



TIJDSCHRIFT VOOR

Gerontologie en Geriatrie

2024 · jaargang 55 · nummer 4

Redactioneel 1

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Ethiekondersteuning met CURA. Aanvaardbaarheid en haalbaarheid onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde 2

Lieke M. Swart, Malene V. van Schaik, Charlotte C.S. Garstman, Eefje M. Sizoo, Suzanne Metselaar

Gezondheidsovertuigingen over osteoporose bij de oudere populatie: validatie van de Nederlandstalige Osteoporosis Health Belief Scale 17

Lynn Longueville, Michel Schellemans, Stany Perkisas, Sophie Bastijns, Femke Ariën, Anne-Marie De Cock

VOOR U GESIGNALEERD

Digitale tools voor de geheugenpolikliniek: van innovatie naar gebruik in de praktijk 29

Aniek van Gils

Dankwoord 31

Colofon TGG jaargang 55 nummer 4 – december 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,

Voor u heeft u de vierde uitgave van 2024 van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (jaargang 55). Deze uitgave bevat een peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijk artikel over ethiekondersteuning met CURA. Hierin wordt de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van CURA als ondersteuningsmechanisme voor het omgaan met morele dilemma's en morele stress onderzocht. Het onderzoek vond plaats onder medisch behandelaren in de ouderen- en palliatieve geneeskunde.

Een tweede peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijk artikel is gericht op het meetbaar maken van gezondheidsovertuigingen over osteoporose bij de oudere populatie. Binnen deze studie is een Nederlandstalige Osteoporosis Health Belief Scale gevalideerd.

Aanvullend signaleert de redactie voor u een proefschrift dat gaat over digitale tools in de geheugenpolikliniek. Binnen dit proefschrift is onderzocht wat er nodig is om de kloof tussen innovatie en de dagelijkse praktijk te overbruggen, waarbij de eindgebruikers centraal staan. In deze 'Voor u gesignaleerd' staan voor u de tien aanbevelingen uit dit proefschrift beschreven die bijdragen aan de vertaalslag van innovatie naar de praktijk.

Deze decemberuitgave sluit af met een dankwoord aan alle reviewers die publicatie van de TGG-issues in het afgelopen jaar mede mogelijk hebben gemaakt.

Zoals altijd zijn alle artikelen zonder kosten voor lezers vrij toegankelijk via www.tvgg.nl.

De redactie wenst u veel leesplezier!

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Ethiekondersteuning met CURA. Aanvaardbaarheid en haalbaarheid onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde

Lieke M. Swart^{1*}, Malene V. van Schaik², Charlotte C.S. Garstman², Eefje M. Sizoo¹, Suzanne Metselaar²

Samenvatting

Inleiding. Morele vraagstukken binnen de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde zijn veelvoorkomend en kunnen leiden tot morele stress. Ethiekondersteuning helpt zorgverleners om te gaan met morele vraagstukken en morele stress. CURA is een laagdrempelige vorm van ethiekondersteuning. De haalbaarheid voor verpleegkundigen en verzorgenden binnen de palliatieve zorg is reeds onderzocht. Het is echter nog onduidelijk of medisch behandelaren CURA een aanvaardbaar en haalbaar instrument vinden.

Methoden. Prospectieve cohortstudie gebruikmakend van gemengde methoden. Deelnemers zijn medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde die een workshop over CURA hebben gevolgd. Zij ontvingen een baseline vragenlijst (n=41) na de workshop met vragen omtrent aanvaardbaarheid en na drie maanden een follow-up vragenlijst (n=22) met vragen omtrent haalbaarheid. Hierna volgden verdiepende interviews (n=7).

Resultaten. 68% van de deelnemers was op baseline van plan om CURA te gaan gebruiken; 32% misschien. 14% heeft daadwerkelijk CURA gebruikt na drie maanden. De haalbaarheid is afhankelijk van verschillende factoren: (1) het herkennen van een morele situatie; (2) vertrouwd zijn met de methodiek; (3) het plannen van een CURA-sessie; (4) de rol van collega's en de zorgorganisatie.

Conclusie. Hoewel CURA een aanvaardbaar instrument is voor medisch behandelaren, is de haalbaarheid laag als behandelaren geen aanvullende training of ondersteuning krijgen.

Trefwoorden: CURA, ethiekondersteuning, morele vraagstukken, morele stress, ouderengeneeskunde.

1 Amsterdam UMC, Afdeling ouderengeneeskunde, Amsterdam.

* Corresponderend auteur: l.m.swart@amsterdamumc.nl

2 Amsterdam UMC, Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam.

Clinical ethics support with CURA. Acceptability and feasibility among medical practitioners in geriatric and palliative medicine

Lieke M. Swart^{3*}, Malene V. van Schaik⁴, Charlotte C.S. Garstman², Eefje M. Sizoo¹, Suzanne Metselaar²

Abstract

Introduction. Moral conflicts are common within geriatric and palliative care and can lead to moral distress. Clinical ethics support helps healthcare providers in managing moral conflicts and moral distress. CURA is a low-threshold clinical ethics support instrument. The feasibility for nurses and nurse-assistants in palliative care has already been investigated. However, the acceptability and feasibility of CURA within medical practitioners is unclear.

Methods. Prospective cohort study, using mixed methods. Participants are medical practitioners working in geriatric or palliative care, who attended a workshop on CURA. They received a baseline questionnaire (n=41) after the workshop regarding acceptability and a follow-up questionnaire (n=22) after three months regarding feasibility. Additionally, in-depth interviews (n=7) were conducted.

Results. 68% of participants expressed intention to use CURA at baseline; 32% were uncertain. 14% has actually used CURA after three months. Feasibility is dependent of several factors: (1) recognizing a moral situation; (2) familiarity with the methodology; (3) scheduling a CURA moment; (4) the role of colleagues and the healthcare organization.

Conclusion. Whereas CURA is an acceptable tool for medical practitioners, feasibility is found to be low if practitioners do not receive additional training and support.

Keywords: CURA, clinical ethics support, moral conflicts, moral distress, geriatrics

3 Amsterdam UMC, Department of Geriatrics, Amsterdam.

* Corresponding author: l.m.swart@amsterdamumc.nl

4 Amsterdam UMC, Department of Ethics, Law and Medical Humanities, Amsterdam.

Inleiding

Morele vraagstukken binnen de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde zijn veelvoorkomend.^{1,2} Dit zijn vraagstukken waarbij erover wordt getwijfeld wat 'goede zorg' is. Bijvoorbeeld als een behandelaar twijfelt over het inzetten van bedekken bij een wilsonbekwame patiënt. Hierdoor kunnen behandelaars morele stress ondervinden. Morele stress betreft de mentale belasting ten gevolge van een moreel lastige situatie³ en kan leiden tot burn-out, uitval en verminderde kwaliteit van zorg.⁴⁻⁶

Ethiekondersteuning stelt zorgverleners in staat om de negatieve gevolgen van morele stress te verminderen, en om goed om te gaan met morele vraagstukken teneinde goede zorg te verlenen.⁷⁻⁹ De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor de wijze waarop ethiekondersteuning de morele veerkracht en morele competenties van zorgverleners kan versterken.¹⁰ Morele veerkracht betreft het vermogen om goed om te gaan met en te herstellen van een situatie waarbij morele stress wordt ervaren.^{6,11} Morele competenties zijn vaardigheden die nodig zijn om morele vraagstukken te herkennen en te verkennen, zoals het herkennen en articuleren van morele vraagstukken en je kunnen verplaatsen in de perspectieven van anderen.¹²

Er bestaan diverse vormen van ethiekondersteuning, waaronder moreel beraad. Hoewel moreel beraad als waardevol wordt ervaren,^{9,13} heeft het enkele beperkingen: de methodieken zijn vaak complex en het duurt vaak lang ($\pm 1,5$ uur), waardoor het lastig is in te plannen. Ook is er een getrainde gespreksleider nodig.¹⁴⁻¹⁶ CURA is een laagdrempelige vorm van ethiekondersteuning die is ontwikkeld om deze beperkingen te verminderen. CURA kan zowel samen als alleen worden gebruikt en kan in een relatief kort tijdsbestek worden gebruikt (+/- 40 minuten).¹⁶ CURA is ontwikkeld binnen de context van palliatieve zorg en wordt gebruikt in verschillende zorgstellingen, zoals het verpleeghuis, ziekenhuis, het hospice en in de thuiszorg.^{16,17} Het is aanvankelijk ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar verschillende beroepsgroepen binnen de palliatieve en ouderenzorg maken ervan gebruik, zoals geestelijk verzorgers, artsen, en paramedici. Tabel 1 beschrijft de stappen van CURA.

