



TIJDSCHRIFT VOOR

# Gerontologie en Geriatrie

2025 · jaargang 56 · nummer 1

Redactioneel 1

## WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Relatieverwachtingen en eenzaamheid bij  
oudere volwassenen: Een kwalitatieve studie 2  
[Eric Schoenmakers](#)

Realiseren van een passende functiemix  
in verpleeghuizen 20  
[Marleen Lovink](#), [Annette O.A. Plouvier](#), [Sofie Barendse](#), [Anneke van Vught](#), [Raymond T.C.M. Koopmans](#), [Debby L. Gerritsen](#), [Anke Persoon](#)

## OPINIE

Slimmer organiseren in de ouderenzorg is  
noodzakelijk 37  
[Patrick Vermeulen](#), [Lander Vermeerbergen](#), [Paul Hendriks](#), [Dirk Vriens](#)

## VOOR U GESIGNALEERD

Thuiskomen doe je samen: een oproep voor  
aandacht voor geestelijke gezondheid bij  
dementie 42  
[Sjako Sobczak](#)

De PET@home Toolkit: Wanneer het baasje  
zorg nodig heeft 44  
[Peter Reniers](#), [Roeslan Leontjevas](#), [Karin Hediger](#), [Debby Gerritsen](#),  
[Marie-José Enders-Slegers](#), [Ine Declercq](#), [Mascha Molog](#)

## CONGRESABSTRACTS

Abstracts Geriatriedagen 2025 46

Colofon TGG jaargang 56 nummer 1 – maart 2025

### **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) Ruiters, interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, klinische farmacologie

### **Redactiesecretaris**

Jojanneke Smeenk

### **Vormgeving**

Texcetera, Den Haag

### **Website**

[www.tvgg.nl](http://www.tvgg.nl)

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

**RADBOUD  
UNIVERSITY  
PRESS**

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,

De eerste uitgave van 2025 van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (jaargang 56) is een feit. Een boordevolle uitgave met twee peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijk artikelen, een opiniestuk, twee bijdragen aan de rubriek 'Voor u Gesignaleerd' en de abstracts van de Geriatriedagen 2025.

De wetenschappelijk artikelen bestaan dit keer uit een kwalitatieve studie naar relatieverwachtingen en eenzaamheid bij ouderen, en een kwalitatieve studie gericht op de ontwikkeling van een passende functiemix binnen verpleeghuizen.

Voor u gesignaleerd zijn een proefschrift over de PET@home Toolkit van Peter Reniers. Een artikel dat beschrijft wat er te organiseren valt wanneer het baasje zorg nodig heeft. En de lectorale publicatie 'Thuiskomen doe je samen: een oproep voor betere geestelijke zorg bij dementie' van Sjacko Sobczak.

Het opiniestuk adresseert de uitdagingen rondom het voorgenomen aantrekkelijker maken van het werken in de zorg en het verbeteren van de kwaliteit van zorg door de Nederlandse overheid. Volgens de auteurs onmogelijk wanneer werkpatronen ingericht blijven rondom zorghandelingen en functionele afdelingen in plaats van rondom patiëntenstromen.

Tot slot vindt u de abstracts van de Geriatriedagen 2025 in 's-Hertogenbosch.

Alle artikelen zijn zonder kosten voor lezers vrij toegankelijk via [www.tvgg.nl](http://www.tvgg.nl). De redactie wenst u veel leesplezier!

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

# Relatieverwachtingen en eenzaamheid bij oudere volwassenen: Een kwalitatieve studie

Eric Schoenmakers<sup>1\*</sup>

## Samenvatting

De cognitieve discrepantietheorie definieert eenzaamheid als een ervaren discrepantie tussen de (kwaliteit van) relaties die iemand heeft en de relaties die iemand wil of nodig heeft. Dit veronderstelt dat mensen relatieverwachtingen hebben die vervuld dienen te worden teneinde eenzaamheid te voorkomen. In deze studie zijn kwantitatieve en kwalitatieve relatieverwachtingen van oudere volwassenen onderzocht, waarbij het 'social relationships expectations framework' van Akhter-Kahn et al.<sup>1</sup> diende als een belangrijk uitgangspunt. Semigestructureerde interviews over eenzaamheid en relatieverwachtingen zijn afgenomen onder oudere volwassenen (leeftijd 62-93 jaar; N=18). Thematische analyse is gebruikt om de gegevens te analyseren. De resultaten tonen dat partners doorgaans de meest belangrijke sociale relaties zijn, gevolgd door kinderen en kleinkinderen, vrienden en broers en zussen, en andere relaties. Een hoge contactfrequentie, beschikbaarheid, nabijheid, het bieden van zorg en steun, intimiteit en plezier worden verwacht van de belangrijkste sociale relaties. Van minder belangrijke sociale relaties wordt verwacht dat zij beschikbaar zijn wanneer dat nodig is en dat zij plezier en afleiding bieden. Relatieverwachtingen veranderen met het verstrijken van de tijd en als gevolg van sociale omstandigheden. Implicaties voor eenzaamheidsinterventies worden besproken.

