd een iteratieve multimethodenbenadering gebruikt. Ten eerste werd een hermeneutische review van de vitaliteit- en gemeenschapsliteratuur, inclusief langdurige zorg literatuur, uitgevoerd. Ten tweede werden drie rondes van expert (n=10) en praktijkpanels (n=21) gehouden, wat leidde tot de ontwikkeling van de Vital Community Pyramid (VCP).

Resultaten: Er werden zeven bouwstenen geïdentificeerd in een piramide structuur. Aan de basis van de VCP ligt interactie, wat dient als een essentiële voorwaarde voor de ontwikkeling en instandhouding van gemeenschappen. Het tweede niveau omvat 'activiteitsdimensies', specifiek actieve participatie en wederkerigheid. Dit zijn acties ondernomen door leden voor gezamenlijke voordeel van de gemeenschap. Bij het overstappen naar het derde niveau ontstaat de gemeenschap door een verlangen om erbij te horen, een gevoel van gemeenschap, en gemeenschapsnormen. Ten slotte bekroont veerkracht de piramide, waarbij de gemeenschap daadwerkelijk vitaal wordt.

Conclusies: De 7 dimensies kunnen aangeven in hoeverre een initiatief een VG is. De VCP biedt daarnaast essentiële richtlijnen voor betrokkenen van een VG.

¹ Maastricht University

S02.2

Samen betekenisvol ouder worden: Opbrengsten van kunstbeoefening en cultuurdeelname

Crétien van Campen¹, Désirée te Marvelde²

Nederland vergrijst in een snel tempo. Dat legt een grote druk op de samenleving. Het nieuwe kabinet dient hiermee aan de slag te gaan om ons voor te bereiden op de veranderende behoeften van een snel vergrijzende samenleving. Het vraagt niet alleen om oplossingen op het gebied van welzijn en zorg, maar ook op het gebied van werk, wonen en samenleven.

Beleid moet om die reden niet alleen gaan over de toenemende (mantel-)zorgvraag en personeelstekorten, maar ook over investeren in het vergroten van de betekenisvolle rol van ouderen voor de samenleving en hoe zij kunnen blijven meedoen en bijdragen. Een steeds grotere groep gepensioneerden doet op dit moment al op allerlei manieren mee: zij zijn actief in het verenigingsleven, nemen deel aan culturele en sportieve activiteiten en doen vrijwilligerswerk. Met andere woorden: de actieve, derde levensfase duurt dan langer en de zorgbehoevende vierde levensfase wordt beperkt.

Cultuur- en sportdeelname zijn domeinen waar geïnvesteerd kan worden in activiteiten om de verouderende bevolking langer vitaal te houden. In dit symposium presenteren we drie studies over de opbrengsten van cultuurdeelname door ouderen. Daarna gaan we aan de hand van een voorstelling Trotse Kameraden door ouderen in discussie over de meerwaarde van cultuurdeelname voor de bestaande zorg en ondersteuning voor ouderen.

¹ Sociaal en Cultureel Planbureau, ² ZonMw

Investeren in de cultuurdeelname van vitale ouderen: Doorrekeningen met het Welbevinden Participatie Hulpbronnen model

Crétien van Campen¹, Jurjen Iedema¹, Jos de Haan¹, Lonneke Regter²

De vergrijzing van de bevolking wordt in het publieke debat vaak in verband gebracht met maatschappelijke uitdagingen zoals druk op de zorg en krapte op de arbeidsmarkt. Al snel wordt vergeten dat er een steeds grotere groep ouderen deel uitmaakt van onze samenleving die op allerlei betekenisvolle manieren participeert, in sport, in culturele activiteiten en in vrijwilligerswerk. Hoe houden we deze groep zo lang mogelijk vitaal? Welke effecten kunnen beleidsvoornemens hebben op het welbevinden, participatie en hulpbronnen van ouderen in de toekomst? Leidt bijvoorbeeld het vergroten van het sociale netwerk of cultuurdeelname tot behoud van welbevinden op latere leeftijd?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft een rekenmodel ontwikkeld om ex ante beleidsvoornemens door te rekenen. Op basis van LASA data van ruim 5.000 levenslopen zijn de effecten van veranderingen in participatie en hulpbronnen op het latere welbevinden (eenzaamheid, mentaal welzijn, tevredenheid) gemodelleerd. Het vernieuwende is dat het model (causale) effecten van beleidsvoornemens binnen individuele levenslopen kan doorrekenen. Als casus bespreken we het beleidsvoornemen om sociale netwerkvang van ouderen te vergroten. Cultuurdeelname blijkt daarbij een belangrijke rol te spelen.

¹ Sociaal en Cultureel Planbureau, ² Fonds Sluyterman van Loo

Maatschappelijke opbrengsten van cultuurdeelname in de ouderenzorg: Resultaten van Social Return on Investment

Désirée te Marvelde¹, Pim Ketelaar², Maarten Ploeg²

Verschillende wetenschappelijke reviews en kennissyntheses hebben laten zien dat actieve kunstparticipatie positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven van ouderen. De duurzame inzet van kunst en cultuur in de langdurige zorg en ondersteuning is echter nog niet vanzelfsprekend. Daarom is het van belang om de economische en maatschappelijke waarde van kunstprojecten in de zorg en ondersteuning voor stakeholders zoals beleidsmakers en zorgbestuurders inzichtelijk te maken.

Social Return on Investment (SROI) is een gespreksmodel en gevalideerde methode om de economische en maatschappelijke waarde van een investering zichtbaar te maken. Het resultaat is een SROI-ratio met weging alle investeringen en opbrengsten. Een opbrengst van het proces van de gesprekken is meer draagvlak en commitment van stakeholders. Acht zorgorganisaties in de langdurige zorg en ondersteuning die actieve cultuurdeelname aanbieden hebben aan het onderzoek meegedaan. Tijdens de sessie worden de eerste resultaten gedeeld en besproken.

¹ ZonMW, ² VitaValley

Whitepaper Arts in Health Netherlands

Tineke Abma¹

Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs dat kunst bijdraagt aan de gezondheid, het intermenselijke contact en de activering van oudere mensen. Ondanks de positieve effecten en voordelen wordt kunst nog veel te weinig ingezet in de ouderenzorg aldus de schrijvers van de whitepaper Arts in Health Netherlands (Lewis et. al. 2024). Dit nationale initiatief brengt het bewijs in kaart, geeft een overzicht van wat er al gebeurt in Nederland en wat er verder nodig is om bij te dragen aan de transitie van de gezondheidszorg. De conclusie luidt dat kunst momenteel te gefragmenteerd is in Nederland. Landen als Engeland, Denemarken en Finland hebben kunst al succesvol in beleid, praktijk, onderzoek en onderwijs geïntegreerd (Fancourt & Finn, 2019). Om kunst als katalysator van zorgvernieuwing in te zetten, komt de stuurgroep van de Whitepaper met vier aanbevelingen. Allereerst dient er een interdisciplinair platform te komen waarop kennis, ervaring en strategieën worden uitgewisseld. Daarnaast moet er een nationale visie ontwikkeld met duurzame programma's en financiering. Denk aan verzekeraar De Friesland die Dans op Recept vergoed voor mensen met de ziekte van Parkinson of aan het vastleggen van kunstinterventies in medische richtlijnen. Verder speelt onderwijs een belangrijke rol bij het integreren van kunst en zorg. De effecten en mogelijkheden van kunst en cultuur moeten zowel in het zorgonderwijs als binnen de kunstacademie opgenomen worden. Tot slot, adviseert de stuurgroep om breder in te zetten op onderzoek en een geprioriteerde onderzoekagenda rond de klinische effecten, de economische waarde en de implementatie van kunst in de zorg.

¹ Leyden Academy on Vitality and Ageing

Trotse Kameraden

Lonneke Regter¹, Liesbeth Reeser¹

Om te ervaren hoe kunst in de zorg werkt, presenteren we tijdens het symposium de Trotse Kameraden. Trotse Kameraden is een theaterstuk dat gemaakt en gespeeld door ouderen met een zorgbehoefte en mensen met een fysieke of mentale beperking. Zij delen hun levensverhalen, ervaringen en wijze levenslessen met het publiek. Dit is een voorbeeld van een van de kunstinitiatieven van zorgorganisatie Vitalis in Eindhoven. Speciaal voor het congres zal regisseur Liesbeth Reeser een deel van het theaterstuk repeteren en regisseren. De voorstelling wordt mogelijk gemaakt door het Lang Leve Kunst fonds en Lonneke Regter zal dit onderdeel modereren.

¹ theatergezelschap van ouderen

S03.1

Dementie en een migratieachtergrond

Geraldine Visser¹

Het aantal mensen met dementie en een migratieachtergrond stijgt. Zij hebben meer kans om dementie te krijgen dan mensen zonder migratieachtergrond. De toegang tot dementiezorg is beperkt. Diagnosestelling is complex. Professionals ervaren handelingsverlegenheid en barrières in het ondersteunen van deze doelgroep, zoals communicatie en omgaan met onbegrepen gedrag. Mantelzorgers kampen met overbelasting en gevoel van eenzaamheid.

In dit symposium nemen we jullie mee in onderzoek naar diverse settingen waar mensen met dementie en een migratieachtergrond en hun naasten zich begeven en de uitdagingen die zij daar tegenkomen. Centraal staat daarbij de vraag hoe professionals hen beter kunnen ondersteunen.

1. Gebruik van langdurige zorg onder oudere migranten in Nederland: Wat te verwachten in het komende decennium? Door Nina Conkova, Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden.
2. Een klantreis van mensen met dementie en een migratieachtergrond. Door Margaret von Faber, Lectoraat Sociale Innovatie, hogeschool Leiden & Transmuralis.

3. Toegang tot zorg voor mensen met dementie en een migratieachtergrond: benodigde verpleegkundige competenties. Door Gözde Duran-Kıraç, Lectoraat Goed leven met dementie, hogeschool Windesheim.
4. Testonderzoek bij ouderen met een migratieachtergrond op de geheugenpoliklinieken. Door Dilara Öztürk, neuropsycholoog UMC Utrecht.
5. Betere zorg voor mantelzorgers: het gesprek over het delen van de zorg. Door Carolien Smits, Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht.
6. De OOG-methodiek: Omgaan met Onbegrepen Gedrag op een cultuursensitieve manier: door Geraldine Visser, Lectoraat Goed leven met dementie, hogeschool Windesheim.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle

Gebruik van langdurige zorg onder oudere migranten in Nederland: Wat te verwachten in het komende decennium?

Nina Conkova¹, Thijs van den Broek²

Achtergrond: Het aantal ouderen in Nederland neemt snel toe en een groeiend deel van hen is afkomstig uit het buitenland. Dit kan gevolgen hebben voor de vraag naar langdurige zorg (LDZ). Deze studie werpt licht op het huidige en toekomstige gebruik van LDZ door oudere migranten onder de Wet langdurige zorg (WLZ) in Nederland.

Methode: We gebruiken gegevens uit de Sociaal Statistische Database van het CBS (SSB) voor alle ouderen (55+) die in het buitenland zijn geboren. De SSB bevat informatie over alle geregistreerde inwoners van Nederland en is samengesteld uit diverse administratieve gegevensbronnen. We maken onderscheid tussen drie soorten LDZ en zes groepen oudere migranten.

Resultaten: Descriptieve statistieken voor de periode 2016-2022 en logistische regressieanalyses tonen aanzienlijke variatie in het gebruik van LDZ-voorzieningen en de herkomst van zorggebruikers. Vooral ouderen wiens wieg in Marokko en Turkije stond maken minder vaak gebruik van intramurale zorg en vaker van een persoonsgebonden budget (PGB). Door onze modellen te combineren met bevolkingsprognoses van het CBS, voorspellen we dat het gebruik van thuiszorg en PGB's door oudere migranten in het komende decennium snel zal toenemen. Migranten met een westerse en Surinaamse achtergrond zullen het vaakst LDZ gebruiken. Hoewel de vraag naar intramurale zorg minder sterk zal stijgen, blijft deze vorm van zorg het meest gebruikt door oudere migranten onder de WLZ.

Conclusie: De groeiende vraag naar thuiszorg vraagt om beleidsinspanningen die flexibiliteit mogelijk maken, ruimte bieden voor verschillen en een basis vormen voor het opbouwen van vertrouwensrelaties tussen alle betrokken partijen.

¹ Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden, ² Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam

Klantreis dementie voor mensen met een migratieachtergrond

Margaret von Faber¹, Marieke Zebregs¹

Achtergrond: In Nederland woont 70 procent van de mensen met dementie thuis, vaak met behulp van mantelzorgers. Tijdens het ziekteproces komen mensen met dementie en mantelzorgers in contact met diverse professionals, maar het huidige aanbod is onvoldoende ingesteld op mensen met een migratie achtergrond. Een klantreis brengt op een visuele wijze het ziekteproces, de ervaringen en knelpunten in kaart. Het doel van de klantreis is om, vanuit de ervaringen van de doelgroep verbetering in zorg en ondersteuning tot stand te brengen.

Methode: De klantreis dementie bestaat uit drie fases. In het eerste deel worden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met mensen met dementie en mantelzorgers. Op basis hiervan wordt de 'klantreis' met positieve aspecten en knelpunten in kaart gebracht. In de tweede fase, worden de resultaten van de interviews besproken met professionals uit de gehele keten van zorg en welzijn. In het derde deel, werken professionals samen aan verbetermaatregelen op verschillende thema's.

Resultaten: Uit een eerdere klantreis dementie zijn concrete verbeterpunten gekomen zoals een regionale pilot respijtzorg. De klantreis dementie voor mensen met een migratieachtergrond bevindt zich nog in de eerste fase van dataverzameling. Uit de eerste interviews met zes mantelzorgers komen thema's zoals behoefte aan instructies voor de mantelzorgers, en nachtzorg aan de orde.