Tabel 1 CURA methodiek

CURA is een afkorting voor de vier stappen van de methodiek:

1. Concentreren: In de eerste stap brengt men de situatie die als een morele uitdaging wordt ervaren in kaart, en wordt onder woorden gebracht waar precies de morele twijfel zit.
2. Uitstellen: Eerste reacties, oordelen en emoties over de situatie en de betrokkenen worden (h)erkend en gedeeld. Vervolgens worden deze reacties 'geparkeerd', zodat de deelnemers met een open blik naar de volgende stap kunnen.
3. Reflecteren: In deze stap wordt stilgestaan bij wat belangrijk is voor de verschillende betrokkenen in de situatie: zowel voor de patiënt als de naasten, maar ook voor de verschillende zorgverleners en eventueel andere betrokkenen. Daarnaast wordt er gekeken naar wat richtlijnen en protocollen voorschrijven en wat men (nog) niet weet.
4. Actie ondernemen: De deelnemers staan stil bij wat ze het meest belangrijk in deze situatie. Op basis van deze afweging beslissen ze wat ze gaan doen. Dit kan ook betekenen dat men de situatie accepteert zoals deze is. Er is ruimte om stil te staan bij hoe deze afweging past bij wat de deelnemers in het algemeen belangrijk vinden in hun werk. Tot slot wordt geëvalueerd of de deelnemers tot nieuwe inzichten zijn gekomen en of hun gevoel over de situatie is veranderd.

Uit recent onderzoek blijkt dat de morele competenties en morele veerkracht van zorgverleners toenemen bij regelmatig gebruik van CURA.¹⁸ De haalbaarheid van CURA onder verpleegkundigen en verzorgenden is reeds onderzocht. Hieruit bleek dat CURA inderdaad als een laagdrempelig instrument wordt ervaren, maar dat ondersteuning vanuit leidinggevenden en beschikbaarheid van tijd essentieel zijn om CURA te kunnen toepassen. Uit dezelfde studie bleek dat deze groep meer ondersteuning en training nodig had om als 'pionier' CURA te gaan inzetten in hun werkomgeving.¹⁵ Het is echter nog onbekend in hoeverre medisch behandelaren, zoals artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, bereid zijn CURA te gebruiken, en of zij het als een haalbaar instrument ervaren. Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht te krijgen in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van CURA onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde. Dit inzicht kan behulpzaam zijn om het gebruik van CURA onder medisch behandelaren te stimuleren en hen daarmee te ondersteunen bij de omgang met morele vraagstukken en het versterken van hun morele veerkracht.

Methoden

Studieopzet

Deze studie betreft een prospectieve cohortstudie, gebruikmakend van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data (gemengde methoden). De dataverzameling vond plaats middels vragenlijsten en verdiepende interviews. De Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Amsterdam UMC, locatie VUmc verklaarde dat dit onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) valt (2023.0512). Alle deelnemers ontvingen informatiebrieven en gaven schriftelijk toestemming voor deelname.

Deelnemers en werving

Deelnemers aan deze studie zijn medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde die een CURA-workshop hebben gevolgd. Onder medische behandelaren vallen: specialisten ouderengeneeskunde (SO), verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). Drie CURA-workshops zijn aangeboden. Twee workshops zijn aangeboden tijdens trainingdagen in juni en oktober 2023 aan specialisten die AIOS ouderengeneeskunde opleiden. Tijdens deze dag konden ze kiezen voor een CURA workshop. De workshop duurde 2,5 uur en bestond opeenvolgend uit een introductie over CURA, het bespreken van een plenaire casus met CURA en vervolgens in groepjes oefenen met CURA aan de hand van eigen casuïstiek. Een andere workshop vond plaats in juni voor PA's en VS'en als onderdeel van een leergang in de palliatieve zorg. De groepsgrootte varieerde van 20-27 deelnemers. Tijdens de trainingdagen voor specialisten die AIOS ouderengeneeskunde opleiden, werd voorafgaand aan de workshop aangegeven dat er na de workshop een vragenlijst zou worden uitgedeeld in het kader van onderzoek. Deze werd direct na de workshop door de behandelaren ingevuld (response rate >85%). De response rate van de PA's en VS'en was 19%. Dit kan worden verklaard doordat zij drie weken ná de workshop een uitnodiging via de e-mail ontvingen om de vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst was bij hen niet aangekondigd tijdens de workshop. In de baseline vragenlijst werd toestemming gevraagd voor het toesturen van de follow-up vragenlijst. Deelnemers voor de interviews werden geworven via de follow-up vragenlijst.

Vragenlijsten

Een baseline en follow-up vragenlijst zijn ontworpen door het onderzoeksteam. De vragenlijsten bestonden uit demografische gegevens en zowel open als gesloten vragen. In de baseline vragenlijst werden kenmerken van de studiepopulatie en de aanvaardbaarheid van CURA uitgevraagd door vragen, waaronder: "Wilt u CURA gaan gebruiken in uw dagelijkse praktijk?". En: "Met welk doel denkt u dat u CURA gaat gebruiken? Wat zou het gebruik van CURA u kunnen opleveren?". In de follow-up

vragenlijst werd de haalbaarheid en toepasbaarheid van CURA onderzocht middels vragen als: “Hebt u CURA gebruikt? Waarom wel of niet?” en “In welke situaties hebt u CURA gebruikt?”. Tevens werd de haalbaarheid uitgevraagd middels zeven stellingen met een 5-punts Likertschaal. Deze stellingen zijn gebaseerd op de haalbaarheidsstudie van CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen.¹⁵

Interviews

Voor de interviews maakten we gebruik van een semigestructureerde topiclijst. De interviews werden online afgenomen door LS en opgenomen. De interviews duurden tussen de 18 en 39 minuten.

Dataverzameling

Dataverzameling vond op verschillende momenten plaats tussen juni 2023 en december 2023, zie figuur 1. In juni zijn de eerste twee workshops gegeven (groep 1); in oktober de derde workshop (groep 2).

	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	
Gr. 1	Workshop + Baseline vragenlijst (n=22)	← Follow-up →		Follow-up vragenlijst (n=13)	Interviews (n=7)			
Gr. 2					Workshop + Baseline vragenlijst (n=19)	← Follow-up →		Follow-up vragenlijst (n=9)

Figuur 1

Data-analyse

De kwantitatieve gegevens analyseerden we met behulp van beschrijvende statistieken middels SPSS-versie 26. De kwalitatieve gegevens uit de vragenlijsten en de interviews werden geanalyseerd middels inductieve thematische benadering volgens Braun & Clarke¹⁹ met MAXQDA. Data-analyse ging volgens een iteratief proces: 1) Bekend worden met data door doorlezen transcript, 2) Coderen door onderzoekers (LS en CG) en hierna bediscussiëren tot consensus, 3) Thema's formuleren, 4) Thema's bediscussiëren met overige onderzoekers, 5) Thema's vastleggen.

Tabel 2 Karakteristieken deelnemers baseline en follow-up vragenlijst

Karakteristieken	Baseline	Follow-up
Totaal, <i>n</i>	41	22
Functie, <i>n</i> (%)	SO 35 (85) VS 4 (10) PA 1 (2) Klinisch geriater 1 (2)	SO 19 (86) VS 2 (9) PA 1 (5)
Geslacht, <i>n</i> vrouw (%)	25 (62)	15 (68)
Leeftijd, <i>gemiddeld</i> (SD)	51 (7)	48 (7)
Afdelingen, <i>n</i> (%) [*]		
PG	23 (56)	12 (55)
SOM	19 (46)	10 (46)
Herstel	15 (37)	9 (41)
Palliatief	4 (10)	3 (14)
Extramuraal	12 (29)	4 (18)
Ziekenhuis	5 (12)	2 (9)
Anders ^{**}	3 (7)	2 (9)
Eerder CURA gebruikt, <i>n</i> ja (%)	5 (12)	3 (14)
Bekend met andere vormen van ethiekondersteuning, <i>n</i> (%)		
Ja ^{***}	36 (88)	18 (82)
Een beetje / weleens van gehoord	4 (10)	4 (18)
Nee, nog nooit gebruikt	1 (2)	0 (0)

* Meerdere antwoorden zijn mogelijk. SO=Specialist Ouderengeneeskunde; VS=Verpleegkundig Specialist; PA=Physician Assistant; PG= psychogeriatric; SOM=somatiek; Herstel=herstelzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg; Extramuraal=extramuraal zorg betreffende eerstelijns consulten.

** Niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, verstandelijke beperking; dagbehandeling.

*** "Ja, we gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie" en "Ja, af en toe gebruikt" samengevoegd.

Resultaten

In totaal hebben 41 deelnemers de baseline vragenlijst ingevuld. Hiervan gaven 31 deelnemers aan dat zij mochten worden benaderd voor een follow-up vragenlijst, welke door 22 deelnemers daadwerkelijk is ingevuld (54%). Zie tabel 2. Zeven van de 22 deelnemers gaven toestemming in de follow-up vragenlijst om te worden benaderd voor een interview. Alle zeven werden benaderd via email en bij geen respons werden ze gebeld. Allen gaven toestemming voor een interview. Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van de deelnemers aan de vragenlijsten. De grootste meerderheid zijn specialisten ouderengeneeskunde. Alle specialisten ouderengeneeskunde die hebben deelgenomen zijn opleider: zij begeleiden een arts

in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in de dagelijkse praktijk. 13% van de deelnemers heeft eerder CURA gebruikt. 85% van de deelnemers is bekend met andere vormen van ethiekondersteuning. Tabel 3 toont een overzicht van de karakteristieken van de deelnemers aan de interviews. We hebben zes SO's en één PA geïnterviewd. Het betrof drie mannen en vier vrouwen tussen de 45 en 58 jaar oud.

Tabel 3 Karakteristieken deelnemers interviews

	Functie	Afdeling	Ervaring met CURA voorafgaand aan workshop	Ervaring met andere vormen van ethiekondersteuning voorafgaand aan workshop	CURA gebruikt na workshop
I-1	SO	Extramuraal	Nee	Ja, af en toe gebruikt	Ja
I-2	SO	PG+SOM+herstel	Nee	Ja, af en toe gebruikt	Nee
I-3	SO	Herstel+extramuraal	Nee	Ja, leider moreel beraad geweest, nu af en toe gebruikt	Nee
I-4	SO	Herstel	Ja	Een beetje	Nee
I-5	PA	Ziekenhuis, palliatief consulent	Nee	Een beetje	Nee
I-6	SO	PG+SOM	Nee	Ja, gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie	Nee
I-7	SO	PG+herstel+palliatief	Nee	Ja, gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie	Ja

SO=Specialist Ouderengeneeskunde; PA=Physician Assistant. PG=psychogeriatric; SOM=somatiek; Herstel=hersteltzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg; Extramuraal=extramuraal zorg betreffende eerstelijns consulten.

Aanvaardbaarheid van CURA

Het (verwachte) gebruik van CURA

De meerderheid van de deelnemers van de baseline vragenlijst waren van plan om CURA te gaan gebruiken in hun dagelijkse praktijk (68%, n=28) of wilden dit misschien gaan doen (32%, n=13). In de follow-up vragenlijst gaven 3 van de 22 (14%) deelnemers aan dat ze CURA na de workshop hebben gebruikt. Als belangrijkste redenen waarom respondenten CURA niet hadden gebruikt, werd genoemd dat er zich geen casus had voorgedaan (37%) en dat zij niet meer aan CURA hadden gedacht (37%). 5 Respondenten (26%) gaf aan zich niet voldoende toegerust te voelen om CURA te gebruiken. 77% (n=17) van deelnemers aan de follow-up vragenlijst is van plan om CURA in de toekomst te gaan gebruiken; de overige 23% (n=5) weet dit niet.

In de interviews worden verschillende redenen gegeven om CURA te gaan gebruiken. In vergelijking met andere vormen van ethiekondersteuning is CURA makkelijker te organiseren omdat CURA minder tijd kost, er geen getrainde gespreksleider nodig is en omdat er doorgaans minder mensen deelnemen aan een CURA-moment.

[CURA] is korter, en je hebt een minder grote groep. En je kan als onderdeel van de casus deelnemen. (...) Je hoeft niet een extern iemand [voor de begeleiding], wat bij moreel beraad wel zo is. (I-3)

Wel geven respondenten uit de interviews aan dat de casus bij voorkeur niet te ingewikkeld moet zijn:

Dus het moet niet een te ingewikkeld dilemma zijn met heel veel factoren en toch heel veel afwegingen. Dan mis ik echt, dan, dan mis ik de diepgang. (I-1)

(Verwachte) doelen en effecten van CURA

De respondenten gaven aan dat er in de praktijk weinig wordt stilgestaan bij morele vraagstukken.

We moeten soms zo door in de waan van de dag dat we heel veel belangrijke vragen van doen we hier wel goed aan, mag dit eigenlijk wel, niet meer stellen. (I-7)

Zowel de respondenten die CURA wel hebben gebruikt als degenen die CURA niet hebben gebruikt, verwachten dat CURA kan helpen om “zaken op een rij” (I-1) te zetten. CURA kan volgens respondenten leiden tot verdieping en nieuwe inzichten. Inzicht in eigen denken, normen en waarden en blinde vlekken werden genoemd, alsook inzichten in het denken en de emoties van collega’s. Ook “het uitpluizen (...) welke twijfels er zijn, en waarom die er zijn” (I-1) en “emoties ventileren” (I-2) werden genoemd. Respondenten benoemen dat dit kan bijdragen aan betere samenwerking, gezamenlijke besluitvorming en minder stress.

Het zorgteam voelde [het morele vraagstuk] als een enorme druk en alleen al het gesprek erover met elkaar gaf hun heel veel lucht: hé jullie worstelen ook! (...) Dus dat bracht ons ook in die samenwerking ook dicht bij elkaar. (I-7)

Haalbaarheid van CURA

Ondanks dat tweederde van de deelnemers op baseline van plan was om CURA te gaan gebruiken, is CURA maar door drie respondenten toegepast tijdens de duur van dit onderzoek. De volgende thema’s met betrekking tot de haalbaarheid kwamen naar voren: het morele vraagstuk; vertrouwdsheid met de methodiek; het plannen; rol van collega’s; rol van de zorgorganisatie.

Het morele vraagstuk

Eén van de belangrijkste redenen om CURA niet te hebben gebruikt, is dat zich er geen casus heeft voorgedaan (37%, n=7). Uit de interviews kwam naar voren dat morele vraagstukken waarschijnlijk vaak niet worden herkend. In de praktijk worden ingewikkelde situaties wel vaak besproken met collega's of tijdens een MDO, maar dan wordt meestal niet vastgesteld dat het om een moreel vraagstuk gaat waardoor er meestal geen ethiekondersteuning wordt ingezet.

Ik denk dat ik me vaak niet bewust ben dat er een moreel probleem ligt. Wel dat ik er iets mee moet, dat ik dat... Maar dat ik me dat niet expliciet bewust ben dat het een moreel vraagstuk is. (I-2)

Wat is gewoon een praktisch probleem, of wat is een moreel dilemma? Ja, dat, daar wordt in ons ziekenhuis en in mijn opleiding is daar helemaal geen aandacht aan gegeven. (I-5)

Als een moreel vraagstuk wel wordt herkend, kan de uitdaging liggen in het formuleren van een concrete vraag:

Waarom [CURA] niet haalbaar zou zijn, is (...) als je de morele vraag toch niet helemaal helder hebt, dus in die eerste fase niet helder krijgt, dus het concentreren. (I-1)

Vertrouwdheid met CURA

In de vragenlijst komt naar voren dat 37% (n=7) van de respondenten niet meer aan CURA heeft gedacht na de workshop. Ook in de interviews komt naar voren dat om een CURA-moment te willen initiëren, CURA "in je systeem moet zitten. (...) Het is gewoon niet zo heel moeilijk om in te zetten, maar het moet gewoon eventjes onderdeel van je routine worden." (I-6)

Tevens moet de medisch behandelaar zich bekwaam genoeg voelen en vertrouwen hebben dat hij of zij CURA kan toepassen. 26% (n=5) gaf aan dat zij zich niet voldoende toegerust voelden om CURA te gaan gebruiken. In de interviews werd dit ook benoemd:

Ik denk dat ik het fijn zou vinden om het bijvoorbeeld nog een keer onder begeleiding te zien (...) Het is meer dat ik, denk ik, even meer ervaring zou willen hebben. Om het dan vervolgens zelf uit te kunnen voeren. (I-4)

Planning van sessies met CURA

Voor 95% (n=21) van de deelnemers was tijd geen beperkende factor voor de inzet van CURA. Wel kwamen praktische problemen in het plannen van een CURA-sessie met collega's naar voren:

Dan komt er natuurlijk wel een logistiek dingetje. Want ik moet al die mensen uitnodigen op dezelfde dag en dat is tegenwoordig ook best ingewikkeld. En een geschikte ruimte vinden ook. (I-4)