**Trefwoorden:** relatieverwachtingen, eenzaamheid, cognitieve discrepantietheorie, sociale relaties

---

<sup>1</sup> Fontys Hogeschool, Eindhoven.

\* e.schoenmakers@fontys.nl

# Relationship expectations and loneliness in older adults: A qualitative study

Eric Schoenmakers<sup>1\*</sup>

## Abstract

Cognitive discrepancy theory defines loneliness as the experienced discrepancy between the desired or needed (quality of) relationships and the achieved ones. This assumes that people have relationship expectations that need to be met in order to avoid loneliness. This study examines quantitative and qualitative relationship expectations of older adults, for which the 'social relationships expectations framework' by Akhter-Kahn et al.<sup>1</sup> serves as an important starting point. Semi-structured interviews about loneliness and relationship expectations were conducted among older adults (ages 62-93 years; N=18). Thematic analysis was used to analyse the data. The results show that partners are typically considered to be the most important social relationships, followed by children and grandchildren, friends and brothers and sisters, and other relations. A high contact frequency, availability, closeness, provision of care and support, intimacy, and fun is expected from the most important social relationships. Availability when needed, fun and distraction are expected of less important social relationships. Relationship expectations change over time and as a result of social circumstances. Implications for loneliness interventions are discussed.

**Key words:** Relationship expectations, Loneliness, Cognitive Discrepancy Theory, Social relationships

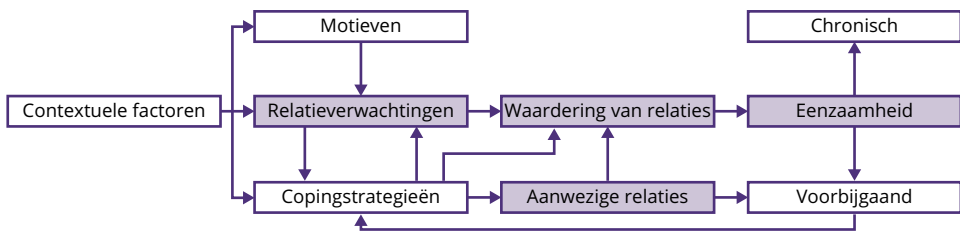
---

<sup>1</sup> Fontys University of Applied Sciences, Eindhoven.

\* e.schoenmakers@fontys.nl

## Inleiding

De cognitieve discrepantietheorie definieert eenzaamheid als een ervaren discrepantie tussen de (kwaliteit van) relaties die iemand heeft en die iemand wil of nodig heeft<sup>2</sup>. Dit suggereert dat mensen zich eenzaam voelen als hun persoonlijke relatieverwachtingen niet vervuld zijn<sup>1, 3, 4</sup>. Op basis van bestaande literatuur construeerden Akhter-Kahn et al. een model om de mechanismen achter eenzaamheid onder oudere volwassenen te verklaren<sup>1</sup> (Figuur 1). Het kernmodel stelt dat eenzaamheid wordt beïnvloed door de manier waarop sociale relaties worden gewaardeerd, hetgeen op diens beurt wordt beïnvloed door iemands daadwerkelijke sociale relaties én iemands relatieverwachtingen. Met andere woorden, relatieverwachtingen vormen een essentiële schakel in het ontstaan van eenzaamheid en het is daarom belangrijk om meer inzicht te krijgen in relatieverwachtingen.