Conclusies: De klantreis methodiek is een goede methode om ervaringen en behoeften van deelnemers gedurende het ziekteproces in kaart te brengen. Professionals ervaren het als zinnig om vanuit deze input multidisciplinair af te stemmen en aan verbetering te werken.

¹ Hogeschool Leiden

Toegang tot zorg voor mensen met dementie en een migratieachtergrond: benodigde verpleegkundige competenties

Gözde Duran-Kiraç¹, Ronald Uittenbroek¹, Hein van Hout², Marjolein Broese van Groenou³

Achtergrond: Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat mensen met een migratieachtergrond minder gebruik maken van opties binnen zorg en dat de zorg voor mensen met een migratieachtergrond minder toegankelijk is. Professionals binnen de dementiezorg geven aan dat ze meer vaardigheden en kennis nodig hebben om mensen met een migratieachtergrond beter te ondersteunen en begeleiden in het zorgproces. Dit onderzoek staat stil bij welke specifieke vaardigheden professionals nodig hebben om de toegang tot zorg voor mensen met dementie en een migratieachtergrond te vergroten.

Methode: Semigestructureerd interviews met 15 professionals (praktijkondersteuners huisartsenzorg en casemanagers dementie) en 6 mantelzorgers leverden input voor twee focusgroep gesprekken met professionals.

Resultaten: Professionals en mantelzorgers geven aan dat het lastig is een relatie op te bouwen en te onderhouden met elkaar. In tegenstelling tot de ervaringen van de mantelzorgers, geven professionals aan dat een gedeelde culturele achtergrond tussen de professional en de persoon met dementie noodzakelijk is. Hoewel professionals aangeven dat culturele kennis noodzakelijk is, geven de professionals aan dat ze voornamelijk behoefte hebben aan het versterken van culturele vaardigheden. Voorbeelden zijn het in kaart brengen van betrokken familieleden en hun rollen, het stellen van juiste vragen en het loslaten van persoonlijke oordelen en overtuigingen. Stereotype overtuigingen van de professionals, het zien van 'de ander' als anders, en het samenwerken met de familie, wordt ervaren als lastig door professionals.

Conclusies: Het versterken van culturele vaardigheden van professionals zal bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot cultureel passende gezondheidszorg voor mensen met een migratieachtergrond en dementie en hun mantelzorgers.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle, ² Amsterdam UMC, Amsterdam, ³ Vrije Universiteit, Amsterdam

Testonderzoek bij ouderen met een migratieachtergrond op de geheugenpoliklinieken

Dilara Öztürk¹

Achtergrond: 14,4% van de Nederlandse bevolking heeft een niet-Westerse migratieachtergrond. Deze doelgroep loopt een verhoogd risico op dementie vanwege verschillende factoren. Hierdoor zien geheugenpoliklinieken in de grote steden in Nederland steeds meer oudere migranten met dementie. Echter, het bestaande aanbod van (neuro)psychologische tests is voornamelijk gericht op Westerse populaties, wat niet goed aansluit bij niet-Westerse migranten. Deze doelgroep heeft vaak een laag opleidingsniveau en ervaart de wereld visueel anders, wat niet overeenkomt met testen die zijn gebaseerd op (vaak) schoolse vaardigheden en/of lijntekeningen en mogelijk kan leiden tot misdiagnoses van neurodegeneratieve aandoeningen. Geheugenpoliklinieken zullen meer rekening moeten houden en/of gebruik maken van speciaal aangepaste testen om onjuiste diagnoses te voorkomen.

Methode: De recent verschenen (cultureel)neuropsychologische tests voor Niet-Westerse migranten, Visuele Associatie Test (VAT), wordt geanalyseerd door middel van klinische interpretatie en wetenschappelijke evaluatie vanuit het neuropsychologische perspectief.

Resultaten: De moeilijkheidsgraad van lijntekeningen zijn beduidend hoger t.o.v. het gebruik van foto's bij laagopgeleide migranten, blijkt uit VAT fotoversie bedoeld om anterograde amnesie vast te stellen bij mensen met een lage opleidingsniveau en migratieachtergrond. De fotoversie A en B hebben een acceptabele betrouwbaarheid, respectievelijk Cronbachs α .63 en .81. De originele VAT, met zwart-wit lijntekeningen, blijkt onder niet-Westerse populaties de geheugenfunctie zelfs te onderschatten.

Conclusie: Het vertalen van lijntekeningen naar kleurenfoto's lijkt een kleine aanpassing, maar draagt significant bij aan een nauwkeurigere weergave van de realiteit, wat essentieel is voor een goede diagnostiek bij patiënten met een Niet-Westerse migratieachtergrond.

¹ Universitair Medisch Centrum Utrecht Neurologie & neurochirurgie & Altrecht

Betere zorg voor mantelzorgers: het gesprek over het delen van zorg

Carolien Smits¹, Roshnie Kolste¹, Jennifer van den Broeke¹

Achtergrond: Mantelzorgers die zorgen voor een oudere met dementie met een migratieachtergrond hebben een nog grotere kans op overbelasting dan autochtone mantelzorgers. Het delen van zorg met andere naasten en met professionals kan verlichting brengen, maar het gesprek daarover ligt gevoelig. Zorgverleners vragen om handvatten voor dit gesprek.

Methode: Drie cocreatieteams ontwikkelden tools voor professionals in de eerste lijn en voor mantelzorgers. Daarbij gebruikten ze de resultaten van Menal Ahmad's onderzoek naar de ervaringen van mantelzorgers met een migratieachtergrond (Universiteit voor Humanistiek, UvH). Cocreatiepartners waren: professionals in de eerste lijn, mantelzorgers, en casemanagement-opleiders. De cocreatieteams kwamen drie maal bijeen, met tussentijdse afstemming met de onderzoekers. De tools werden waar mogelijk kort getest in de praktijk. Partners van UvH, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, NOOM en Pharos droegen bij vanuit hun netwerk en expertise.

Resultaten: Voor mantelzorgers is een webpagina ontwikkeld met korte video's en uitleg over dementie en mantelzorg in de verschillende fases. De webpagina voor professionals bevat korte video's, podcasts, en uitgewerkte casussen en een e-learning. De tools zijn online beschikbaar <https://www.pharos.nl/zorg-jij-voor-iemand-met-dementie/>. De partners werken momenteel aan implementatie van de tools.

Conclusie: Mantelzorgers en professionals uit zorg en onderwijs kunnen in cocreatie sensitieve en praktische tools maken waarmee het gesprek over het delen van zorg voor ouderen met dementie en een migratieachtergrond beter verloopt. De symposiumbezoekers krijgen een demonstratie van de tools.

¹ Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht

De OOG-methodiek: Omgaan met Onbegrepen Gedrag op een cultuursensitieve manier

Geraldine Visser¹, Leontine Groen-van de Ven¹

Achtergrond: Er was geen methodiek voor professionals voor het cultuursensitief omgaan met onbegrepen gedrag bij mensen met dementie thuis. Terwijl het aantal mensen met dementie met een migrantenachtergrond stijgt.

Methoden: In een participatief actieonderzoek hebben we met mensen met dementie, mantelzorgers en professionals in Amsterdam en Twente de OOG-methodiek ontwikkeld (2020-2023). In het voorjaar van 2023 is de training over de OOG-methodiek met twee groepen thuiszorgprofessionals (N=18) geëvalueerd met feedbackformulieren direct na de training, korte telefonische interviews na 4 weken en narratieve verdiepende wandelinterviews na 8 weken. Daarnaast hebben we twee semigestructureerde interviews afgenomen met mantelzorgers. De interviews zijn geanalyseerd met thematische analyse.

Resultaten: Deelnemers ervaren de training en het werken met de OOG-methodiek als positief. Het leidt tot toegenomen bewustzijn van het belang van cultuur, toegenomen zelfvertrouwen in het werken met cliënten met een migratieachtergrond, meer investeren in de vertrouwensband, erkennen van de rol van de mantelzorger, niet te snel in oplossingen schieten en bij een crisis de tijd nemen.

Conclusie: De OOG-methodiek helpt professionals om op een cultuur sensitieve manier ondersteuning te geven aan mensen met dementie en hun naasten thuis. Hij is breed inzetbaar: bij mensen met een migratieachtergrond, maar cultuursensitief werken gaat er ook om dat je oog hebt voor de verschillen tussen mensen die in de stad of op het platteland wonen, tussen mannen en vrouwen, hoogopgeleid en laagopgeleid etc.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle

S03.2

Determinanten en uitkomsten van zorggebruik door ouderen

Marjolein Broese van Groenou¹

De toename in de vraag naar langdurige zorg en de ingrijpende hervormingen van het zorgsysteem zorgen voor onzekerheid onder Nederlandse burgers. Zij vragen zich af of zij zelf of hun naasten nog wel de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Een steeds groter beroep op de informele zorg doet de vraag rijzen of en hoe families passende en langdurige zorg voor hun ouderen kunnen opbrengen. Een oplossingsrichting is dat primaire mantelzorgers (partners en kinderen) de zorg zoveel mogelijk samen met anderen organiseren in grote en divers samengestelde zorgnetwerken. De eerste bijdrage van dit symposium zoomt in op het potentieel aan informele zorg van de hulpbehoevende oudere en onderzoekt welke kenmerken van het sociale netwerk samengaan met een zorgnetwerk met veel informele helpers. De andere twee bijdragen bezien uitkomsten van zorggebruik. De tweede bijdrage onderzoekt op welke wijze verschillende typen (informele) zorgnetwerken bijdragen aan psychisch welbevinden, en in hoeverre eenzaamheid, ervaren regie en zorgtoereikendheid hierbij een rol spelen. Het derde paper onderzoekt of de zorg toereikend was en bleef in de jaren rondom de recente hervorming, en in hoeverre noodzaak, gebruik en wensen inzake (informeel) zorggebruik hierop van invloed zijn. Alle bijdragen maken gebruik van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een langlopende studie naar het functioneren en zorggebruik van ouderen in Nederland. De discussie met de zaal richt zich op welke aanknopingspunten de studies leveren voor het verbeteren van de langdurige zorg aan ouderen en hun mantelzorgers.

¹ Vrije Universiteit, Amsterdam

Van sociaal netwerk naar zorgnetwerk

Jens Abbing¹

Achtergrond: De steeds groter wordende vraag naar langdurige zorg kan oudere Nederlanders en hun naasten voor grote uitdagingen stellen. Publieke zorgvoorziening is beperkt, maar ook families worden kleiner. Daarom is het belangrijk voor ouderen met een zorgvraag dat verschillende leden van hun sociale netwerk mantelzorg verlenen, niet alleen partners en kinderen, maar ook andere familieleden of vrienden. Wij weten echter nog weinig over hoe sociale netwerken zorgnetwerken

opbouwen. Met dit onderzoek willen wij analyseren hoe verschillende kenmerken van sociale netwerken beïnvloeden welk type zorg ouderen krijgen. Hierbij gaat het om de omvang, compositie en kwaliteit van het netwerk.

Methodes: Dit wordt onderzocht met hulp van een sample van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), dat bestaat uit 18252 observaties uit de jaren 1992 tot 2022 van 4859 thuiswonende Nederlandse ouderen. Hiermee hebben wij typische zorgnetwerken in Nederland geïdentificeerd en 7 groepen gevonden (zorg door kinderen, partners, andere familieleden, andere netwerkliden, formele zorg en privé betaalde zorg).

Resultaten: Een groter sociaal netwerk, een hoger aantal netwerkliden die in de buurt wonen of veel emotionele steun bieden dragen bij aan een zorgnetwerk. De partner en in de buurt wonende kinderen zijn belangrijke bronnen van zorg. Andere familieleden en niet-verwanten die in de buurt wonen spelen vooral een rol als ouderen geen zorg van de kernfamilie ontvangen.

Conclusie: Vooral de compositie van het sociale netwerk bepaalt welk zorgnetwerk ouderen hebben. De bijdrage van netwerkliden die emotionele steun bieden is beperkt. Dit komt mogelijk omdat ouderen hun naasten niet teveel willen belasten.

¹ Vrije Universiteit, Amsterdam

Variaties in zorgnetwerken en welbevinden van de zorgontvanger

Joukje Swinkels¹

Achtergrond: Oudere zorgontvangers verschillen in de soorten zorg die ze krijgen: sommigen krijgen vooral partnerzorg of andere vormen van informele zorg, terwijl anderen vooral gebruik maken van formele of particulier betaalde zorg. Dit kan bijdragen aan verschillen in welbevinden. Door Self-Determination Theory toe te passen op de zorgcontext, veronderstellen we dat typen zorgnetwerken verschillen in de mate waarin ze de gevoelens van verbondenheid, autonomie en competentie van de zorgontvanger bevorderen, wat verschillen in welbevinden van zorgontvangers in verschillende zorg netwerken zou kunnen verklaren.

Methodes: We gebruiken gegevens, afkomstig uit tien observaties van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (N= 18.434 observaties van 4.837 oudere Nederlandse volwassenen, van 1992 tot 2022), om dit te onderzoeken. Zorgnetwerktypen zijn

a priori samengesteld uit (voornamelijk) partner, informele, formele of particulier betaalde zorg. Mixed-model regressieanalyse van depressieve symptomen als maat voor welbevinden wordt toegepast op zorgnetwerktipe.

Resultaten: Het ontvangen van zorg van een partner-zorgnetwerk draagt het meest bij aan het welbevinden. Degenen met een formeel zorgnetwerk zijn het slechtste af. Eenzaamheid en zorg toereikendheid verklaren deze verschillen gedeeltelijk.

Conclusie: Het welbevinden van de zorgontvanger is afhankelijk is van het type zorgnetwerk en Self-Determination Theory kan helpen om deze verschillen te begrijpen. De studie bevestigt dat een formeel zorgnetwerk het minst gunstig is en een partner-zorgnetwerk het meest gunstig voor de zorgontvanger. Naast individuele factoren zoals gezondheid en leeftijd, kan dit worden verklaard door de structuur en het functioneren van het zorgnetwerk.