Rol van collega's

Om CURA toe te passen met collega's, geven respondenten aan dat het belangrijk is dat collega's ervoor open staan om CURA te gaan gebruiken. In de follow-up vragenlijst verwacht 69% (n=15) dat collega medisch behandelaren hiervoor open staan en 78% (n= 17) dat het zorgteam hiervoor open staat. In de interviews werden als belemmerende factoren voor het betrekken van collega's genoemd dat er een verkeerd beeld van ethiekondersteuning bestaat, zoals dat het langdradig zou zijn. Een andere belemmerende factor kan zijn dat men niet open staat voor verandering:

De mentaliteit van mensen, die denken van joh ik doe het al 20 jaar zo en het gaat goed, dus dan kan je het nog 20 jaar doen. (I-5)

Een andere belangrijke factor voor de haalbaarheid, is dat collega's vertrouwd moeten zijn met het gebruik van CURA:

Uhm, vanuit mijn gezichtspunt is het [een belemmerende factor] dat mensen toch niet de methodiek misschien helemaal eigen zijn. Of omdat mensen niet in staat zijn om die stappen echt goed te doorlopen. (I-1)

Rol van de zorgorganisatie

Uit de interviews blijkt verdeeldheid over de rol van de leidinggevenden of de zorgorganisatie bij het inzetten van CURA. Een deel vindt dat het toepassen van CURA met name bij de zorgverleners zelf ligt. Een ander deel ziet wel een rol voor de zorgorganisatie: er dient een visie te zijn op de rol van ethiekondersteuning binnen de organisatie. De zorgorganisatie kan daarnaast een rol hebben in CURA onder de aandacht brengen, te zogen voor scholing van zorgpersoneel en het gebruik van CURA faciliteiten:

Wat zou helpen is als we [zorgorganisatie] breder bedenken dat dit [CURA] iets is waar we langdurig mee [willen werken] (...), dat we gewoon een aantal mensen scholen. Het moet niet aan een of twee mensen hangen. (I-7)

Discussie

Deze studie onderzocht of medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde het ethiekinstrument CURA willen gebruiken (aanvaardbaarheid) en in hoeverre zij CURA haalbaar vinden. De deelnemers van dit onderzoek vinden CURA een aanvaardbaar instrument, mits de casus niet te complex is. De haalbaarheid van CURA voor de praktijk van medisch behandelaren blijkt afhankelijk te zijn van verschillende factoren: het herkennen van een morele situatie; vertrouwd zijn met de methodiek; het plannen van een CURA-moment; de rol van collega's; en de rol van de zorgorganisatie.

Opvallend is dat de overgrote meerderheid van de deelnemers op baseline voornemens was om CURA te gaan gebruiken, maar dat slechts drie van de tweeëntwintig deelnemers daadwerkelijk CURA hebben toegepast. Er zijn verschillende belemmerende factoren gevonden voor de haalbaarheid.

Eén van de belangrijkste redenen uit de follow-up vragenlijst om CURA niet te hebben toegepast is dat zich geen moreel vraagstuk heeft voorgedaan. Een mogelijke verklaring hiervoor werd benoemd in de interviews, namelijk dat in de dagelijkse praktijk weinig wordt stilgestaan bij morele vraagstukken en dat zorgverleners niet altijd in staat zijn om een moreel vraagstuk te herkennen en te formuleren. Ook in de literatuur wordt gesproken over "morele sensitiviteit", welke noodzakelijk is om een moreel vraagstuk te herkennen.^{20,21} De meeste zorgverleners zijn niet getraind in het herkennen van morele vraagstukken. Meer aandacht hiervoor binnen de opleiding zou kunnen bijdragen aan het versterken van deze morele competenties.²²

Andere redenen waarom de deelnemers CURA niet hebben toegepast zijn dat ze niet meer aan CURA hebben gedacht na de workshop, of omdat ze zich niet voldoende toegerust voelden. Hieruit blijkt dat, ondanks dat CURA als simpel en laagdrempelig wordt beoordeeld, één workshop en geen verdere ondersteuning na de workshop voor de meeste medisch behandelaren onvoldoende is om zelf CURA te initiëren en te organiseren. Dit geldt zowel voor de medisch behandelaar zelf, als voor zijn of haar collega's. Uitgebreidere training of ondersteuning lijkt essentieel om CURA daadwerkelijk te gaan toepassen op de werkvloer. Zeker voor de medisch behandelaar die CURA als eerste introduceert op een afdeling of binnen een zorgorganisatie. Dit komt overeen met eerder haalbaarheidsonderzoek naar CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen¹⁵ en was aanleiding om een training voor CURA-ambassadeurs te ontwikkelen.²³ Via deze training worden zorgverleners getraind om CURA te introduceren en te helpen implementeren binnen hun team of organisatie. Ook worden ze getraind in het begeleiden van CURA-momenten.

Ondanks dat CURA minder tijd kost dan andere vormen van ethiekondersteuning, kan het daadwerkelijk plannen van een CURA-moment als een probleem worden ervaren omdat er verschillende agenda's met elkaar moeten worden afgestemd. De deelnemers geven aan dat ze wel tijd voor CURA willen en kunnen vrijmaken.

Tot slot spelen collega's en de zorgorganisatie een rol in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid voor het gebruik van CURA. Zij kunnen het gebruik van CURA zowel stimuleren, bijvoorbeeld wanneer het gebruik van CURA al bekend is binnen de zorgorganisatie, als beperken, bijvoorbeeld wanneer collega's niet openstaan voor een nieuwe interventie, of een verkeerd beeld hebben van ethiekondersteuning. Een deel van de geïnterviewden zag juist geen rol voor de zorgorganisatie en vond dat het inzetten van CURA bij de medisch behandelaren zelf ligt. Hierin zit mogelijk een verschil met de haalbaarheidsstudie van CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen, waarin de rol van de zorgorganisatie als belangrijke beperkende factor wordt genoemd.¹⁵ Mogelijk ervaren specialisten ouderengeneeskunde minder beperkingen van de leidinggevenden, omdat zij als hoofdbehandelaar een andere rol hebben. Desondanks heeft de zorgorganisatie een essentiële rol in het implementeren van CURA, bijvoorbeeld door de bekendheid van ethiekondersteuning te vergroten, zorgverleners hierin op te leiden en het uitvoeren van CURA-momenten te faciliteren.^{24,25}

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van gemengde methoden. Met interviews konden de antwoorden uit de vragenlijsten worden verfijnd en verdiept. Een ander sterk punt is dat alle interviews dubbel zijn gecodeerd, wat een grote mate van betrouwbaarheid van de resultaten geeft.

Een beperking is dat er mogelijk sprake is van selectiebias onder de deelnemers aan de vragenlijsten, doordat zij zelf hebben gekozen om deel te nemen aan de CURA workshop. Een andere beperking is dat er sprake is van een klein aantal deelnemers, met name aan de follow-up vragenlijst. Er zijn geen redenen voor deze uitval bekend. Mogelijk hebben vooral degenen die meer affiniteit met CURA hebben gereageerd op deze oproep – wat ook een vorm van selectiebias teweeg kan brengen. Een beperkt aantal (n=3) deelnemers hebben CURA daadwerkelijk gebruikt in de drie maanden na de workshop. Dit maakt het lastig om uitspraken te doen over hoe medisch behandelaren het bespreken van een moreel vraagstuk met CURA ervaren. Een laatste beperking is dat er zeven deelnemers bereid waren om deel te nemen aan een interview. Hierdoor is er mogelijk geen datasaturatie bereikt. Niettemin hebben deze interviews wel geleid tot meer inzicht in de antwoorden uit de vragenlijsten.

Conclusie

De resultaten van deze studie geven inzicht in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van CURA onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde. Medisch behandelaren hebben de wil en wens om CURA te gaan gebruiken. Echter, één workshop zonder verdere ondersteuning is onvoldoende om medisch behandelaren goed toe te rusten om zelf CURA te introduceren en te gaan gebruiken in de praktijk. Daarnaast wordt er in de dagelijkse praktijk weinig stilgestaan bij morele vraagstukken en worden deze ook regelmatig niet herkend. Uitgebreidere scholing en begeleiding van medisch behandelaren en het sensitiveren van het gehele multidisciplinaire team voor morele vraagstukken, kunnen de haalbaarheid van CURA vergroten.