Figuur 1 Verklaringsmodel eenzaamheid. In blauw het kernmodel, gepositioneerd binnen verschillende sociale theorieën over verouderingen<sup>1</sup>

Het kernmodel (Figuur 1) wordt gepositioneerd binnen sociale theorieën over veroudering. Motieven verwijst naar de 'socio-emotional selectivity theory', welke stelt dat mensen bij het verouderen selectiever worden in hun contacten en meer belang hechten aan emotionele diepgang in hun relaties<sup>5</sup>. Dit beïnvloedt de relatieverwachtingen. Coping strategieën verwijst naar de 'selective optimization with compensation theory', waarin drie coping strategieën worden verondersteld: 1) selectie, ofwel het stellen van haalbare doelen, 2) optimalisatie, ofwel het inzetten van hulpbronnen om tegenslagen op te vangen en 3) compensatie, ofwel het accepteren van verlies of het inzetten van hulpbronnen om de gevolgen van tegenslagen te mitigeren<sup>6</sup>. Coping strategieën en relatieverwachtingen interacteren met elkaar en coping strategieën beïnvloeden de waardering van sociale relaties en iemands daadwerkelijke relaties. Contextuele factoren zoals veranderingen in het sociale netwerk, relatiestatus, culturele achtergrond en armoede beïnvloeden iemands beweegredenen en mogelijkheden om bepaalde sociale relaties na te streven, alsmede hun relatieverwachtingen en coping strategieën<sup>1</sup>.

Teneinde meer grip te krijgen op het concept relatieverwachtingen ontwikkelden Akhter-Khan et al.<sup>1</sup> op basis van bestaande literatuur het 'social relationships expectations framework', een theoretisch raamwerk dat zes relatieverwachtingen beschrijft. De relatieverwachtingen hebben kwantitatieve en kwalitatieve elementen. Vier relatieverwachtingen zijn generiek voor mensen van alle leeftijden. (1) 'Beschikbaarheid of nabijheid van sociale contacten' betreft een kwantitatieve relatieverwachting en verwijst naar structurele relatiekenmerken zoals de hoeveelheid sociale contacten, de contactfrequentie en hoe dichtbij de contacten wonen. (2) 'Ontvangen van zorg en ondersteuning' heeft betrekking op verwachtingen over het ontvangen van zorg, instrumentele- en emotionele steun. Deze relatieverwachting heeft kwantitatieve elementen (de hoeveelheid steun) en kwalitatieve elementen (de aard van de steun). (3) 'Intimiteit' is een kwalitatieve relatieverwachting en verwijst naar de behoefte van de mens om dichtbij anderen te zijn en zich geliefd, geaccepteerd en begrepen te voelen. De kwalitatieve relatieverwachting 'plezier' (4) omvat het delen van interesses en plezierige ervaringen. Twee kwalitatieve relatieverwachtingen zijn specifiek voor oudere volwassenen. (5) 'Generativiteit' beschrijft de relatieverwachting om betekenisvolle bijdragen te leveren en te investeren in toekomstige generaties. Ten slotte verwachten oudere volwassenen 'gerespecteerd en gewaardeerd te worden' (6), zowel door individuen als door de samenleving als geheel. Gerespecteerd en gewaardeerd voelen is in de basis een universele relatieverwachting, maar voor oudere volwassenen weegt deze verwachting zwaarder omdat de vervulling van deze verwachting bedreigd wordt, bijvoorbeeld door leeftijdsdiscriminatie, rolverlies en veranderende culturele- en familiestructuren<sup>1</sup>. Het 'social relationships expectations framework' kan bijdragen in de aanpak van eenzaamheid. Immers, wanneer bekend is aan welke relatieverwachtingen niet wordt voldaan, kan daar een gerichte interventie op worden gepleegd, zodat eenzaamheid kan worden verminderd<sup>1</sup>.

Eerder onderzoek<sup>7-9</sup> toont drie lagen in sociale structuur die nodig zijn om niet eenzaam te worden, (1) enkele hechte contacten met wie persoonlijke informatie wordt gedeeld, (2) toegang tot een breder netwerk van familie, vrienden en bekenden en (3) betrokkenheid bij de gemeenschap. Huxhold en Fiori<sup>10</sup> koppelen de relatieverwachtingen zoals geschetst door Akhter-Kahn et al.<sup>1</sup> aan deze sociale structuur: Intimiteit en steun behoren tot de eerste laag, plezier tot de tweede laag en generativiteit en respect tot de derde laag. Nabijheid wordt verwacht van de eerste laag als het gaat om contactfrequentie, maar ook van de tweede laag, bijvoorbeeld als het gaat om hoeveelheid sociale contacten. Het hebben van een groter, meer divers sociaal netwerk kan gunstig zijn om aan het geheel van relatieverwachtingen te voldoen, aangezien meer individuen beschikbaar zijn om de verschillende verwachtingen in te willigen. Relatieve diversiteit in sociale netwerken wordt dan ook geassocieerd met minder eenzaamheid<sup>11</sup> en een groter welzijn<sup>12</sup>.