¹ VU, Amsterdam

Trends in de toereikendheid van de zorg in de context van de hervorming van de langdurige zorg

Maura Gardeniers¹

Inleiding: In reactie op vergrijzing en stijgende zorgkosten, is de Nederlandse langdurige zorg hervormd in 2015. Belangrijke elementen daarvan zijn strengere toelatingseisen voor verpleeghuizen, en decentralisatie van de zorg aan huis die is overgeheveld naar de gemeenten. Dit artikel onderzoekt in hoeverre deze hervormingen de ervaren toereikendheid van zorg onder ouderen hebben beïnvloed. Ook onderzoeken we in hoeverre de toereikendheid van zorg verschilt naar regio en naar individuele kenmerken, zoals zorggebruik, gezondheid, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Methode: Data van vier waarnemingen van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) tussen 2012 en 2022 zijn gebruikt (N= 1316), we onderzochten ouderen die gedurende die periode zorg ontvingen. We hebben bivariate analyses en een multi-level logistische regressieanalyse uitgevoerd.

Resultaten: De ervaren zorgtoereikendheid is over het algemeen zeer hoog, maar daalde na 2015 en 2018 (ten opzichte van 2012) en herstelde zich in 2022. Er was geen verschil naar regio, maar ouderen in minder urbane gebieden ervaarden meer

zorgtoereikendheid. Daarnaast associëerden zorgbehoefte, het gebruik van publieke zorg, en opleidingsniveau sterk met de ervaren toereikendheid van de zorg.

Conclusie: Publiek ervaren zorg draagt het minst bij aan toereikendheid van de zorg, en daar heeft de hervorming geen verandering in gebracht. Mogelijk is het feit dat oudere consistent weinig regie ervaren over de publieke zorg, hier debet aan.

¹ VU, Amsterdam

Workshops

W01.4

Into Loneliness: Een VR-omgeving om eenzaamheid te beleven

Eric Schoenmakers¹, Kim de Graaf¹, Pieter van Gorkom¹, Mariëlle Rosendaal¹

Achtergrond: Professionals en vrijwilligers in de ouderenzorg komen tijdens hun werk vaak in aanraking met kwetsbare, oudere mensen die zich eenzaam voelen. Dat vraagt een handelen van hen, zowel in één-op-één situaties, als in de ontwikkeling van activiteiten. Teneinde optimaal te kunnen handelen en goed om te gaan met situaties waarin eenzaamheid voorkomt, is het belangrijk dat professionals en vrijwilligers zich kunnen inleven in- en kennis hebben over eenzaamheid.

Into Loneliness is een VR-omgeving waar professionals en vrijwilligers eenzaamheid in haar complexiteit kunnen ervaren. Tevens wordt kennis over eenzaamheid aangeboden. Into Loneliness wordt over diverse doelgroepen ontwikkeld, allereerst de groep kwetsbare, oudere mensen. Voor de ontwikkeling van Into Loneliness is onderzoek gedaan naar eenzaamheid onder oudere bewoners van een woonzorgcentrum. De interviews zijn uitgewerkt tot VR-scenario's. Een ontwerpgroep bestaande uit professionals en vrijwilligers was betrokken met als doel Into Loneliness inhoudelijk, organisatorisch en praktisch zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk. De aanname is dat vanuit meer inlevingsvermogen in eenzaamheid betere dienstverlening kan worden geboden.

Opzet:

- De workshop begint met een korte toelichting op de ontwikkeling van Into Loneliness.

- Vervolgens is er de gelegenheid Into Loneliness te ervaren. Afhankelijk van de grootte van de groep kan een ieder dit doen in Virtual Reality of op een gedeeld scherm.
- Tot slot vindt er een dialoog plaats over het (on)nut van Into Loneliness, in hoeverre de beleving van eenzaamheid overkomt op de kijker en de toepasbaarheid van het idee.

Tijdens deze workshop ervaar je hoe eenzaamheid voelt en welke impact professioneel handelen hierop heeft. Dit stelt je in staat beter te handelen wanneer je geconfronteerd wordt met eenzaamheid.

¹ Fontys Hogeschool, Eindhoven

W01.5

Generatie Mixer: Jong en oud verbonden in fantasie

Lieke De Kock¹

In onze huidige samenleving worden we geconfronteerd met uitdagingen zoals het toenemend aantal ouderen en tekort aan formeel zorgpersoneel. Daarnaast kampen we met druk op basisscholen door een lerarentekort, en werkende ouders met minder tijd voor ondersteunende taken. Het belang van samenwerking wordt steeds duidelijker, maar oplossingen zijn niet altijd evident. Tegen deze achtergrond biedt intergenerationele solidariteit kansen. Ouderen blijven langer fit en vitaal. Zij willen zichzelf kunnen blijven ontwikkelen en van betekenis zijn voor anderen, bijvoorbeeld op basisscholen. De link tussen basisscholen en ouderen uit de wijk wordt nog niet vaak gelegd.

Het project Generatie Mixer bevordert intergenerationele solidariteit door middel van kunstzinnige activiteiten. Ouderen en basisschoolleerlingen creëren samen een fantasiewereld onder begeleiding van kunstenaars. Iedere deelnemer wordt zijn eigen verzonnen personage. In die samenleving waar alles mogelijk is, ervaren zij de gekste avonturen.

Gebaseerd op de methode Imaginary Communities, ontwikkeld door Chol Theatre uit Engeland, richt Generatie Mixer zich op talentontwikkeling, mentaal welzijn en sociale vaardigheden van de deelnemers. Dit initiatief, geïmplementeerd en onderzocht door Leyden Academy en Amphion Cultuurbedrijf, versterkt de band tussen

generaties en heeft positieve effecten op het ontstaan van vriendschap en bevorderen van zorgzaamheid. In deze workshop kunnen deelnemers de werkwijze zelf ervaren en worden (voorlopige) onderzoeksresultaten gedeeld van Chol Theatre, the University of Manchester en Leyden Academy.

¹ Leyden Academy On Vitality And Ageing, Leiden

W02.3

Wensen en grenzen: in gesprek met ouderen met autisme

Marije Blok¹, Jan-Pieter Teunisse^{2,3}, Arjan Videler^{4,5}

Achtergrond: Er is steeds meer aandacht voor autisme onder ouderen. Een mooie ontwikkeling, die ook uitdagingen met zich meebrengt. Ouderen die de diagnose autisme krijgen, hadden dit al hun hele leven – zonder dit te weten. Een diagnose vraagt dus niet alleen om het vormgeven van het verdere leven; het roept ook vragen op over het leven dat de oudere al achter zich heeft. Het kaartspel Wensen & grenzen komt voort uit het project ‘Sociaal perspectief van en voor ouderen met autisme’. Door persoonlijke interviews ontstond inzicht in de sociale worsteling van een leven met autisme met een diagnose op latere leeftijd. Het kaartspel helpt ouderen om met naasten de dialoog te voeren over hun ervaringen rondom de diagnose en in het dagelijks leven.

Opzet: In deze workshop presenteren we kort de resultaten uit het onderzoek, waarna deelnemers zelf aan de slag gaan met het kaartspel. Middels een rollenspel worden deelnemers uitgedaagd in de huid te kruipen van een oudere met autisme, naaste of hulpverlener. Tussendoor reflecteren we hierop.

Wat deelnemers morgen toepassen: Doel van de workshop is om deelnemers bewust te maken van het bestaan van ouderen met autisme en het belang van aandacht voor deze groep in een inclusieve samenleving. Het kaartspel belicht de domeinen in het leven waarin ouderen met autisme specifieke ervaringen hebben. De workshop daagt deelnemers uit om morgen in gesprek te gaan met ouderen met autisme vanuit een open houding en zonder aannames.

¹ Vu Amsterdam, Amsterdam, ² Hogeschool Arnhem Nijmegen, Arnhem, ³ Leo Kannerhuis, Oosterbeek, ⁴ GGZ Breburg, PersonaCura, Tilburg, ⁵ Tranzo, Tilburg University, Tilburg

W02.4

Kansen en uitdagingen voor reablement in Nederland

Ines Mouchaers^{1,2}, Lise Buma^{1,2,3}, Silke Metzelthin^{1,2}

Achtergrond: Door de vergrijzing van de maatschappij zijn er steeds meer ouderen die beperkingen ervaren in het dagelijks leven. De steeds complexere zorgvragen van ouderen in combinatie met schaarse middelen in de zorg vraagt om een aanpassing van de huidige zorgprocessen. Zorgpersoneel werkt vaak nog taakgericht; ze zijn gewend om taken voor de oudere te doen, in plaats van op een meer persoonsgerichte manier samen met hen. Dit kan leiden tot het ontnemen van de resterende vaardigheden van ouderen, en uiteindelijk functionele achteruitgang.

Reablement kan hiervoor een oplossing bieden om de zorgprocessen aan te pakken en anders te leren kijken naar zorg. Reablement is een persoonsgerichte en holistische benadering die actieve participatie in voor de oudere betekenisvolle activiteiten bevordert. Reablement is in Nederland in opmars; sinds 2014 wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan naar reablement en meer en meer (zorg)organisaties implementeren reablement in hun dagelijkse zorgpraktijk.

Opzet: Tijdens deze workshop krijgen deelnemers een uiteenzetting over de huidige stand van zaken van reablement in Nederland. We zullen ingaan op het concept reablement; wat houdt het in? Maar ook op het wetenschappelijke onderzoek dat tot op heden werd uitgevoerd – zowel internationaal als in Nederland – over effecten, ervaringen en implementatie; om af te sluiten met enkele praktijkvoorbeelden. Vervolgens zullen deelnemers in kleinere groepen samen gaan nadenken over de mogelijke kansen en uitdagingen voor reablement in de toekomst. Hierbij zal ingegaan worden op beleid, praktijk, wetenschap en onderwijs.

Na deelname aan deze workshop hebben deelnemers...

1. Een beeld van het concept reablement;
2. Zicht op het wetenschappelijke onderzoek over reablement, zowel internationaal als in Nederland;
3. Zicht op hoe reablement er in de praktijk uit ziet;
4. Meer inzicht in de kansen en uitdagingen voor reablement voor praktijk, wetenschap, beleid en onderwijs in de toekomst.

¹ Universiteit Maastricht, Maastricht, ² Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L), Maastricht, ³ Stichting Cicero Zorggroep, Brunssum

W02.5

De toekomst begint nu!

Sonja Wendel^{1,3}, Miriam Verhage^{1,2}, Daphne Raad^{1,2}, Evelien Kelfkens^{1,2}

Tijdens de workshop worden deelnemers uitgenodigd om over hun eigen toekomst na te denken. Daarbij komen verschillende facetten van het ouder worden aan bod: de fysieke, financiële, sociale en cognitieve uitdagingen. Dat leidt niet alleen tot persoonlijke reflectie, maar kan ook het inlevingsvermogen in diverse doelgroepen vergroten.

We starten met een theoretische schets die het belang onderstreept om tijdig over de toekomst na te denken. Vervolgens introduceren we drie verschillende methoden om de reis naar de toekomst te maken, waarna iedere deelnemer één methode kan uitproberen. Tijdens deze mini-sessies worden tools aangeboden die handig zijn voor diverse doelgroepen en direct in de praktijk kunnen worden ingezet door de deelnemers. De mini-sessies bestaan uit:

1. Je toekomstige zelf ontmoeten door middel van het fysieke verouderingspak GERT en een visuele verouderingsspiegel. Hierbij kunnen mensen in “de huid kruipen” van een ouder persoon en ervaren wat veroudering fysiek met je lichaam doet;
2. Het uitproberen van speelkaarten over het thema ‘pensioen’, waarmee sociale, financiële en persoonlijke onderwerpen op een speelse en laagdrempelige aan bod komen. De kaarten zijn ontwikkeld samen met ouderen met minder goede basisvaardigheden en daarom breed inzetbaar.
3. Een brief aan je toekomstige zelf te schrijven waarin de deelnemers wordt gevraagd om na te denken over welke onderwerpen zij belangrijk vinden en hoe hun leven er uit zal zien.

Na afloop van de mini-sessies vindt er een plenaire afsluiting plaats, waarin deelnemers uit alle drie de mini-sessies aan het woord komen om hun reflecties te delen.

¹ Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden, ² Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden,

³ Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam

W03.3

Ertoe Doen en Meedoen – ervaringen en lessen uit het programma Samen Ouder Worden

Willem-Jan de Gast¹, Petra van Loon¹

Samen Ouder Worden (www.samenouderworden.nl) is een landelijk leer- en ontwikkelprogramma dat tussen 2019 en 2027 wordt uitgevoerd door 11 landelijke vrijwilligersorganisaties onder begeleiding van de vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (www.nov.nl) met financiering van het Ministerie van VWS.

Doel van het programma is om de beeldvorming over ouderen positief te beïnvloeden, hun stem te laten horen en samen met hen de mogelijkheden te vergroten om betekenisvol te blijven bijdragen, met name door vrijwillig actief te zijn. We beschouwen ouderen als bron, zowel krachtig als kwetsbaar. Onze startvragen zijn altijd: wat wil je zelf en wat kan er wél?

Vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid focussen we op de sociale, emotionele en zingevende kanten van het leven. We ontwikkelen, versterken en verspreiden werkende aanpakken in zo'n 50 lokale trajecten en op landelijk niveau. We werken in gelijkwaardige samenwerkingsverbanden van formele en informele partijen.

In het programma hebben we speciale aandacht voor het contact tussen generaties, ouderen met een migratie-achtergrond, digitale inclusie en de sociale levensloop: de sociaal-emotionele overgang van een werkend leven naar pensionering.