Referenties

1. Wocial LD, Slaven JE, Montz K, Monahan PO, Hickman SE, Callahan CM, et al. Factors Associated with Physician Moral Distress Caring for Hospitalized Elderly Patients Needing a Surrogate Decision-maker: a Prospective Study. *J Gen Intern Med.* 2020;35(5):1405-12.
2. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliat Med.* 2021;35(2):315-34.
3. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics.* 2019;26(3):646-62.
4. Sanchez S, Mahmoudi R, Moronne I, Camonin D, Novella JL. Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine.* 2015;6(2):175-83.
5. Nikunlaakso R, Selander K, Weiste E, Korhakangas E, Paavolainen M, Koivisto T, Laitinen J. Understanding Moral Distress among Eldercare Workers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15).
6. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *Am J Nurs.* 2016;116(7):40-9.
7. de Snoo-Trimpp JC, Molewijk B, Ursin G, Brinchmann BS, Widdershoven GA, de Vet HC, Svanesson M. Field-testing the Euro-MCD Instrument: Experienced outcomes of moral case deliberation. *Nurs Ethics.* 2020;27(2):390-406.
8. Haan MM, van Gorp JLP, Naber SM, Groenewoud AS. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):85.
9. Janssens RM, van Zadelhoff E, van Loo G, Widdershoven G, Molewijk BA. Evaluation and perceived results of moral case deliberation: A mixed methods study. *Nurs Ethics.* 2015;22(8):870-80.
10. Metselaar S, Molewijk B. Fostering moral resilience through moral case deliberation. *Nurs Ethics.* 2023;30(5):730-45.
11. van Schaik MV, van Wezel N, Pasma HRW, Metselaar S. De RMRS-NL: Een nieuw instrument om de morele veerkracht van zorgverleners te meten. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek.* 2021;31(2):45-50.

12. de Snoo-Trimpp JC, de Vet HCW, Widdershoven GAM, Molewijk AC, Svantesson M. Moral competence, moral teamwork and moral action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-MCD) Instrument 2.0 and its revision process. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):53.
13. Seekles W, Widdershoven G, Robben P, van Dalftsen G, Molewijk B. Evaluation of moral case deliberation at the Dutch Health Care Inspectorate: a pilot study. *BMC Med Ethics*. 2016;17(1):31.
14. Hartman LA, Metselaar S, Molewijk AC, Edelbroek HM, Widdershoven GAM. Developing an ethics support tool for dealing with dilemmas around client autonomy based on moral case deliberations. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):97.
15. van Schaik MV, Pasman HR, Widdershoven G, Molewijk B, Metselaar S. CURA-An Ethics Support Instrument for Nurses in Palliative Care. Feasibility and First Perceived Outcomes. *HEC Forum*. 2021;35(2):139-59.
16. Metselaar S, van Schaik M, Widdershoven G, Pasman HR. CURA: A clinical ethics support instrument for caregivers in palliative care. *Nurs Ethics*. 2022;29(7-8):1562-77.
17. van Schaik MV, Pasman HR, Widdershoven G, Metselaar S. Participatory development of CURA, a clinical ethics support instrument for palliative care. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):32.
18. van Schaik M, Pasman HRR, Widdershoven GA, De Snoo-Trimpp J, Metselaar S. Effectiveness of CURA: Healthcare professionals' moral resilience and moral competences. *Nurs Ethics*. 2023;9697330231218344.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
20. Reynolds SJ, Miller JA. The recognition of moral issues: moral awareness, moral sensitivity and moral attentiveness. *Current Opinion in Psychology*. 2015;6:114-7.
21. Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nurs Ethics*. 2017;24(5):517-24.
22. Zia T, Sabeghi H, Mahmoudirad G. Problem-based learning versus reflective practice on nursing students' moral sensitivity. *BMC Nurs*. 2023;22(1):215.
23. van Schaik M, Kröger C, Zuidema L, Stolper M, Widdershoven G, Pasman HR, Metselaar S. Training nurses to facilitate and implement CURA in palliative care institutions: development and evaluation of a blended learning program. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):158.
24. Källemark Sporrang S, Arnetz B, Hansson MG, Westerholm P, Höglund AT. Developing ethical competence in health care organizations. *Nurs Ethics*. 2007;14(6):825-37.
25. van Schaik M. CURA: Developing, evaluating and implementing a new clinical ethics support instrument for palliative care. 2024.

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Gezondheidsovertuigingen over osteoporose bij de oudere populatie: validatie van de Nederlandstalige Osteoporosis Health Belief Scale

Lynn Longueville¹, Michel Schellemans², Stany Perkisas¹, Sophie Bastijns¹, Femke Ariën¹, Anne-Marie De Cock¹

Samenvatting

Doel: De Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS) werd ontwikkeld om te peilen naar de gezondheidsovertuigingen over osteoporose. Deze vragenlijst bestaat uit 42 vragen die worden ingedeeld in zeven subschalen over ernst, vatbaarheid, gezondheidsmotivatie, calciuminname en lichaamsbeweging. Het doel van deze studie is om de OHBS te valideren in het Nederlands.

Methodologie: Nederlandstalige personen ouder dan 65 jaar, zonder cognitieve problemen, werden geïncludeerd. Vertaling van de OHBS in het Nederlands gebeurde op basis van de internationale richtlijnen over het omzetten van een gevalideerde vragenlijst in een andere taal. Bij een subgroep van de individuen werd de vragenlijst opnieuw ingevuld na een periode van minstens zeven dagen.

Resultaten. Tijdens het vertaalproces werden geen significante problemen onderzocht. Alle verschillen in vertaling werden besproken en opgelost door consensus. De resultaten tonen een sterke test-hertest-betrouwbaarheid (Spearsmans rho 0,772, $p < 0,001$) en interne consistentie (Cronbach alfa 0,828). De invultijd varieert tussen de vijf en tien minuten.

Conclusies. De Nederlandstalige versie van de OHBS is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van gezondheidsovertuigingen over osteoporose. Meer kennis hierover is van belang om de communicatie rond osteoporose en fractuurpreventie te verbeteren. Bovendien kan het instrument worden gebruikt om individuen te identificeren die baat hebben bij educatieve interventies.

Trefwoorden: osteoporose, gezondheidsovertuigingen, vertaling, validatie, OHBS

1 Universitair Centrum Geriatrie, Antwerpen.

2 Sint-Franciscusziekenhuis, Heusen-Zolder.

* Corresponderend auteur: lynnlongueville@hotmail.com

Health beliefs regarding osteoporosis among older adults: validation of the Dutch version of the Osteoporosis Health Belief Scale

Lynn Longueville¹, Michel Schellemans², Stany Perkisas¹, Sophie Bastijns¹, Femke Ariën¹, Anne-Marie De Cock¹

Abstract

Objective. The Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS) was developed to assess health beliefs about osteoporosis. This questionnaire consists of 42 items divided into seven subscales including seriousness, susceptibility, health motivation, calcium intake, and exercise. The aim of this study was to validate the OHBS in Dutch.

Methods. Dutch-speaking individuals aged over 65 years, without cognitive problems, were included in the study. Translation of the OHBS into Dutch was conducted based on international guidelines for translating a validated questionnaire into another language. A subgroup of individuals repeated the questionnaire after a period of at least seven days.

Results. During the translation process, no significant issues were encountered. All translation discrepancies were discussed and resolved through consensus. The results demonstrate strong test-retest reliability (Spearman's rho 0.772, $p < 0.001$) and internal consistency (Cronbach's alpha 0.828). The mean duration to complete the questionnaire ranges between five and ten minutes.

Conclusions. The Dutch version of the OHBS is a reliable and valid instrument for measuring health beliefs regarding osteoporosis. More knowledge about these health beliefs is crucial for improving communication regarding osteoporosis and fracture prevention. Moreover, the instrument can be used to identify individuals who would benefit from educational interventions.