De opbrengsten van de eerste vier jaar hebben we vastgelegd in het e-book *Nooit te oud om te beginnen*, waaraan een bibliotheek met methodieken, hulpmiddelen en inspiratie is gekoppeld, bijvoorbeeld op het terrein van waarderende en zingevende gespreksvoering, buurtkamers, talentescans en zorgzame gemeenschappen. Ook is door de Universiteit voor Humanistiek onderzoek verricht naar vrijwilligersinitiatieven als waardevolle ontmoetingsplekken.

In onze workshop delen we een aantal opbrengsten en ervaringen en gaan we gericht in dialoog met deelnemers over hun werkpraktijk. Zodat wij ook kunnen leren over wat voor hen van waarde is in het contact met ouderen.

¹ Samen Ouder Worden (Vereniging NOV), Utrecht

W03.4

De kracht van verhalen

Charlotte Van Den Eijnde¹, Sonja Wendel^{1,2}, Tom Maassen¹

Achtergrond: Goede zorg wordt vaak gedefinieerd als zorg die aansluit bij de wensen en verlangens van bewoners. Om deze te achterhalen, worden steeds vaker de verhalen van bewoners gebruikt (Sion et al., 2023). Hoewel de verhalen van bewoners essentieel zijn in de langdurige zorg, krijgt het verhaal van de zorgprofessional nog onvoldoende aandacht. Uit ons recent onderzoek (van den Eijnde et al., 2023; Mazzoli Smith et al., 2023) blijkt dat ook de verhalen van zorgprofessionals belangrijk zijn voor het bieden van kwalitatieve, persoonsgerichte zorg. Het delen van hun eigen verhaal zorgt ervoor dat gedachten en gevoelens van zorgprofessionals een plek krijgen, waardoor hun ervaringen aan betekenis winnen en zij zich gehoord voelen. Het draagt bij aan zingeving en verbinding met het werk. Wij beschouwen het ophalen en gebruiken van de verhalen van zorgprofessionals als een vorm van zorg voor deze professionals, wat van groot belang is voor het waarborgen van kwalitatieve langdurige zorg.

Opzet: De workshop begint met een beknopte theoretische verkenning van de kracht van verhalen. We delen inzichten uit ons onderzoek naar de verhalen van zorgprofessionals en bespreken waarom juist deze verhalen belangrijk zijn. Vervolgens gaan deelnemers aan de slag met hun eigen verhaal. Ze leren hun ervaringen met het werk onder woorden te brengen en worden uitgedaagd om hun verbeeldingskracht te gebruiken. Samen gaan we op zoek naar een eigen taal om vorm te geven aan hun verhaal.

Praktische toepassing: Deelnemers verlaten de workshop met een verdiepend besef van de kracht van verhalen en het belang van verhalen voor zorgprofessionals. Daarnaast krijgen zij in een interactief deel handvatten aangereikt om passende taal te geven aan dat wat zij meemaken in de praktijk.

¹ Leyden Academy On Vitality And Ageing, Leiden, ² Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam

W03.5

Partnerschap van oudere burgerwetenschappers en beroepswetenschappers. Een methodiek voor verdieping van partnerschap en het verzilveren van de waarde van samenwerking

Jan Jukema¹, Jacqueline van Alphen¹, Jopie Jorritsma¹, Jantje Zandstra¹, Harmieke van Os-Medendorp²

Achtergrond: In de gerontologie zien we een trend dat ouderen in toenemende mate participeren als co-onderzoeker. Dit sluit aan bij een ontwikkeling van democratisering van kennis en innovatie. Samenwerking tussen oudere burgerwetenschappers en beroepswetenschappers in een onderzoeksproject, kan grote meerwaarde hebben voor het vergroten van de relevantie van het onderzoek, de verzameling en analyse van data en verspreiding van de opgedane kennis. Oudere wetenschappers en professionele hebben naast overeenkomstige ook verschillende ambities, verantwoordelijkheden, bijdragen, doelen en tijdbesteding, die in de loop van de tijd kunnen veranderen. Dat beïnvloedt de onderlinge samenwerking. Om die te versterken kan een methodische ondersteuning behulpzaam zijn. In deze workshop presenteren we, ontwikkeld op basis van onze eigen ervaringen en een verkenning van de literatuur, een prototype van onze methodiek. Deze bevat verschillende reflecties en waardenverhelderingen. Naar verwachting kan de methodiek de partnerschap tussen oudere burgerwetenschappers en professionele wetenschappers verdiepen en de waarde van samenwerking verzilveren. Samen met de deelnemers willen we een stap zetten in de verdere ontwikkeling van de methodiek.

Opzet van de workshop:

1. Welkom en kennismaking
2. De 'lived experience van partnerschap' van oudere burgerwetenschappers
3. Dialoog met aanwezige (professionele) wetenschappers
4. Introductie van methodische ondersteuning van partnerschap
5. Reflectie op de methodiek
6. Plenaire discussie

Opbrengsten:

1. Kennis van meerwaarde van samenwerking oudere burgerwetenschappers en professionele wetenschappers in onderzoek
2. Inzichten over hoe partnerschap tussen oudere burgerwetenschappers en professionele wetenschappers versterkt kan worden
3. Een prototype van methodiek uitproberen in een eigen onderzoeksproject

¹ Hogeschool Saxion, Deventer, ² Hogeschool Inholland, Amsterdam

Paper-presentaties

001.6.1

Samen tegen eenzaamheid met oudere migranten: Hoe een co-creatieve benadering en participatieve aanpak bijdraagt aan verbinding

Sjaiesta Nanhekhan¹, Nina Conkova¹, Saadia Daouairi²

Achtergrond: Oudere migranten participeren minder in de maatschappij en ervaren vaker eenzaamheid dan ouderen die in Nederland zijn geboren. Om ouderen in sociaal kwetsbare situaties met elkaar en hun omgeving te verbinden, heeft Leyden Academy in samenwerking met praktijkpartners de interventiehandleiding 'Samen tegen Eenzaamheid' ontwikkeld. Vijf welzijnsorganisaties hebben gedurende een jaar samen met deelnemers groepsbijeenkomsten georganiseerd in een vertrouwde omgeving. Dit participatief onderzoek biedt inzicht in de elementen die verbinding bevorderen en de impact van de interventie.

Methodie: De werking en impact van de methodiek is geëvalueerd op basis van 22 observaties van de bijeenkomsten en informele gesprekken met de deelnemers (N=70 oudere migranten) en groepsbegeleiders (N=10). De Most Significant Change-methode is toegepast om ruimte te bieden aan het perspectief van de deelnemers over de meest betekenisvolle veranderingen. De onderzoekers, deelnemers en groepsbegeleiders hebben samen thema's gecategoriseerd en geëvalueerd. De transcripten zijn thematisch geanalyseerd.

Resultaten: De uitkomsten tonen aan dat co-creatie en een vertrouwde setting kern-elementen zijn voor het versterken van de verbondenheid tussen oudere migranten en hun omgeving. Een cruciale randvoorwaarde voor het tot stand brengen van deze verbinding zijn bekwame begeleiders. De grootste veranderingen die ouderen ervaren betreffen 'de ruimte om jezelf te mogen zijn', verbeterde relaties en ondersteuningsnetwerken, en verlichting in het welbevinden.

Conclusie: Het erkennen van de behoeften van oudere migranten en het samen creëren van een ondersteunende omgeving draagt bij aan verbinding tussen ouderen en aan de bevordering van participatie in de wijk. Nader onderzoek is vereist om vast te stellen of eenzaamheid is verminderd.

¹ Leyden Academy, Leiden, ² Stichting Platform Islamitische Organisaties Rijnmond, Rotterdam

O01.6.2

Wat zorg- en welzijnsprofessionals kunnen leren van mensen met dementie en hun naasten: een kwalitatieve verkenning

Leonie Copraij¹, Franka Bakker¹, Tijmen Schipper¹, Sandra G L Schruijer², Simone de Bruin¹, ENABLE-DEM consortium

Achtergrond: Zorg- en welzijnsprofessionals zijn belangrijk in de zorg en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. In hun (bij)scholing is er echter veelal onvoldoende aandacht voor hoe zij goed leven met dementie kunnen ondersteunen. In het Enable-dem project, waarin leren en ontwikkelen van zorg- en welzijnsprofessionals centraal staat, onderzoeken we daarom wat er volgens mensen met dementie en hun naasten nodig is om deze professionals nog beter toe te rusten voor de dementiezorg en -ondersteuning.

Methode: In dit kwalitatieve onderzoek spraken we met mensen met dementie (n=12) en hun naasten (n=7) over het toerusten van zorg- en welzijnsprofessionals aangaande het ondersteunen van goed leven met dementie (van augustus 2023 t/m mei 2024). Dit deden we aan de hand van vragen als 'Wat kunnen zorg- en welzijnsprofessionals van u leren?' en 'Wat moeten ze vooral niet doen?'. Hun perspectieven en ervaringen verzamelden we middels een mix van kwalitatieve dataverzamelmethode, passend bij hun behoeften en mogelijkheden, waaronder narratief (wandeling)interview, foto-elicitering, groeps gesprek, interview tijdens een rondleiding thuis en observatie.

Resultaten: Uit de voorlopige analyses blijkt dat mensen met dementie en hun naasten het belangrijk vinden dat zorg- en welzijnsprofessionals mensen met dementie stimuleren om nieuwe dingen te leren, mét in plaats van over hen praten, en vooral te kijken naar wat er nog wél mogelijk is met dementie.

Conclusie: Deze manier van bevragen wordt sterk gewaardeerd en levert belangrijke inzichten op, welke we zullen gebruiken voor het innoveren van het leren en ontwikkelen van professionals in de dementiezorg- en ondersteuning.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle, ² Universiteit Utrecht, Utrecht

001.6.3

De invloed van sociale interacties op stemming: een observatie onderzoek op zorgboerderijen

Laura Frissen¹, Sil Aarts¹, Bram de Boer¹, Andrea Gabrio¹, Hilde Verbeek¹

Achtergrond: Er is een toenemende prevalentie van mensen met dementie, waarvan een deel verblijft in het verpleeghuis. Een innovatieve aanpak die verpleeghuiszorg biedt in een alternatieve zorgomgeving is de zorgboerderij. Naast andere positieve uitkomsten, tonen studies aan dat bewoners van zorgboerderijen meer sociale interacties hebben in vergelijking tot reguliere verpleeghuisafdelingen. Dit is belangrijk omdat het hebben van sociale interacties van invloed is op de stemming van bewoners. Echter, is het effect van sociale interacties op de stemming tijdens latere momenten op de dag nog onbekend. Dit onderzoek heeft tot doel de relatie tussen sociale interacties en stemming op latere tijdstippen te onderzoeken met behulp van Ecological Momentary Assessments.

Methode: Bij 151 bewoners in vier zorgboerderijen werden observaties uitgevoerd met behulp van de MEDLO-tool, gericht op de sociale interacties en stemming van bewoners. Bewoners werden geobserveerd tijdens een willekeurig geselecteerde ochtend, middag en avond. Een general linear model werd gebruikt om de resultaten in de loop van de tijd te analyseren.

Resultaten: In totaal werden 5436 observaties uitgevoerd. Bij 29% van deze observaties werden sociale interacties waargenomen. Als er geen sociale interactie werd waargenomen, werd de stemming in 30% van de observaties negatief geobserveerd, in 60% neutraal en in 10% positief. Bij een sociale interactie, werd de stemming in 3% van de observaties negatief bevonden, in 36% neutraal en in 60% positief.

Conclusies: Stemming van bewoners is hoger wanneer zij deelnemen in sociale interacties. Dit wijst op het belang van sociale interacties, de zorgomgeving moet dit faciliteren waar mogelijk.

¹ Maastricht University, Maastricht

O01.6.4

Meningen en voorkeuren van ouderen omtrent gedragsveranderingsstrategieën die gebruikt worden in eHealth technologie voor gezonde cognitieve veroudering

Mariska Van Pouderoijen^{1,2}, Lara Siering³, Geke Ludden³, Ruben De Freitas Gouveia³, Iris Wiegand², Kay Deckers¹, Joukje Oosterman²

Achtergrond: Het verbeteren van de leefstijl bevordert onze hersengezondheid tijdens het ouder worden. Om mensen te motiveren hun leefstijl te verbeteren, kunnen verschillende gedragsveranderingsstrategieën worden toegepast in eHealth. Het is echter onduidelijk welke gedragsveranderingsstrategieën het meest motiverend zijn voor ouderen. Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de meningen en voorkeuren van ouderen omtrent gedragsveranderingsstrategieën die gebruikt worden in eHealth technologie. Dit onderzoek heeft als doel om (1) te ontdekken hoe motiverend verschillende gedragsveranderingsstrategieën worden beschouwd en (2) om de bevorderende en belemmerende factoren hiervan te bepalen.

Methode: In zowel Nijmegen (n=20) als Enschede (n=13) werden twee focusgroepen gehouden. In totaal werden er tien gedragsveranderingsstrategieën besproken en geanalyseerd met een Likertschaal en kwalitatieve content analyse.

Resultaten: Voorlopige Likertschaal analyse suggereert dat ouderen de gedragsveranderingsstrategieën als “informatie over de gevolgen van gedrag op de gezondheid” en “demonstratie of instructie over de uitvoering van het gedrag” als motiverend worden beschouwd. Ter vergelijking, de gedragsveranderingsstrategieën “gerangschikte taken”, “sociale steun”, en “prompts/cues” worden als minder motiverend beschouwd. Voorlopige content analyse laat zien dat het “behouden van autonomie”, “onjuiste afstemming”, en “al geïntegreerd in het dagelijkse leven” belangrijke thema’s zijn die het motiverende effect van gedragsveranderingsstrategieën beïnvloeden.

Conclusie: Dit onderzoek benadrukt de behoefte aan persoonlijke eHealth oplossingen die in lijn zijn met de voorkeuren en behoeftes van ouderen om hun gezonde leefstijl te ondersteunen en daarmee hun hersengezondheid. Het is daarom essentieel dat ouderen worden geïncludeerd in het ontwerpproces van eHealth om een inclusieve toekomst te creëren dat hersengezondheid stimuleert.

¹ Alzheimer Centrum Limburg, Maastricht, ² Radboud University, Nederland, ³ University of Twente, Enschede

001.6.5

Samen ontwikkelen en leren in de wijk: een participatief actieonderzoek naar de sociale gezondheid van ouderen met een migratieachtergrond

Yvonne Kerkhof¹, Jan Jukema¹, Famke van Lieshout², Karin Dijkstra¹

Achtergrond: Met name ouderen met een Turkse migratieachtergrond voelen zich eenzaam door hun ongunstige gezondheid, sociaaleconomische status en lagere sociale participatie. Samen met deze inwoners, hun kinderen en betrokken welzijns- en zorgprofessionals hebben we de afgelopen jaren geïnvesteerd in het ontwikkelen van verbeteracties. Hiervoor sloten studenten en een onderzoeker van Saxion aan bij een activiteitenprogramma voor vrouwen met veelal een Turkse migratieachtergrond die op maandagmiddag samenkomen in het buurthuis van de wijk.

Methode: In het onderzoek werd gebruik gemaakt van methodieken afgeleid van participatief actieonderzoek (PAO) en responsieve evaluatie (RE) om in dialoog, op basis van gelijkwaardigheid en wederzijds begrip, gezondheidsvraagstukken met betrokkenen in kaart te brengen. Met behulp van participerende observaties (n=60), individuele- (n=20) en groepsinterviews (n=8) en gebruik van creatieve methoden leerden betrokkenen van elkaar, konden we samen bepalen wat passend was om te veranderen en welke producten daarbij ondersteunen.

Resultaten: Na een theoretische analyse werden oorzaken, gevolgen en bevorderende factoren rondom vier veranderthema's geïdentificeerd: 1. Miscommunicatie tussen vrouwen en (in)formele professionals over de ervaren gezondheid; 2. Eigen kracht niet direct zichtbaar, wel achter de voordeur of tussen vrouwen onderling of als je ze kent; 3. Zwaar leven en opgebouwde (ongezonde) leefstijl; en 4. Isolement.

Conclusies: De veranderthema's vormen de basis voor het ontwerp van een plan van aanpak waarin de focus ligt op het realiseren van betekenisvolle activiteiten voor alle betrokkenen en daarin een beroep te doen op samenkracht. Daarmee wordt bijgedragen aan een duurzame verbetering van de (sociale) gezondheid van deze groep ouderen met een migratieachtergrond.

¹ Hogeschool Saxion, Deventer/Enschede, ² Hogeschool Utrecht, Utrecht

002.6.1

Toezichthoudende domotica voor mensen met dementie in het verpleeghuis: is iedereen in beeld?

Daniëlle Van Gaans-riteco^{1,3}, Annerieke Stoop¹, Eveline Wouters^{1,2}

Door progressieve kenmerken van dementie zien we vaak zorgen over veiligheid van verpleeghuisbewoners ontstaan. Toezichthoudende domotica, waaronder bewegingssensoren en camera's, wordt vaak als een van de oplossingen gezien om veiligheid te verhogen en zorg op maat te leveren. Dergelijke zorgtechnologieën zullen vaker ingezet gaan worden door vergrijzing, complexiteit van zorg en personeelstekorten. Het inzetten van toezichthoudende domotica, toegesneden op de individuele zorgvraag, is echter niet eenvoudig door de complexe, dynamische zorgsetting waarbij veel professionele en informele belanghebbenden betrokken zijn, die elk een eigen perspectief op inzetten van toezichthoudende domotica hebben.

Om belanghebbenden, hun perspectieven en waarden te verkennen en bij te dragen aan breed draagvlak bij het inzetten van toezichthoudende domotica voor mensen met dementie in het verpleeghuis, werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij vijf databases geraadpleegd zijn.

Er werden twaalf groepen belanghebbenden geïdentificeerd waarvan zorgmedewerkers, bewoners en mantelzorgers het meest genoemd werden. In perspectieven van belanghebbenden die nauwer bij bewoners betrokken waren, werden waarden zoals willen helpen, veiligheid, aan afspraken houden en vasthouden aan gewoonten vaker vertegenwoordigd. Waarden zoals zelf kunnen beslissen, zich gehoord en erkend voelen waren belangrijk voor de meeste belanghebbenden.

Hoewel waarden zoals willen helpen, veiligheid en zelf kunnen beslissen vaak genoemd werden, verschilde de betekenis die belanghebbenden aan deze waarden gaven. Veel belanghebbenden benadrukten het belang van zich betrokken te voelen en erkend te worden in hun perspectief en waarden wanneer er toezichthoudende domotica werd ingezet. Bewustwording van de verschillende perspectieven en waarden vraagt bereidheid van belanghebbenden om elkaar te (er)kennen en verschillen te willen overbruggen.

¹ Tranzo, Tilburg, ² Fontys Hogeschool, Eindhoven, ³ Groenhuysen, Roosendaal

002.6.2

Monitor Woonvormen Dementie 2.0: Zorg voor mensen met dementie thuis tot in het verpleeghuis

Pearl van Lonkhuizen¹, Milan van der Kuil¹, Suzanne Berlang¹, Anouk Overbeek¹, Renate Verkaik¹, Henriëtte van der Roest¹

Achtergrond: Steeds meer mensen met dementie blijven thuis wonen. De Monitor Woonvormen Dementie (kort: Monitor) biedt elke twee tot drie jaar een verdiepend beeld in de relatie tussen woonvormen en de benodigde zorg en ondersteuning bij dementie. In de huidige meetronde zijn voor het eerst alle woonvormen voor mensen met dementie onderzocht: van zelfstandig thuis tot in het verpleeghuis. Dit vanuit de verschillende perspectieven van mensen met dementie zelf, mantelzorgers, zorgverleners en vrijwilligers.

Methode: De Monitor is een cross-sectionele mixed-methods studie, waarbij middels vragenlijstonderzoek in drie regio's gegevens zijn verzameld bij 47 mensen met dementie, 206 mantelzorgers, 207 zorgverleners en 90 vrijwilligers over verschillende woonvormen heen (verpleeghuis, thuis, aanleunwoningen, woonzorgcentra en meer). Voor de analyse is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek en multiple regressieanalyse.

Resultaten: Onderzochte thema's zijn: continuïteit en persoonsgerichtheid van zorg, organisatie van zorg, betekenisvolle activiteiten en het welzijn van mantelzorgers. Het aanbieden en uitvoeren van betekenisvolle activiteiten is belangrijk als het gaat om de kwaliteit van leven van mensen met dementie thuis en in het verpleeghuis. Hoe zorgmedewerkers de zorg ervaren hangt af van de woonvorm waarin zij werken: in het verpleeghuis ervaren zij meer continuïteit en in de thuiszorg meer persoonsgerichtheid van zorg. Een positief leerklimaat op de werkvloer speelt in beide woonsettings een belangrijke rol hierbij.

Conclusies: Aan de hand van concrete adviezen biedt de Monitor wetenschappelijk onderbouwde aanknopingspunten voor het optimaliseren van dementiezorg- en onderzoek als het gaat om het inrichten van woningen, organisatie van zorg, betekenisvolle activiteiten en het welzijn van de mantelzorger.

¹ Trimbos-instituut, Utrecht

002.6.3

Navigeren door het verloop van dementie: Het begrijpen van zorgpaden in de jaren voor het overlijden

Gaia Bagnasco¹, Judith Bom¹, Bram Wouterse¹

Met het voortschrijden van dementie worden mensen steeds afhankelijker van zorg, wat leidt tot een overgang van informele en formele zorg thuis naar institutionele zorg. Ondanks de langdurige zorg hervorming van 2015, gericht op het bevorderen van langer thuis wonen op oudere leeftijd, blijven er verschillen bestaan in zorgtrajecten bij dementie. Het is cruciaal om deze trajecten te begrijpen, factoren te analyseren die verschillen voorspellen, en mogelijke ongelijkheden in zorggebruik te identificeren.

We onderzochten administratieve gegevens van 43,862 individuen met dementie boven de 65 die in 2021 overleden. Met een ordered logitmodel schatten we de kans op overgang van geen formele zorg naar formele thuiszorg naar institutionele zorg in de zes jaar voorafgaand aan overlijden. We analyseerden of voorspellers zoals polyfarmacie-status, het hebben van een partner, het type woning en huishoudinkomen invloed hebben op deze zorgtrajecten.

Analyse van de data toont aan dat bij het naderen van het levenseinde het gebruik van formele zorg stijgt, met meer thuiszorg tot twee jaar voor overlijden en institutionele zorg in de laatste twee jaar. Vrouwen, mensen met een hogere leeftijd en personen die meer dan vijf medicijnen gebruiken, hebben een grotere kans op intensievere zorg. Het hebben van een partner, een koopwoning en een hoger inkomen zijn beschermende factoren tegen intensievere zorggebruik.

Door het begrijpen van kenmerken die het zorgtraject van mensen met dementie beïnvloeden, kunnen we tijdige zorgplanning ondersteunen, vooral voor de meest kwetsbare individuen, wat de kwaliteit van leven van zowel mensen met dementie als hun naasten kan verbeteren.

¹ Erasmus School Of Health Policy & Management, Rotterdam

O02.6.4

Woonvoorzieningen en Domotica: Mantelzorgers van mensen met dementie ontlasten en veerkracht vergroten

Gaia Bagnasco¹, Job van Exel¹

De vergrijzing, toenemende complexe zorgvraag en druk op ouderen om langer thuis te wonen vergroten de druk op mantelzorgers, vooral bij mensen met dementie. Het is essentieel om manieren te vinden om de belasting van mantelzorgers te verminderen en de zorgkwaliteit voor mensen met dementie thuis te behouden, bijvoorbeeld door technologische ondersteuning en woonvoorzieningen. Echter, er is weinig bekend over de effectiviteit van dergelijke maatregelen.

We voeren een online-vragenlijstonderzoek uit onder mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie, waarbij we objectieve en subjectieve belasting meten. Objectieve belasting omvat de duur, taken en intensiteit van de mantelzorg. Subjectieve belasting wordt gemeten met gevalideerde instrumenten, inclusief ervaren belasting, kwaliteit van leven, process utility en volhoudtijd. Tenslotte wordt gevraagd naar de woonsituatie, bestaande uit kenmerken van de woning en de woonomgeving, en het gebruik van, de tevredenheid met en de behoefte aan woonvoorzieningen, waaronder domotica. We zullen de relatie tussen objectieve belasting, de woonsituatie en subjectieve belasting onderzoeken met multivariate regressieanalyses.

De dataverzameling loopt in de periode half april tot eind mei en zal beschikbaar zijn bij aanvang van het congres. Resultaten zullen de belasting van mantelzorgers voor thuiswonende mensen met dementie, woonsituatiekenmerken, de relatie tussen belasting en woonsituatie, en subgroepanalyses om kwetsbare mantelzorgsituaties te identificeren, omvatten.

De resultaten benadrukken het belang van de woonsituatie voor mantelzorgers van mensen met dementie. De discussie focust zich op woonvoorzieningen, hun rol in het ondersteunen van mantelzorgers en het bevorderen van langer thuis wonen, kwaliteit van leven en autonomie voor zowel mantelzorgers als mensen met dementie.

¹ Erasmus School Of Health Policy & Management, Rotterdam

O03.6.1

'Wat betekent kwetsbaarheid voor u?' Een kwalitatief onderzoek naar de perspectieven van thuiswonende ouderen rondom het concept kwetsbaarheid

Nanda Kleinenberg-talsma^{1,2,3}, Rianne Golbach^{1,2,3}, Hans Hobbelen^{1,2,3}, Fons Van der Lucht^{1,2,4,5}, Harriët Jager-Wittenaar^{1,2,3,6,7}, Evelyn Finnema^{1,2,3,8}

Achtergrond: Met de vergrijzing van de bevolking neemt ook het aandeel kwetsbare ouderen toe. Als ouderen kwetsbaar worden, is er vaak ondersteuning nodig bij het zelfstandig blijven wonen. Essentieel bij het bieden van de juiste ondersteuning is om de perspectieven, behoeften en voorkeuren van ouderen te kennen. Het doel van deze studie was het inzichtelijk maken van perspectieven van thuiswonende ouderen op kwetsbaarheid, ervaringen met kwetsbaarheid en preventie van kwetsbaarheid.

Methode: Deze fenomenologische kwalitatieve studie is uitgevoerd onder thuiswonende ouderen (≥65 jaar), waarbij face-to-face semigestructureerde interviews zijn afgenomen. Na afloop van de interviews werd de Tilburg Frailty Indicator afgenomen, om de mate van kwetsbaarheid van de deelnemers vast te stellen.

Resultaten: Zesendertig ouderen (77.8±7.1 jaar) namen deel aan de studie, waaronder 15 kwetsbare ouderen. In drie studies zijn de bevindingen van deze kwalitatieve studie beschreven. De volgende hoofdthema's zijn geïdentificeerd: conceptuïsering van kwetsbaarheid, kwetsbaarheidservaringen en coping en preventie van kwetsbaarheid en voorbereiden op later.

Conclusie: Ouderen beschrijven kwetsbaarheid als een multidimensionaal concept, waarin zij naast de gebruikelijke fysieke, sociale en psychische kwetsbaarheid ook financiële, digitale en cognitieve kwetsbaarheid onderscheiden. Ook worden concepten als autonomie en veerkracht benadrukt. Verder relateren ouderen kwetsbaarheidservaringen aan persoonlijke ervaringen, gebeurtenissen of interne factoren. Daarnaast geven ouderen aan dat kwetsbaarheid te voorkomen is door preventief te handelen en voor te bereiden op veranderingen in het latere leven. Daarbij uiten ze de wens om eigen regie te behouden en onafhankelijk te blijven.