Keywords: osteoporosis, health belief, translation, validation, OHBS

1 University Centre Geriatrics, Antwerpen.

2 Sint-Franciscus Hospital, Heusen-Zolder.

* Corresponding author: lynnlongueville@hotmail.com

Inleiding

Osteoporose is een skeletaandoening waarbij er een verstoord evenwicht bestaat tussen botaanmaak en botafbraak.¹ Dit resulteert in een verstoorde microarchitectuur, een verlaagde botmineraaldichtheid (BMD) en zo ook een verhoogd risico op fragiliteitsfracturen.¹ Een fragiliteitsfractuur wordt gedefinieerd als een fractuur die spontaan optreedt of ontstaat na een minimaal trauma.¹ Met de stijging van de gemiddelde levensverwachting komen deze fragiliteitsfracturen steeds vaker voor. In 2019 leefden 32 miljoen mensen met osteoporose in Europa, waarvan 25,5 miljoen vrouwen en 6,5 miljoen mannen.² Van hen maakten 4,3 miljoen mensen een fragiliteitsfractuur door.² Wereldwijd vinden jaarlijks tot 37 miljoen fragiliteitsfracturen plaats bij personen ouder dan 55 jaar, wat neerkomt op 70 fracturen per minuut.³ Osteoporose gaat gepaard met een verhoogde mortaliteit, die kan oplopen tot 28% binnen één jaar na een heupfractuur.⁴ De totale directe osteoporose-gerelateerde gezondheidskosten in Europa zijn aanzienlijk en worden geschat op 56,9 miljard euro.²

De aanpak van osteoporose en osteoporose-gerelateerde fracturen blijft dan ook een uitdaging voor de gezondheidszorg. Ondanks de groeiende behandelingsmogelijkheden blijft er een grote groep patiënten niet- of onderbehandeld.⁵ Deze niet- of onderbehandelde groep patiënten in Europa bedroeg 71% in 2019, wat aanzienlijk is toegenomen t.o.v. 55% in 2010.² Bezorgdheden omtrent de neveneffecten van medicatie, alsook onvoldoende kennis door de patiënten en zorgverleners worden aangehaald als mogelijke redenen hiervoor.⁵

Uit de literatuur blijkt dat mensen zich weinig bezighouden met gezondheidspreventieve maatregelen ten aanzien van osteoporose.⁶ Daarom is het relevant om te onderzoeken welke overtuigingen de oudere populatie heeft over osteoporose. Het Health Belief Model (HBM) van Rosenstock is een psychosociaal kader dat frequent wordt gebruikt in onderzoek naar gezondheidsgedrag.⁷ Het HBM stelt dat de gezondheidsopvattingen van een individu verband houden met de kans op gezondheidsgedrag.⁷ Gebaseerd op dit model werd de Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS) ontwikkeld.⁸ Deze vragenlijst met 42 vragen wordt ingedeeld in zeven subschalen over waargenomen vatbaarheid, waargenomen ernst, waargenomen voordelen van lichaamsbeweging, waargenomen voordelen van calciumname, waargenomen barrières tot lichaamsbeweging, waargenomen barrières tot calciumname en gezondheidsmotivatie.⁸ De OHBS wordt beoordeeld aan de hand van een 5-punt Likertschaal (1 = volledig niet akkoord, 5 = volledig akkoord).⁸ Het bereik van de scores voor elke subschaal is 6 tot 30, met een mogelijke totale score van 42 tot 210.⁸ Het is een van de meest frequent gebruikte vragenlijsten om te peilen naar gezondheidsovertuigingen over osteoporose in de literatuur.⁶ De OHBS werd ontwikkeld in 1991 en is inmiddels gevalideerd in het Engels⁸, Arabisch⁹, Hongaars¹⁰ en Maleisisch¹¹.

Het doel van deze studie was om de OHBS te vertalen en te valideren in het Nederlands. Hierdoor kan de Nederlandstalige OHBS worden ingezet als bruikbaar instrument bij verder onderzoek naar osteoporose en de gezondheidsovertuigingen hieromtrent. Meer inzicht hierover is belangrijk voor de aanpak, communicatie en preventie van osteoporose.

Methodologie

Onderzoekopzet en populatie

Personen vanaf 65 jaar of ouder kwamen in aanmerking voor deelname aan deze multicentrische cross-sectionele studie. Zowel patiënten die waren opgenomen in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA) of het Sint-Franciscusziekenhuis (SFZ) Heusden-Zolder als hun familieleden, werden benaderd om deel te nemen aan de studie. Via ouderenverenigingen werden ook niet-gehospitaliseerde personen geïncludeerd. De vragenlijst werd zowel digitaal als fysiek afgenomen. De digitale versie werd per e-mail verspreid via ouderenverenigingen. Deelnemers die geen begrip hadden van de Nederlandse taal of niet in staat waren om een geïnformeerde toestemming te geven, werden geëxcludeerd. Patiënten met onvoldoende cognitieve capaciteiten werden eveneens uitgesloten. Dit omvatte patiënten met een Mini-Mental State Examination (MMSE) score van 24/30 of lager, evenals patiënten die op basis van een klinische beoordeling door de arts als (tijdelijk) cognitief beperkt werden beschouwd. De steekproefomvang voor deze studie werd gebaseerd op de aanbevelingen van Terwee et al. Zij stellen dat voor een validatiestudie van een instrument een steekproef van minstens 100 personen moet worden gerekruteerd, waarvan minstens de helft behoort tot de doelpopulatie van het instrument.¹²

Patiënteneigenschappen

De leeftijd en het geslacht van de patiënten werden geregistreerd.

Vertaling

De vertaling van de OHBS in het Nederlands gebeurde op basis van de internationale richtlijnen over het omzetten van een gevalideerde vragenlijst in een andere taal.¹³ Toestemming om de originele vragenlijst te gebruiken werd verkregen van de originele auteurs.⁸ De vertaling werd uitgevoerd volgens het principe van forward-backward-vertaling. De OHBS werd eerst onafhankelijk vertaald van het Engels naar het Nederlands door twee tweetalige vertalers die Nederlands als moedertaal machtig zijn. Door deze twee vertalers werd een synthese van de twee versies geproduceerd na consensus. Vervolgens werd deze Nederlandse versie van de OHBS terugvertaald naar het Engels door een persoon die Engels als moedertaal machtig is.

De vertalingen en terugvertalingen werden vergeleken door de onderzoeksgroep, bestaande uit de drie vertalers, waarbij uiteindelijk een prefinale versie van de Nederlandstalige OHBS werd bekomen. Deze prefinale versie werd vervolgens toegepast op tien proefpersonen, die werden geïnterviewd over het taalgebruik en de interpretatie van de vragenlijst. Deze feedback werd voorgelegd aan de onderzoeksgroep, waarna uiteindelijk een definitieve versie van de Nederlandstalige OHBS tot stand kwam. Bij de vragenlijst werd een korte tekst toegevoegd waarin de term osteoporose wordt toegelicht.

Psychometrische eigenschappen

De interne consistentie en test-hertest-betrouwbaarheid werden geëvalueerd. De interne consistentie evalueert de mate van onderlinge samenhang tussen de items van een vragenlijst. Deze eigenschap werd beoordeeld met de Cronbachs alpha-coëfficiënt, waarbij een waarde tussen de 0,7 en 0,9 wijst op een goede interne consistentie. De test-hertest-betrouwbaarheid van een vragenlijst toont in hoeverre de vragenlijst dezelfde resultaten produceert bij herhaalde metingen bij deelnemers waarvan de gezondheid niet veranderd is. Deze werd bepaald door patiënten de vragenlijst opnieuw te laten invullen na een periode van minstens zeven dagen. De test-hertest-betrouwbaarheid werd berekend aan de hand van de Spearmans rho waarbij waarden tussen de 0,5 en 1,0 een sterke correlatie aantonen.

Ethisch comité en informed consent

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het ZNA (referentienummer 5851) en van het SFZ (ECSFZ2023-12-02). Inclusie vond plaats na mondeling informed consent van de patiënt.

Resultaten

Patiënteneigenschappen

In totaal werden 192 personen geïncludeerd die de volledige vragenlijst hebben ingevuld.

Deze groep bestond uit 123 gehospitaliseerde patiënten, 8 ambulante patiënten, 16 familieleden van gehospitaliseerde patiënten en 45 leden van ouderenverenigingen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 78 ± 6 jaar, met een verdeling van 70 mannen en 122 vrouwen. Uiteindelijk vulden 28 patiënten uit deze groep de vragenlijst opnieuw in na een periode van minstens zeven dagen.

Vertaling

Tijdens het vertaalproces werden geen noemenswaardige problemen ontdekt. Alle verschillen in vertaling werden besproken en opgelost door consensus. Bij toepassing van de prefinale versie in de klinische praktijk, was er over het algemeen een correct begrip en duidelijke verstaanbaarheid. Er was uiteindelijk geen indicatie voor wijziging van de vragenlijst waardoor een definitieve versie ontstond (tabel 1). De gemiddelde tijd om de vragenlijst in te vullen varieert tussen de vijf en tien minuten.

Tabel 1 Nederlandstalige Osteoporosis Health Belief Scale

Score:

1 = Volledig niet akkoord

2 = Niet akkoord

3 = Neutraal

4 = Akkoord

5 = Volledig akkoord

Vatbaarheid	1. Your chances of getting osteoporosis are high. <i>Uw kansen om osteoporose te krijgen zijn groot.</i>
	2. Because of your body build, you are more likely to develop osteoporosis. <i>Vanwege uw lichaamsbouw is de kans groter dat u osteoporose ontwikkelt.</i>
	3. It is extremely likely that you will get osteoporosis. <i>Het is zeer waarschijnlijk dat u osteoporose zal krijgen.</i>
	4. There is a good chance that you will get osteoporosis. <i>Er is een grote kans dat u osteoporose zal krijgen.</i>
	5. You are more likely than the average person to get osteoporosis. <i>U heeft een grotere kans dan de gemiddelde persoon om osteoporose te krijgen.</i>
	6. Your family history makes it more likely that you will get osteoporosis. <i>Uw familiale voorgeschiedenis zorgt voor een grotere kans dat u osteoporose zult krijgen.</i>
Ernst	7. The thought of having osteoporosis scares you. <i>De gedachte van osteoporose te krijgen, maakt u bang.</i>
	8. If you had osteoporosis, you would be crippled. <i>Als u osteoporose zou krijgen, zou u invalide zijn.</i>
	9. Your feelings about yourself would change if you got osteoporosis. <i>Uw gevoelens over uzelf zouden veranderen als u osteoporose zou krijgen.</i>
	10. It would be very costly if you got osteoporosis. <i>Het zou erg duur zijn als u osteoporose zou krijgen.</i>
	11. When you think about osteoporosis you get depressed. <i>Als u aan osteoporose denkt, wordt u depressief.</i>
	12. It would be very serious if you got osteoporosis. <i>Het zou heel ernstig zijn als u osteoporose krijgt.</i>

Voordelen lichaamsbeweging	13. Regular exercise prevents problems that would happen from osteoporosis. <i>Regelmatige lichaamsbeweging voorkomt problemen die zouden ontstaan door osteoporose.</i>
	14. You feel better when you exercise to prevent osteoporosis. <i>U voelt zich beter als u aan lichaamsbeweging doet om osteoporose te voorkomen.</i>
	15. Regular exercise helps to build strong bones. <i>Regelmatige lichaamsbeweging helpt om sterke botten op te bouwen.</i>
	16. Exercising to prevent osteoporosis also improves the way your body looks. <i>Lichaamsbeweging om osteoporose te voorkomen verbetert ook het uiterlijk van uw lichaam.</i>
	17. Regular exercise cuts down the chances of broken bones. <i>Regelmatige lichaamsbeweging vermindert de kans op botbreuken.</i>
	18. You feel good about yourself when you exercise to prevent osteoporosis. <i>U voelt zich goed over uzelf als u beweegt om osteoporose te voorkomen.</i>
Voordelen calciuminname	19. Taking in enough calcium prevents problems from osteoporosis. <i>Voldoende calcium innemen voorkomt problemen die veroorzaakt worden door osteoporose.</i>
	20. You have lots to gain from taking in enough calcium to prevent osteoporosis. <i>U hebt veel te winnen bij het innemen van voldoende calcium om osteoporose te voorkomen.</i>
	21. Taking in enough calcium prevents painful osteoporosis. <i>Voldoende calcium innemen voorkomt pijnlijke osteoporose.</i>
	22. You would not worry as much about osteoporosis if you took in enough calcium. <i>U zou zich minder zorgen maken over osteoporose als u voldoende calcium zou innemen.</i>
	23. Taking in enough calcium cuts down on your chances of broken bones. <i>Voldoende calcium innemen zorgt voor een verminderde kans op botbreuken.</i>
	24. You feel good about yourself when you take in enough calcium to prevent osteoporosis. <i>U voelt zich goed over uzelf als u voldoende calcium inneemt om osteoporose te voorkomen.</i>

Barrières lichaamsbeweging	25. You feel like you are not strong enough to exercise regularly. <i>U hebt het gevoel dat u niet sterk genoeg bent om regelmatig aan lichaamsbeweging te doen.</i>
	26. You have no place where you can exercise. <i>U heeft geen plaats waar u aan lichaamsbeweging kan doen.</i>
	27. Your spouse or family discourages you from exercising. <i>Uw echtgenoot of familie ontmoedigt u om aan lichaamsbeweging te doen.</i>
	28. Exercising regularly would mean starting a new habit which is hard for you to do. <i>Regelmatig bewegen zou betekenen dat u een nieuwe gewoonte moet beginnen, wat voor u moeilijk is om te doen.</i>
	29. Exercising regularly makes you uncomfortable. <i>Regelmatige lichaamsbeweging geeft u een oncomfortabel gevoel.</i>
	30. Exercising regularly upsets your every day routine. <i>Regelmatig aan lichaamsbeweging doen verstoort uw dagelijkse routine.</i>
Barrières calciumname	31. Calcium rich foods cost too much. <i>Calciumrijke voeding kost te veel.</i>
	32. Calcium rich foods do not agree with you. <i>Calciumrijke voeding bevalt u niet goed.</i>
	33. You do not like calcium rich foods. <i>U houdt niet van calciumrijke voedingsmiddelen.</i>
	34. Eating calcium rich foods means changing your diet which is hard to do. <i>Calciumrijke voeding eten betekent dat u uw eetpatroon moet veranderen en dat is moeilijk.</i>
	35. In order to eat more calcium rich foods you have to give up other foods that you like. <i>Om meer calciumrijke voeding te eten, moet u andere voedingsmiddelen opgeven die u lekker vindt.</i>
	36. Calcium rich foods have too much cholesterol. <i>Calciumrijke voeding bevat te veel cholesterol.</i>
Gezondheidsmotivatie	37. You eat a well-balanced diet. <i>U eet evenwichtig.</i>
	38. You look for new information related to health. <i>U zoekt naar nieuwe informatie met betrekking tot gezondheid.</i>
	39. Keeping healthy is very important for you. <i>Gezond blijven is erg belangrijk voor u.</i>
	40. You try to discover health problems early. <i>U probeert gezondheidsproblemen vroeg te ontdekken.</i>
	41. You have a regular health check-up even when you are not sick. <i>U laat geregeld een algemene gezondheids check-up doen, zelfs als u niet ziek bent.</i>
	42. You follow recommendations to keep you healthy. <i>U volgt aanbevelingen om gezond te blijven.</i>

Definitieve versie van de Nederlandstalige OHBS.
De originele Engelse zinnen staan eveneens weergegeven.

Interne consistentie

De Nederlandstalige OHBS vertoont een hoog niveau van interne consistentie, wat blijkt uit een Cronbachs alpha-coëfficiënt van 0,828. In deze studie variëren de Cronbachs alpha-coëfficiënten van de subschalen tussen de 0,692 en 0,884 met de sterkste correlatie in de subschaal “waargenomen vatbaarheid” (tabel 2). Deze waarden stemmen overeen met de beschreven coëfficiënten in de originele studie.⁸

Test-hertest-betrouwbaarheid

De Spearsmans rho tussen de totale OHBS scores toont een sterke correlatie van 0,772 ($p < 0,001$; $N = 28$). Wanneer per subschaal wordt gekeken, is er een statistisch significante correlatie terug te vinden in de subschalen “waargenomen vatbaarheid”, “waargenomen ernst”, “waargenomen barrières tot lichaamsbeweging”, “waargenomen barrières tot calciuminname” en “gezondheidsmotivatie” (0,703-0,772; $p < 0,001$). Een minder sterke correlatie is gevonden in de subschaal “waargenomen voordelen van lichaamsbeweging” (0,406; $p = 0,032$) en “waargenomen voordelen van calciuminname” (0,490; $p = 0,008$) (tabel 2).

Tabel 2 Betrouwbaarheidscoëfficiënten

	Aantal vragen	Interne consistentie (Cronbach alpha) N = 192	Test-hertest betrouwbaarheid (Spearman's Rho) N = 28
Vatbaarheid	6	0,884	0,735 ($p < 0,001$)
Ernst	6	0,789	0,744 ($p < 0,001$)
Voordelen lichaamsbeweging	6	0,872	0,406 ($p = 0,032$)
Voordelen innamecalcium	6	0,881	0,490 ($p = 0,008$)
Barrières lichaamsbeweging	6	0,829	0,703 ($p < 0,001$)
Barrières innamecalcium	6	0,810	0,752 ($p < 0,001$)
Gezondheidsmotivatie	6	0,692	0,707 ($p < 0,001$)
Totale OHBS	42	0,828	0,772 ($p < 0,001$)

Discussie

De toepassing van de Nederlandstalige vragenlijst bij de oudere populatie toonde over het algemeen een correct begrip en een duidelijke verstaanbaarheid. Hoewel sommige patiënten aanhaalden dat het een groot aantal vragen was, bedroeg de gemiddelde invultijd slechts tussen de vijf en tien minuten. Sommige vragen duurden langer om te beantwoorden maar werden nog steeds correct geïnterpreteerd. Een voorbeeld hiervan is vraag 28 “Regelmatig bewegen zou betekenen dat u een nieuwe gewoonte moet beginnen, wat voor u moeilijk is om te doen.”.