¹ Hanzehogeschool, Groningen, ² FAITH research, Groningen/Leeuwarden, ³ Universitair Medisch Centrum, Groningen, ⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, ⁵ Aletta Jacobs School of Public Health, Groningen, ⁶ Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen, ⁷ Vrije Universiteit, Brussel, België, ⁸ NHL Stenden, Leeuwarden

O03.6.2

Zelfredzaamheid en mentale gezondheid bij ouderen: toepassing van een nieuwe methode om de kip van het ei te kunnen onderscheiden

Almar Kok¹, Karolin Schwellnus¹, Erik Giltay²

Achtergrond: Zelfredzaamheid van ouderen is een belangrijk doel voor beleidsmakers, gezondheidsinstellingen en veel ouderen zelf. Maar zelfredzaamheid heeft een complexe relatie met gezondheid: het kan zowel een oorzaak als een gevolg zijn. Nieuwe analysemethoden zijn nodig om de temporele volgorde tussen sterk geassocieerde variabelen zoals zelfredzaamheid en psychische klachten te onderscheiden, zodat duidelijker wordt waarop preventie of interventie het zinvolst is.

Methode: We analyseerden gegevens van n=1968 ouderen (gemiddeld 64 jaar op baseline, 54% vrouw) die 4-10 meetrondes deelnamen aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Zelfredzaamheid werd gemeten met ervaren regie, zelfvertrouwen en persoonlijke effectiviteit. Mentale gezondheid werd gemeten door angstklachten en depressieve klachten. Met 'Dynamic Time Warping' kwantificeerden we in hoeverre veranderingen in elke variabele voorafgingen aan veranderingen in andere. We deden dit voor deelnemers die op ≥ 1 tijdpunt significante psychische klachten hadden (n=844) en deelnemers zonder zulke klachten (n=1124).

Resultaten: Bij ouderen zonder psychische klachten gaan veranderingen in zelfredzaamheid vooraf aan veranderingen in klachten. Dit patroon is andersom bij ouderen mét significante klachten. Uitzonderingen zijn zelfvertrouwen en klachten over sociale interactie, die sterk volgen op veranderingen in andere factoren.

Conclusies: Onze nieuwe methode is kan de temporele volgorde van verschillende variabelen onderscheiden en daarmee helpen om 'kippen en eieren' van elkaar te onderscheiden. Voor preventie van psychische klachten lijkt het direct inzetten op zelfredzaamheid – behalve zelfvertrouwen – zinvol. Voor ouderen die eenmaal psychische klachten ontwikkeld hebben lijkt dit juist geen goede strategie. De methode lijkt ook veelbelovend voor het analyseren van andere aspecten van functioneren.

¹ Amsterdam UMC, Amsterdam, ² Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden

003.6.3

Een mixed-methods onderzoek naar langdurige toegankelijkheid en bescherming van veerkrachtbronnen onder ouderen na herstel van depressie en tijdens de Coronapandemie

Silvia Klokgieters¹, Michael Ungar², Brenda W.J.H. Penninx^{1,3}, Lieneke Glas¹, Didi Rhebergen⁴, Almar Kok¹

Achtergrond: Hoewel de kennis over de interne en externe hulpbronnen die bijdragen aan veerkracht toeneemt, is de langdurige toegankelijkheid en bescherming van deze hulpbronnen bij verschillende stressoren onbekend. We onderzochten of en hoe de veerkrachtbronnen van ouderen die eerder herstelden van depressie beschermend bleven tijdens de Coronapandemie.

Methode: We gebruikten een sequentieel verklarend mixed-methods design. Kwantitatieve gegevens werden afgeleid van twee psychiatrische case-control cohorten en omvatten twaalf herhaalde metingen tijdens de COVID-19-pandemie (n = 465, leeftijd ≥ 60). Kwalitatieve gegevens omvatten twee opeenvolgende interviews gehouden in 2020 (n = 25) en 2021 (n = 19). We gebruikten thematische analyse om de beschermende hulpbronnen na depressie en tijdens de Coronapandemie te bepalen en lineair mixed models om het effect van deze hulpbronnen op veranderingen in depressieve symptomen tijdens de COVID-19-pandemie te onderzoeken.

Resultaten: Hoewel hulpbronnen zoals 'eigenaarschap nemen', 'gedachteprocessen beheersen' en 'Leren van depressie' toegankelijk en beschermend bleven tijdens de pandemie, deden 'Sociale steun en sociale activiteiten' en 'activiteiten ondernemen' dat niet. 'Onderhandelen met lockdownmaatregelen', 'veranderende sociale contacten' en 'veranderende activiteiten' waren compenserende strategieën. Kwantitatieve gegevens bevestigden de beschermende werking van sociale contacten, sociale cohesie, gevoel van beheersing, lichamelijke activiteit, actief blijven en vermaakt worden en het vermijden van de media.

Conclusies: Veel van de hulpbronnen die eerder hielpen bij het herstel van depressie, hielpen ook bij het behouden van een goede geestelijke gezondheid tijdens de Coronapandemie. Als toegankelijkheid en bescherming afnamen, werden compenserende strategieën of nieuwe hulpbronnen gebruikt. De duurzaamheid van veerkracht wordt dus mogelijk gemaakt door aanpassings- en compensatieprocessen.

¹ Psychiatrie, Amsterdam Umc, Amsterdam, ² Resilience Research Centre, Dalhousie, Canada,

³ Amsterdam Public Health, Amsterdam, ⁴ Geestelijke Gezondheidsinstituut GGZ Centraal, Amersfoort

O03.6.4

Veroudering en achteruitgang in fysieke, cognitieve, emotionele en sociale functies – wat komt eerst? Een verkenning vanuit een complexiteitsperspectief

Gabriela Lunansky¹, Erik Giltay², Marjolein Visser³, Almar Kok¹, Martijn Huisman¹

Achtergrond: Veroudering is een complex proces waarbij veranderingen in één domein van functioneren vaak leiden tot veranderingen in andere domeinen, wat kan resulteren in een kettingreactie van functionele achteruitgang. Het ontwikkelen van artrose kan bijvoorbeeld leiden tot een verminderd fysiek functioneren, wat het deelnemen aan sociale activiteiten kan beperken en uiteindelijk kan leiden tot eenzaamheid. In plaats van zulke aspecten van functioneren los te onderzoeken, kan veroudering beter gezien worden als een complex, dynamisch systeem. We onderzochten de toepassing van een innovatieve analysemethode om met individuele tijdseriereeksen te bestuderen in hoeverre veranderingen binnen één domein van functioneren volgen op veranderingen in andere domeinen, of juist andersom.

Methode: We analyseerden gegevens van 10 meetrondes van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) (n=1332) over 30 jaar en gebruikten 10-15 indicatoren van fysieke, cognitieve, emotionele, sociale functies en leefstijlfactoren. Met behulp van Dynamic Time Warping (DTW) kwantificeerden we de temporele volgorde tussen individuele tijdreeksen. Vervolgens visualiseerden we deze temporele relaties met een netwerkgrafiek, waarbij indicatoren gerangschikt werden op basis van hun neiging om veranderingen vooraf te gaan of te volgen.

Resultaten: Eerste verkenningen laten zien dat de temporele volgorde van veranderingen in tijdseriereeksen goed worden opgepikt door DTW. Op het congres zullen we de netwerkgrafiek tonen die patronen in leeftijdsgebonden functionele achteruitgang visualiseert.

Conclusies: Onze studie benadrukt het belang van een complexiteitsperspectief in verouderingsonderzoek. We tonen aan dat deze benadering veelbelovend is voor het begrijpen van leeftijdsgebonden functionele achteruitgang en voor verder onderzoek naar gerichte preventie- en interventiestrategieën voor gezond ouder worden.

¹ Amsterdam UMC, Amsterdam, ² Leiden UMC, Leiden, ³ Vrije Universiteit, Amsterdam

O03.6.5

Haalbaarheid van knijpkrachtmetingen met Eforto® bij opgenomen geriatriepatiënten

Myrthe Swart¹, Ligaya Smetsers, Ivan Bautmans, Hugo da Silva, Merle Geerds, Rudi Tielemans, René Melis, Geeske Peeters

Achtergrond: Om herstel van ouderen tijdens en na een ziekenhuisopname zo goed mogelijk te laten verlopen is monitoring van het hersteltraject nodig. Eforto® is een systeem dat handknijpkracht (maximale knijpkracht en grip work) meet als maat van herstel. Wij hebben de haalbaarheid van Eforto® metingen onderzocht bij opgenomen geriatriepatiënten, zowel tijdens als na hun opname.

Methode: Geriatriepatiënten (n=191) hebben tijdens ziekenhuisopname dagelijks begeleide Eforto®-metingen uitgevoerd. Per deelnemer berekenden we het percentage uitgevoerde en succesvolle metingen. Redenen voor niet-uitgevoerde of niet-succesvolle metingen werden gecategoriseerd. We hebben patiëntkarakteristieken vergeleken tussen groepen met complete, hoge, middelmatige en lage uitvoerings-/successcores. Negen deelnemers zijn geïnterviewd over het gebruik van Eforto® gedurende ziekenhuisopname. Vier van de twintig gevraagde deelnemers hebben de Eforto® metingen voortgezet na ontslag en zijn vervolgens geïnterviewd.

Resultaten: Van alle geplande metingen was 85% uitgevoerd en 74% succesvol. Metingen waren niet uitgevoerd voornamelijk omdat de patiënt zich te ziek voelde (41%) of omdat de patiënt op andere wijze bezig was (40%). Van alle niet-succesvolle metingen kwam het grootste deel door onvoldoende kracht voor de grip work meting (60%). Deelnemers met hoge uitvoerings-/successcores hadden een kortere opnameduur ($p < 0.05$) en lagere sterfte ($p < 0.05$) dan deelnemers met lage uitvoerings-/successcores. Uit de interviews bleek dat de begeleide metingen gedurende opname gebruiksvriendelijk waren. Zelf-monitoring na ontslag gaf lage inclusiescores (20%) en uitvoeringsscores (25%), vooral vanwege de onzekere periode na ontslag uit het ziekenhuis.

Conclusies: De metingen met Eforto® waren goed haalbaar voor geriatriepatiënten in de begeleide ziekenhuissetting, maar zonder goede begeleiding nog niet als zelftest na ontslag.

¹ RadboudUMC, Nijmegen

Posters

P01

Een vergelijkende studie van een innovatief E-health-systeem en de analoge Martin Vigorimeter voor het meten van biomarkers van vitaliteitscapaciteit bij zelfstandig thuiswonende ouderen

Liza de Dobbeleer¹, Geeske Peeters, Rudi Tielemans, Hugo da Silva, Siddhartha Lieten, Miriam Vollenbroek-Hutten, René Melis, Ivan Bautmans

Achtergrond: We vergeleken de prestaties van Eforto[®], een innovatief e-health-systeem ontworpen voor monitoring van intrinsieke capaciteit, met het analoge systeem Martin Vigorimeter (MV).

Method: 61 thuiswonende ouderen (85.6±3.2 jaar) ondergingen metingen van maximale handknijpkracht (GSmax) en spiervermoeidheid (SV) met zowel MV als Eforto[®]. Na elke test werd gevraagd naar de pijnvaring, -intensiteit, en of de pijn hun heeft belemmerd om de contractie vol te houden. De Borg-schaal (RPE) werd gebruikt om het inspanningsniveau te bepalen.

Resultaten: Er werden geen statistisch significante verschillen waargenomen in GSmax en SV tussen MV en Eforto[®] (alle $p > 0.05$). Er werden sterke correlaties geïdentificeerd tussen GSmax ($r=0.95$), spiervermoeibaarheid (FR) ($r=0.81$) en spierarbeid ($r=0.73$) (alle $p < 0.001$). Er was geen significant ($p=1.00$) verschil tussen beide systemen in het aantal keren dat deelnemers "ja" antwoordden op de vraag "Heb je pijn gevoeld tijdens de FR-test?". Er was geen significant ($p=1.00$) verschil tussen beide systemen in het aantal keren dat deelnemers "ja" antwoordden op de vraag "Belette de pijn je om zo lang mogelijk te knijpen?". Over het algemeen werd geen significant verschil gevonden in de pijnintensiteit tussen beide systemen voor alle deelnemers ((0.05/10, 95% CI[-0.51-0.62]) $p=0.849$) en voor deelnemers die pijn voelden tijdens de FR-test ((0.25/10, 95% CI[-2.73-3.23]) $p=0.857$). De deelnemers bereikten vergelijkbare inspanningsniveaus bij het uitvoeren van de FR-test met MV vergeleken met Eforto[®] (5.2/10 en 5.3/10, $p=0.594$).

Conclusies: Er waren geen significante verschillen in GSmax, SV, pijn of inspanningsniveau tussen beide systemen. Eforto[®] is vergelijkbaar met het standaard MV-systeem wat betreft nauwkeurigheid en comfort voor de gebruikers.