Aangezien veel deelnemers slechts op één moment contact hadden met het onderzoeksteam, waren de gelegenheden tot afname van een tweede vragenlijst na minstens zeven dagen eerder beperkt. Bovendien was het belangrijk dat het invullen van de tweede vragenlijst in gelijkaardige gezondheidsomstandigheden plaatsvond. Hierdoor werden voornamelijk gehospitaliseerde patiënten hertest na minstens zeven dagen ziekenhuisopname. Uiteindelijk herhaalden 28 patiënten de vragenlijst. Dit aantal is vergelijkbaar met de andere validatiestudies.

Volgens de aanbevelingen van Terwee et al. is een steekproef van minstens 100 personen vereist voor een validatiestudie. Met de huidige steekproefgrootte is dit doel ruimschoots bereikt. De populatie in dit onderzoek omvat zowel gehospitaliseerde patiënten als niet-gehospitaliseerde personen. Deze laatste groep bestaat uit familieleden van gehospitaliseerde patiënten, dagziekenhuispatiënten en leden van ouderenverenigingen. Deze samenstelling biedt een waardevolle mogelijkheid om de vragenlijst te testen in diverse subgroepen van de oudere populatie. Het moet echter worden opgemerkt dat het grootste deel van de studiepopulatie bestaat uit gehospitaliseerde patiënten en dat er geen gegevens beschikbaar zijn over bewoners van woonzorgcentra. Dit kan resulteren in een lichte selectiebias, aangezien de studiepopulatie niet volledig representatief is voor de algemene oudere populatie. Daarnaast bestaat er een mogelijkheid van informatiebias, omdat gehospitaliseerde deelnemers tijdens hun opname mogelijk meer bewust zijn van hun gezondheidstoestand en mogelijk al informatie hebben gekregen over osteoporose. Desondanks toont de validatie van de vragenlijst aan dat deze bruikbaar is binnen de onderzochte subgroepen.

De vertaling van de vragenlijst gebeurde op basis van de internationale richtlijnen en verliep vlot zonder significante belemmeringen. Door de uitvoerige methodologie van forward-backward-vertaling en toepassing ervan bij tien proefpersonen, is gewaarborgd dat dezelfde inhoud werd bevraagd en dat deze inhoud duidelijk is voor het beoogde doelpubliek. Hoewel deze studie zich richtte op een Vlaamse populatie, werd tijdens het vertaalproces gestreefd naar een zo correct mogelijk

gebruik van het Algemeen Nederlands. Hierdoor is de vragenlijst ook geschikt voor gebruik in Nederland.

In deze studie werd een sterke interne consistentie (Cronbachs alfa 0,828) en test-hertest-betrouwbaarheid (Spearsmans rho 0,772, $p < 0,001$) vastgesteld. Deze bevindingen zijn gelijkwaardig aan de originele studie en de validatiestudies in andere talen.

Conclusie

Dit is de eerste studie die de OHBS heeft vertaald en gevalideerd in het Nederlands. Deze resultaten bevestigen dat de Nederlandstalige OHBS een betrouwbaar en valide instrument is voor het evalueren van gezondheidsovertuigingen over osteoporose bij de oudere populatie. Meer kennis hierover is van belang om de communicatie rond osteoporose en fractuurpreventie te verbeteren. Het instrument kan worden gebruikt om individuen te identificeren die baat hebben bij educatieve interventies.

Referenties

1. Sozen T, Ozisik L, Basaran NC. An overview and management of osteoporosis. *Eur J Rheumatol.* 2017;4(1):46-56.
2. Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, et al. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch Osteoporos.* 2021;16(1):82.
3. Collaborators GBDF. Global, regional, and national burden of bone fractures in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2(9):e580-e92.
4. Sing CW, Lin TC, Bartholomew S, Bell JS, Bennett C, Beyene K, et al. Global Epidemiology of Hip Fractures: Secular Trends in Incidence Rate, Post-Fracture Treatment, and All-Cause Mortality. *J Bone Miner Res.* 2023;38(8):1064-75.
5. Ayub N, Faraj M, Ghatan S, Reijers JAA, Napoli N, Oei L. The Treatment Gap in Osteoporosis. *J Clin Med.* 2021 Jul 5;10(13):3002. doi: 10.3390/jcm10133002. PMID: 34279485; PMCID: PMC8268346.
6. McLeod KM, Johnson CS. A systematic review of osteoporosis health beliefs in adult men and women. *J Osteoporos.* 2011;2011:197454. doi: 10.4061/2011/197454. Epub 2011 Sep 15. PMID: 21941678; PMCID: PMC3175388.
7. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs.* 1974;2(4):354-386. doi:10.1177/109019817400200405
8. Kim KK, Horan ML, Gendler P, Patel MK. Development and evaluation of the Osteoporosis Health Belief Scale. *Res Nurs Health.* 1991 Apr;14(2):155-63. doi: 10.1002/nur.4770140210. PMID: 2047537.

9. Sahib MN. Psychometric properties and assessment of the Osteoporosis Health Belief Scale among the general Arabic population. *Patient Prefer Adherence*. 2018 Jan 31;12:223-232. doi: 10.2147/PPA.S155152. PMID: 29440877; PMCID: PMC5798572.
10. Tardi P, Ács P, Makai A, Hock M, Járomi M. Egy csontritkulás-specifikus kérdőív magyar nyelvű adaptációja és validálása [Hungarian adaptation and validation of the Osteoporosis Questionnaire (OPQ)]. *Orv Hetil*. 2023 Jan 8;164(1):29-37. Hungarian. doi: 10.1556/650.2023.32658. PMID: 36617349.
11. Abdulameer SA, Syed Sulaiman SA, Hassali MA, Sahib MN, Subramaniam K. Psychometric properties of the Malay version of the Osteoporosis Health Belief Scale (OHBS-M) among Type 2 diabetic patients. *Int J Rheum Dis*. 2014 Jan;17(1):93-105. doi: 10.1111/1756-185X.12104. Epub 2013 May 29. PMID: 24472272.
12. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007 Jan;60(1):34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012. Epub 2006 Aug 24. PMID: 17161752.
13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dec;46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n. PMID: 8263569.

VOOR U GESIGNALEERD

Digitale tools voor de geheugenpolikliniek: van innovatie naar gebruik in de praktijk

Aniek van Gils

In het veranderende dementielandschap, waar het aantal mensen met dementie toeneemt en medicatie voor de ziekte van Alzheimer in zicht is, is er behoefte aan digitale innovaties om de zorg in de geheugenpolikliniek toegankelijk en schaalbaar te houden. Voorbeelden hiervan zijn digitale cognitietesten, automatische MRI-analysetools en hulpmiddelen voor artsen bij het besluitvormingsproces en communicatie met de patiënt. Ondanks de positieve houding van eindgebruikers (zorgverleners, patiënten en naasten) worden veel van deze innovaties nog niet gebruikt.

In haar proefschrift *Digital tools to support dementia diagnosis: bridging the gap from innovation to real-world application* onderzocht Aniek van Gils wat er nodig is om de kloof tussen innovatie en de dagelijkse praktijk te overbruggen, waarbij de eindgebruikers centraal staan.

Het eerste deel van het proefschrift richt zich op de perspectieven van de eindgebruikers, door middel van een Europees vragenlijstonderzoek en de ontwikkeling van een gepersonaliseerde digitale uitslagpagina. Het tweede deel verbeterde een digitale cognitieve test en een MRI-analysetool voor de diagnose dementie met Lewy bodies. Het derde deel onderzocht de bruikbaarheid en gebruikerservaringen van een diagnostische tool in de praktijk, hoe deze datagedreven tool kan bijdragen aan diagnostische besluitvorming, en daarnaast werd een landelijke database opgezet voor jonge mensen met dementie.

Dank aan de reviewers van TGG

Als redactie van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* willen wij onze dankbaarheid uitspreken aan alle reviewers die in 2024 hun waardevolle bijdrage hebben geleverd aan het peer-reviewproces van ons tijdschrift. Jullie expertise, zorgvuldigheid en tijdsinvestering zijn van onschatbare waarde voor het waarborgen van de wetenschappelijke integriteit en kwaliteit van ons tijdschrift. Dankzij jullie grondige en constructieve feedback kunnen we wetenschappelijke artikelen publiceren die bijdragen aan de vooruitgang van de gerontologie en geriatrie.

Zonder jullie zou het succes van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* niet mogelijk zijn.

Als redactie kijken wij uit naar een voortzetting van de vruchtbare samenwerking in 2025.

Met vriendelijke groet en oprechte dank,
De redactie van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*