¹ Vrije Universiteit Brussel, België

P02

Inclusief onderzoek met ouderen: potentie en uitdagingen voor een inclusieve toekomst

Miriam Verhage^{1,2}, Jolanda Lindenberg^{1,2}, Jet Bussemaker^{2,3}, Tineke Abma^{1,2}

Deze (poster) presentatie richt zich op de potentie en uitdagingen van inclusief onderzoek met ouderen met minder goede basisvaardigheden. Deze enorm diverse groep wordt nog altijd vaak over het hoofd gezien in regulier onderzoek en beleid vanwege ontoereikende methoden en benaderingen die niet aansluiten bij hun behoeften. Tijdens diverse praktijkgerichte onderzoeksprojecten hebben we informatie verzameld over inclusief onderzoek en de randvoorwaarden ervan. Een van deze projecten wordt beschreven in ons recent gepubliceerde artikel "The promises of inclusive research methodologies: relational design and praxis", dat tijdens deze (poster) presentatie zal worden toegelicht. Onze bevindingen laten zien dat inclusief onderzoek, door het leggen van de nadruk op betekenisvolle relaties tussen onderzoekers en deelnemers, een veilige omgeving creëert waarin deelnemers actief bijdragen aan de kennisontwikkeling. Flexibele benaderingen, co-creatie en het minimaliseren van geschreven taal versterken dit effect, wat resulteert in meer valide onderzoeksresultaten. Echter, inclusief onderzoek vereist ook van onderzoekers dat zij navigeren door ethische dilemma's, tijd investeren in het opbouwen van relaties, en hun aanpak aanpassen op basis van de behoeften van deelnemers. Dit betekent ook dat zij soms moeten afwijken van traditionele onderzoeksprocessen. Het gebruik van inclusieve methoden kent dus veel voordelen, zeker als het gaat om het garanderen van een inclusieve toekomst, maar brengt ook de nodige implicaties met zich mee. Gedurende de (poster) presentatie zullen we deze bespreken en met elkaar in gesprek gaan over de rol van inclusief onderzoek in het werk van gerontologen en andere geïnteresseerden.

¹ Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden, ² Leiden Universitair Medisch Centrum, Leiden,

³ Universiteit Leiden, Leiden

P03

Genuanceerde beeldvorming over leven met dementie; resultaten van een citizen science project

Franka Bakker¹, Anjo Geluk², Charles van der Spek³, Anouk Jansen¹, Gabriëlle ten Velde⁴, Hilco Prins¹, Simone de Bruin¹, VRbeelding consortium

Achtergrond: Veel mensen zijn bang om dementie te krijgen en hebben negatieve associaties met dementie. Dat beïnvloedt de omgang met personen met dementie. Via citizen science onderzochten we welke (angst)beelden mensen over dementie hebben, welke tegenbeelden ervaringsdeskundigen daar tegenover zetten, en via welke (VR-)middelen beeldvorming meer genuanceerd kan worden.

Methode: We volgden de vier fases van het Double Diamond model (juni 2022-mei 2024). Via een photovoice publieksactie (N>220) en 3 Structured Interview Matrix bijeenkomsten (N=48) werden beelden over leven met dementie onder burgers verkend. De uitkomsten werden voorgelegd aan mensen met dementie, mantelzorgers en professionals in de dementiezorg ter aanvulling en prioritering. Een ontwikkelgroep schreef vervolgens een script voor een VR-film en training voor mantelzorgers en professionals. Het prototype VR-interventie werd geëvalueerd onder 6 mantelzorgers, 5 zorgstudenten en 4 zorgprofessionals m.b.v. foto-eliciterende interviews.

Resultaten: Beelden over dementie omvatten: levensplezier, waardigheid en respect, iets kunnen betekenen, verbinding met anderen, verbinding met jezelf, regie voeren en dagelijks functioneren. De VR-interventie bevat situaties in relatie tot levensplezier en eigen regie. Deelnemers aan de pilot werden zich meer bewust van het effect van hun eigen handelen op het levensplezier en de eigen regie van mensen met dementie.

Conclusies: (Angst)beelden over dementie zijn heel divers, en hangen onderling samen. Beeldvorming lijkt vooral gebaseerd op de gevorderde fase van dementie. Mensen in de omgeving van personen met dementie hebben echter mede invloed op welke beelden uitkomen, met name in eerdere fases van het ziekteproces. Een VR-interventie kan bijdragen aan bewustwording en explicitering van beelden en handelingsopties.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle, ² Denktank 60+ Noord / Raad van Ouderen, Steenwijk, ³ Stichting Pelita, Diemen, ⁴ Fontys Hogescholen, Eindhoven

P04

Bewegen bij depressie helpt!

Sander Olieman¹, H.E.A. Dado-van Beek², C.E.M. Benraad¹

Achtergrond: Met de toenemende vergrijzing neemt het aantal kwetsbare ouderen met depressie toe. Literatuuronderzoek bij volwassenen toont dat beweging bij depressieve klachten een effectieve interventie is. Deze systematische review richt zich op beweging als therapie bij ouderen met een unipolaire depressie.

Methoden: Er werd een systematisch literatuuronderzoek verricht naar het effect van beweging, als additie naast medicamenteuze therapie of als primaire behandeling voor depressie bij ouderen. Pubmed, Cochrane library en Psychinfo databases werden doorzocht. Uitkomst was vermindering van ernst van depressie, gemeten met HDRS, GDS, of MADRAS. Inclusiecriteria: RCT's onder oudere volwassenen van >65 jaar met een unipolaire depressie. Artikelen uit de laatste 10 jaar werden geïnccludeerd. Exclusiecriteria: behandeling middels ECT, ernstige somatische of psychische co-morbiditeit (waaronder cardiorespiratoir falen en dementie)

Resultaten: 6 RCT's en 5 Systematic reviews (totaal 84 RCT's) werden geanalyseerd met een totaal van 3901 patiënten. Overall was er sprake van een positief effect van beweging op ernst van depressieve klachten bij ouderen. De kwaliteit van de studies varieerde tussen de verschillende studies en systematische reviews.

Conclusies: Beweging als therapeutische interventie bij ouderen met depressie en met name conditietraining, heeft een positief effect op depressieve klachten en kent minder bijwerkingen dan antidepressiva. Bewegingstherapie moet een prominente plaats krijgen in de behandeling van depressie bij ouderen door de hoge compliance, lage kosten en goede verdraagzaamheid van beweging. Bovendien verbetert het mobiliteit en algehele functioneren en past het binnen de huidige ontwikkeling van de leefstijlpsychiatrie.

¹ Radboudumc, Nijmegen, ² Vincent van Gogh Instituut, Venray

P05

De rol van natuur bij goed leven met dementie thuis

Geraldine Visser¹, Femke van der Vlist¹, Simone de Bruin¹

Achtergrond: Onderzoek toont aan dat natuur een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Er is echter vooral onderzoek gedaan in de context van dagbesteding en verpleeghuiszorg (bijv. tuinen bij verpleeghuizen, zorgboerderijen). Het doel van ons onderzoek is om na te gaan hoe natuur meer geïntegreerd kan worden in de ondersteuning van thuiswonende mensen met dementie en welke rol sociaal werkers hierbij kunnen vervullen.

Methode: In een participatief actieonderzoek in Harderwijk onderzoeken we met wandelinterviews en een creatieve werkvorm gebaseerd op de Wensboom Natuuractiviteiten de betekenis van natuur voor thuiswonende mensen met dementie. Verder verkennen we met sociaal werkers en casemanagers dementie wat de kansen en uitdagingen zijn bij het integreren van natuur in het dagelijks leven van mensen met dementie.

Resultaten: Uit de eerste resultaten blijkt dat natuur voor mensen met dementie rust, stilte en afleiding van prikkels betekent. Zij komen echter maar weinig in de natuur. Naasten stimuleren hen om binnen te blijven uit angst dat ze de weg kwijtraken of vallen. Mensen met dementie ervaren onzekerheid om naar buiten te gaan. Sociaal werkers geven aan natuur belangrijk te vinden, maar zelf niet over de vaardigheden te beschikken om natuurinterventies aan te bieden of ernaar te verwijzen.

Conclusies: Dit onderzoek laat zien dat er diverse aanknopingspunten zijn, zowel bij naasten als bij sociaal werkers, voor het verbeteren van de toegang tot natuur voor mensen met dementie. In een vervolgstap in dit onderzoek gaan we aan de slag om hiervoor een dienst/product te ontwerpen.

¹ Hogeschool Windesheim, Zwolle

P06

Multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een Specialist ouderengeneeskunde (MESO) voor kwetsbare ouderen met hoogcomplexere problematiek

Petra Nas¹, Marlies Blom²

Achtergrond: Op verwijzing van de huisarts biedt het MESO-team gedurende gemiddeld zes maanden specialistische medische en verpleegkundige diagnostiek en multidisciplinaire behandeling bij kwetsbare ouderen thuis met hoogcomplexere problematiek. MESO is in 2011 in Velp ontwikkeld, tot grote tevredenheid van patiënten en huisartsen. In dit onderzoek werd bekeken of MESO ook elders dezelfde resultaten brengt: bij ouderen met andere sociaaleconomische achtergronden, in andere regio's, onder andere omstandigheden. Dit draagt bij aan urgentie op borging (o.a. structurele bekostiging) van deze zorgverlening.

Methode: In Tiel, Zoetermeer en Rotterdam werden MESO-praktijken opgezet en data verzameld (2020-2022). Vragenlijsten op gebied van tevredenheid, kwaliteit van leven, kosten en kwaliteit van zorg werden afgenomen bij huisartsen, mantelzorgers, patiënten en MESO-teams. Deze vragenlijsten zijn gebaseerd op eerder onderzoek in Velp en afgeleid van de Intermed/GFI/welbevindenvragenlijst. Onderzoeksbureau Significant deed actieonderzoek (observaties, interviews), analyse van verzamelde data en duidde de resultaten.

Resultaten: Van totaal 202 verwezen ouderen werden 171 (gemiddeld 83,5jr) geïncludeerd. Net als in Velp zijn ouderen in deze drie regio's (zeer) tevreden over MESO (75-90% van ouderen) en werd toename (van 45%) gezien van ouderen die voldoende zorg ontvangen. De kwaliteit van leven verbeterde: welbevinden nam toe met 19% en somberheid nam af met 29%. Inzicht en overzicht van ouderen nam toe met 16%. Daarnaast wil 90% van de huisartsen dat MESO blijft: zij krijgen nieuwe inzichten (76%) en ervaren minder werkbelasting (57%).

Conclusie: MESO leidt tot hoge tevredenheid en toename van kwaliteit van leven in verschillende regio's, ongeacht bv. de sociaaleconomische status of mate van culturele diversiteit.

¹ Stichting Meso, Velp, ² Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, Velp

P07

De PET@home Toolkit: De uitkomsten van een procesevaluatie studie

Peter Reniers¹, Karin Hediger², Ine Declercq⁴, Marie-José Enders-Slegers¹, Debby Gerritsen³, Roeslan Leontjevas¹

Achtergrond: Huisdierbezit komt regelmatig voor in de langdurige thuiszorg, en huisdieren spelen vaak een belangrijke rol in het leven en steunsysteem van thuiszorgcliënten. Daarom is het belangrijk dat thuiszorginstellingen hun cliënten hierin ondersteunen. De PET@home Toolkit is voor dit doel ontwikkeld en helpt om bewustwording te bevorderen bij zorgverleners over de positieve aspecten en uitdagingen rond huisdierenbezit, en om communicatie hierover met cliënten te stimuleren en faciliteren. In deze studie is feedback verzameld van zorgverleners, thuiszorgcliënten en mantelzorgers die de toolkit hebben gebruikt om de materialen te evalueren.

Methode: Zorgverleners, thuiszorgcliënten met huisdieren en hun mantelzorgers werden uitgenodigd voor semigestructureerde interviews. De interviewtopics waren gebaseerd op een procesevaluatieframework voor de langdurige zorg en richtte zich op tevredenheid, relevantie, uitvoerbaarheid en implementatiekenmerken van de toolkitmaterialen. Twee onderzoekers analyseerden onafhankelijk van elkaar interviewtranscripten met behulp van ATLAS.ti. Er werd steeds naar consensus gezocht over thema's gerelateerd aan de interviewtopics.

Resultaten: Zorgverleners (N=6), thuiszorgcliënten (N=2) en mantelzorgers (N=2), namen deel aan de interviews waarbij rekening werd gehouden met dataverzadiging. De volgende thema's werden geïdentificeerd: tevredenheid (algemene indruk, verbetervoorstellen), relevantie (bewustwording, duidelijkheid, huisdieren in de praktijk, zorgkwaliteit), uitvoerbaarheid (bekwaamheid, hoeveelheid, praktische toepassing), implementatie (digitalisatie, verantwoordelijkheid, zorgintegratie).

Conclusies: Deelnemers waren positief over de toolkit en de bijbehorende materialen. Verschillende suggesties werden gedaan om de materialen beter af te stemmen op de thuiszorgpraktijk. De positieve aspecten en uitdagingen die zorgverleners, thuiszorgcliënten en hun familie ondervonden in relatie tot huisdieren, onderstrepen de noodzaak voor thuiszorgorganisaties om aandacht te besteden aan huisdieren met behulp van de PET@home Toolkit.

¹ Open Universiteit, Heerlen, ² Universiteit Bazel, Bazel, Zwitserland, ³ Radboudumc, Nijmegen, ⁴ Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

P08

Verwachten om te Verhuizen naar een Verpleeghuis: Longitudinale Associaties met Gezondheid en Welzijn

Emmie Verspeek¹, Yvonne Brehmer^{1,2}, Joran Jongerling¹, Alexandra Hering^{1,3}, Manon van Scheppingen¹

Achtergrond: Psychosociale modellen van succesvol ouder worden benadrukken het belang van voorbereidingen op leeftijd-gerelateerde uitdagingen, zoals verhuizingen naar een verpleeghuis. Ouderen kunnen zich voorbereiden door een verwachting te ontwikkelen dat deze gebeurtenis in de toekomst mogelijk plaats gaat vinden. Daaropvolgend, kan deze verwachting potentiële negatieve gevolgen van een verhuizing naar het verpleeghuis minimaliseren. Wij onderzochten (a) in welke mate slechtere en achteruitgang in gezondheid (i.e., functionele beperkingen en zelf-beoordeelde gezondheid) en welzijn (i.e., levenstevredenheid) vóór de verhuizing geassocieerd waren met hogere en toenemende verwachtingen om te verhuizen, en (b) in welke mate hogere verwachtingen om te verhuizen waren geassocieerd met positievere veranderingen in gezondheid en welzijn na de verhuizing.

Methode: Middels data van een Amerikaanse longitudinale panelstudie (Health and Retirement Study; 2006-2018), selecteerden we ouderen (65 jaar en ouder) wie verhuisden naar een verpleeghuis. Met bivariate latente groei modellen onderzochten we de associaties tussen verwachtingen, gezondheid en welzijn van zeven jaar voor (n = 1048) tot vijf jaar na de verhuizing (n = 307).

Resultaten: Zoals verwacht, waren meer functionele beperkingen en een slechtere zelf-beoordeelde gezondheid gerelateerd aan hogere verwachtingen om te verhuizen. Opvallend genoeg waren veranderingen in gezondheid en welzijn vóór de verhuizing niet geassocieerd met veranderingen in de verwachting om te verhuizen, noch waren verwachtingen om te verhuizen gerelateerd aan veranderingen in gezondheid en welzijn na de verhuizing.

Conclusies: Meer onderzoek is vereist om beter te begrijpen of, waarom en hoe ouderen zich voorbereiden op een verhuizing naar een verpleeghuis, evenals hoe zulke voorbereidingen succesvol ouder worden kunnen faciliteren.

¹ Tilburg University, Tilburg, ² Karolinska Institutet, Stockholm, Zweden, ³ Faculty for Psychology and Educational Sciences, University of Geneva, Genève, Zwitserland

P09

The organizational and sectoral determinants of older workers' healthy pathways to retirement: a scoping review

Anushiya Vanajan¹, Mariska van der Horst¹, Martijn Huisman²

Background: Increasing retirement ages are requiring older workers to work up to higher ages. An increasing number of workers can no longer follow a healthy pathway to retirement (HPTR). HPTR is defined as a worker's ability to reach their planned retirement ages while maintaining physical and mental health and work performance (regardless of their starting health). HPTR not only facilitates longer working lives, but it also benefits post-retirement life. HPTR is reflected in concepts such as work ability and work functioning, on which there is ample literature. Much of this literature, including review studies, focus on the individual determinants of older workers' work ability and work functioning. However, studies that explore the influence of the organization and the sector on older workers' work ability and work functioning are yet to be reviewed. The purpose of this scoping review is to identify what organizational- and sectoral-level determinants influence the work ability and work functioning of older workers.

Method: A systematic search is being conducted according to JBI guidelines to identify relevant literature across four databases. Eligible papers are being identified based on inclusion/exclusion criteria.

Results: Results will focus on known and proven determinants of work ability and work functioning, as indicators of HPTR, with an emphasis on organizational- and sectoral-level determinants.

Conclusions: This study will highlight how organizational- and sectoral-level factors, in addition to individual-level factors, improve our understanding of the drivers of HPTR among older workers. We will also pinpoint determinants that may be potential entry-points for improving HPTR.

¹ Vrije University, Amsterdam, ² Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam

P10

Analyse en interpretatie van handknijpkrachtmaten in associaties met kwetsbaarheid en dagelijks functioneren in patiënten opgenomen op de geriatrie

Geeske Peeters¹, Myrthe Swart¹, René Melis¹

Achtergrond: Van handknijpkracht afgeleide maten, zoals maximale handknijpkracht (grip strength, GSmax), spiervermoeidheid (fatigue resistance, FR) en geleverde spierarbeid (grip work, GW), zijn mogelijk goede indicatoren van herstel tijdens opname van geriatrische patiënten. Meer duidelijkheid hoe we deze maten het beste kunnen analyseren en interpreteren is wenselijk. We onderzochten associaties met kwetsbaarheid en dagelijks functioneren.

Methode: 197 patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie van het Radboudumc hebben deelgenomen aan de FORTO 2.0 studie, waarin tweemaal daags handknijpkracht en spiervermoeidheid zijn gemeten met Eforto[®]. GSmax, FR en GW zijn berekend als baseline waarde, gemiddelde over de eerste twee metingen en als variantie over alle uitgevoerde metingen. Associaties tussen elk van deze maten en kwetsbaarheid (frailty index, 0-1) en dagelijks functioneren (TOPICS-SF subschaal dagelijks functioneren, 10-40, hoger=slechter) bij opname zijn onderzocht met lineaire regressie gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Resultaten: Zowel baseline als gemiddelde GSmax waren geassocieerd met kwetsbaarheid ($\beta=-0.012$, CI=-0.022, -0.002) en dagelijks functioneren ($\beta=-0.37$, CI=-0.57, -0.17) in de totale steekproef. Baseline FR was geassocieerd met kwetsbaarheid ($\beta=-0.031$, CI=-0.061, -0.002) en dagelijks functioneren ($\beta=-0.75$, CI=-1.35, -0.14), maar alleen na exclusie van outliers. Baseline en gemiddelde GW waren geassocieerd met kwetsbaarheid, maar alleen in vrouwen ($\beta=-0.040$, CI=-0.077, -0.003). Variantiematen zijn niet geassocieerd met kwetsbaarheid en dagelijks functioneren.

Conclusies: Handknijpkracht en spierarbeid, en in mindere mate spiervermoeidheid, vertoonden samenhang met zowel kwetsbaarheid als dagelijks functioneren. Dit sluit aan bij de opvatting dat spierzwakte onderdeel is van het construct 'kwetsbaarheid'. Samenhang met maten van herstel moet nog worden onderzocht.

¹ Radboudumc, Nijmegen

P11

Veerkracht en verlies: complexiteit omarmen en veerkracht versterken

Chloe Beeris¹, Alistair Niemeijer¹, Anja Machielse¹

Achtergrond: Oudere mensen worden vaak geconfronteerd met ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van dierbaren, die hun dagelijks leven en sociale interacties diepgaand beïnvloeden. Veerkracht – hoe iemand de veranderingen en uitdagingen in het leven navigeert om een escalatie van problemen te voorkomen – wordt daarom steeds relevanter. Hoewel het begrijpen van de veerkracht van ouderen essentieel is om negatieve uitkomsten te voorkomen, is de complexiteit van verlies gerelateerde gebeurtenissen en dagelijkse veerkracht in het latere leven onderbelicht. Ons onderzoek heeft tot doel inzicht te bieden in de veerkracht van ouderen tijdens verliesgerelateerde levensgebeurtenissen.

Methoden: Momenteel in het tweede jaar, maakt dit driejarige onderzoeksproject gebruik van Interpretatieve Fenomenologische Analyse (IPA) en participatieve onderzoeksmethoden om veerkracht in relatie tot verliesgerelateerde levensgebeurtenissen te onderzoeken. Deze gebeurtenissen omvatten partner- of kinderverlies, ziek worden en mantelzorger worden.

Resultaten: Deze presentatie verkent de complexe dynamiek van veerkracht en verlies. We bieden inzichten van een mannelijke deelnemer, gericht op zijn ervaringen van verlies en veerkracht, verstrekt door Interpretatieve Fenomenologische Analyse (IPA). Daarnaast delen we ook bevindingen uit onze participatieve onderzoeksprojecten.

Conclusies: Een simplistische opvatting erkent niet het relationele, dagelijkse gebruik van middelen voor positieve uitkomsten, wat leidt tot beleid en interventies die cruciale interventiemomenten missen. Onze methodologische aanpak en bevindingen bieden genuanceerd inzicht in veerkracht, waarbij de verschillende niveaus en complexiteiten worden erkend. Ze verschaffen kennis om interventies te verbeteren voor tijdige, adequate ondersteuning om schade te verminderen en escalatie van problemen te voorkomen.

¹ Universiteit Voor Humanistiek, Utrecht

P12

Respijtzorg: ervaringen, wensen en behoeften van de logees in logeervoorziening Noorderbrink

Maria Graas, Leyden Academy, Leiden

Introductie en probleemstelling: In februari 2024 startte verpleeghuis Noorderbrink in Alphen aan den Rijn een pilot voor respijtzorg, waarbij vier bedden beschikbaar zijn voor naasten van mantelzorgers om tijdelijk te logeren. Dit biedt mantelzorgers de mogelijkheid om even op adem te komen. Door de toenemende vraag naar respijtzorg, vooral door het stijgende aantal mensen met dementie, is het belangrijk om de ervaringen van logerende naasten te onderzoeken. Dit onderzoek richt zich op het identificeren van zowel de positieve als negatieve aspecten van de geboden zorg om de kwaliteit te verbeteren en de levenskwaliteit van mantelzorgers en hun naasten te verhogen.

Methodiek: Een kwalitatieve benadering werd gebruikt, met zeven semi-gestructureerde interviews en één observatie. De kwaliteit van de respijtzorg werd geanalyseerd aan de hand van het conceptuele model van Evans (2013).

Resultaten: De resultaten tonen dat logees over het algemeen positieve ervaringen hebben met de zorg en faciliteiten bij Noorderbrink. Er zijn echter knelpunten, zoals een gebrek aan informatie voorafgaand aan het verblijf en variërende persoonlijke aandacht van zorgverleners tijdens het logeren. Deze problemen lijken te worden beïnvloed door de rollen van logee, mantelzorger en zorgverlener, wat een belemmering vormt voor persoonsgerichte zorg.

Conclusie: Hoewel de respijtzorg bij Noorderbrink veelbelovend is en de faciliteiten goed worden ervaren, zijn er verbeteringen nodig in communicatie en samenwerking tussen logees, mantelzorgers en zorgverleners. Het wordt aanbevolen om persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming (shared decision making) te implementeren om beter tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van alle betrokkenen.

Dit abstract is tot stand gekomen door mijn afstudeeronderzoek van mijn bachelor gezondheidswetenschappen aan de Erasmus universiteit uitgevoerd door middel van een stage bij Leyden academy – Maria Graas.

P13

De associatie tussen intrinsieke capaciteit en sociaal functioneren bij ouderen: bevindingen uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam

Kyra Hirias Rijanto¹, Laura Schaap¹, Yuwei Qi², Natasja van Schoor²

Achtergrond: Het model van gezond ouder worden van de World Health Organization (WHO) is gebaseerd op het concept van functioneel vermogen: het vermogen van een persoon om datgene te doen wat belangrijk is in hun leven. Het functioneel vermogen is het resultaat van de interactie tussen iemands intrinsieke capaciteit en de context waarin men leeft. Het is nog onduidelijk hoe functioneel vermogen kan worden gedefinieerd, maar sociale participatie is hier mogelijk een belangrijk onderdeel van. Dit onderzoek richt zich op de de cross-sectionele associatie tussen intrinsieke capaciteit en sociale participatie bij oudere mensen van 58-89 jaar oud.

Methode: De onderzoekspopulatie bestond uit 2075 deelnemers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). De intrinsieke capaciteitscore varieerde van 0 tot 100 en werd onderverdeeld in kwartielen. Sociale participatie werd gemeten aan de hand van deelname aan recreatieve en culturele activiteiten, actieve participatie in vrijwilligersorganisaties, en deelname aan educatieve activiteiten.

Resultaten: Lineaire regressieanalyses, gecorrigeerd voor demografische, leefstijl- en gezondheidsfactoren, toonden aan dat deelnemers in hogere kwartielen van intrinsieke capaciteit significant meer deelnamen aan recreatieve en culturele activiteiten en vrijwilligerswerk vergeleken met het laagste kwartiel, ter illustratie: kwartiel 4 (Q4) $B=0.45$ (95%BI 0.18-0.72) voor vrijwilligerswerk. Bij de logistische regressieanalyses voor educatieve vaardigheden namen deelnemers in de hogere kwartielen vaker deel aan educatieve activiteiten, ter illustratie: Q4 odds ratio (OR)=2.16 (95%BI 1.28-3.66).

Conclusie: Er is een significante positieve associatie gevonden tussen intrinsieke capaciteit en sociale participatie. Sociale participatie kan gezien worden als een belangrijk aspect van functioneel vermogen en bijdragen aan gezond ouder worden.

¹ Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, ² Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

P14

Long-term Trajectories of Cognitive Functioning around a Depressive Episode in Dutch Older Adults

Mare Mathijssen¹

Introduction: Late-life depression (LLD) is a psychiatric disorder highly prevalent among older adults. Cross-sectional studies have shown a bidirectional relationship between LLD and cognitive functioning, but long-term trajectories of cognitive functioning around LLD are unknown. Our study aims to distinguish different trajectories of cognitive functioning before, during, and after LLD, and to identify what characteristics are associated with them.

Methods: The study sample comprised 1202 older adults aged >55 years from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) with clinically relevant depressive symptoms and data on cognitive functioning (information processing speed, episodic memory, general cognitive functioning). We conducted a Growth Mixture Modeling (GMM) to identify trajectories of cognitive functioning before and after the depressive episode, and multinomial logistic regression to assess significant differences on demographic and psychosocial characteristics between individuals across these trajectories.

Results: We identified three trajectories with varying prevalence: stable cognitive functioning (90.4%), cognitive decline towards depression followed by recovery (7.4%), and followed by accelerated decline (2.2%). More individuals in the stable cognitive group had a partner before depression ($p=.028$). They had better physical functioning over time ($p<.05$), and were more active before ($p<.001$) and after depression ($p=.023$) compared to other groups. They had significantly more problems with sleeping during ($p<.001$) and after depression ($p=.023$), and had more chronic diseases both during ($p<.01$) and after depression ($p<.001$) compared to the other groups. No significant differences were found in loneliness.

Conclusion: Our study distinguished different trajectories of cognitive functioning, supporting our hypothesis. The majority of participants exhibited stable cognitive functioning, suggesting that LLD does not strongly impact cognitive functioning over time. Additionally, we found no clear associations between cognitive recovery or decline and participant characteristics, contradicting our expectations. Our findings provide reassurance as LLD does not appear to cause long-term cognitive decline for most older adults.

¹ Amsterdam UMC, Amsterdam