Relatieverwachtingen zijn vatbaar voor verandering. Veranderingen in relatieverwachtingen kunnen leeftijdgebonden zijn. 'Socioemotional selectivity theory' stelt dat mensen bij het ouder worden, selectiever worden in hun contacten en dat ze meer belang hechten aan emotionele diepgang in hun relaties<sup>5</sup>. In het DIRE (Differential Investment of Resources) model<sup>13</sup> wordt beschreven dat dit leidt tot meer focus op hechte sociale contacten en daarmee minder focus op een breder sociaal netwerk en betrokkenheid in de gemeenschap. Veranderingen in relatieverwachtingen kunnen ook samenhangen met leeftijdsgerelateerde omstandigheden. Zo toonden Antonucci et al. dat functionele beperkingen of rolverlies na pensionering de verwachtingen van oudere volwassenen over het ontvangen van sociale steun veranderen<sup>14</sup>. Dykstra en De Jong Gierveld<sup>15</sup> toonden dat verweduwd personen het belang van een partner minimaliseren en de voordelen van het alleen zijn juist benadrukken. Veranderingen in relatieverwachtingen kunnen tot slot ook contextueel van aard zijn. Zo kan het zijn dat van vrienden die (groot)ouders worden tijdelijk minder beschikbaar wordt verwacht, of dat van een kind dat ver weg woont minder instrumentele steun aan zorgbehoevende ouders wordt verwacht dan van een kind dat dichtbij woont.

Hoewel relatieverwachtingen in de theorie over eenzaamheid onder oudere volwassenen een belangrijk element vormen<sup>1, 2</sup>, is er slechts beperkt empirisch onderzoek naar relatieverwachtingen beschikbaar. In deze studie wordt onderzocht welke relatieverwachtingen oudere volwassenen hebben en welke relatieverwachtingen volgens hen moeten worden vervuld om niet eenzaam te zijn of worden. De relatieverwachtingen uit het 'social relationships expectations framework'<sup>1</sup> vormen hierbij een theoretisch startpunt. Meer kennis over relatieverwachtingen draagt bij aan een beter begrip van eenzaamheid en de mogelijkheden om succesvol te interveniëren met als doel eenzaamheid te verminderen of voorkomen. De onderzoeksvraag van deze studie is 'Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) relatieverwachtingen van oudere volwassenen moeten worden vervuld teneinde niet eenzaam te zijn of worden?'

## **Methode**

Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet. De geconsolideerde criteria voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek richtlijnen (COREQ)<sup>16</sup> zijn gebruikt voor het rapporteren van deze studie.

## **Respondenten**

Een steekproef van oudere volwassenen uit de regio Midden- en Zuidoost Brabant, is benaderd voor deelname aan deze studie. Selectiecriteria waren: 60 jaar of ouder,



zelfstandig thuiswonend en bereidheid om te praten over sociale relaties, verwachtingen en eenzaamheid. Er is gestreefd naar diversiteit in geslacht, burgerlijke staat en leeftijd. Respondenten werden geworven met behulp van de professionele netwerken van de interviewers, bijvoorbeeld via de lokale coalitie tegen eenzaamheid, het welzijnswerk en een dialoogclub. Aanspreekpunten in deze organisaties werd gevraagd of zij respondenten wilden aanleveren. Vervolgens hebben de interviewers via de mail of telefoon contact gelegd, het onderzoek toegelicht en een afspraak gemaakt voor een interview. Door deze manier van werven is een gemengd sample ontstaan van oudere volwassenen die als deelnemer of vrijwilliger actief deelnemen aan de samenleving, maar ook van oudere volwassenen die een meer teruggetrokken leven leiden. In totaal zijn achttien personen geïnterviewd. Beschrijvende kenmerken worden gepresenteerd in Tabel 1.

**Tabel 1 Beschrijvende statistieken (N=18)**

	N	M
<b>Man</b>	11	
<b>Leeftijd (range 62-93)</b>		71 <sup>a</sup>
<b>Gehuwd</b>	7	
<b>Gescheiden (in een nieuwe relatie)</b>	2	
<b>Gescheiden (niet in een relatie)</b>	2	
<b>Verweduwd (in een nieuwe relatie)</b>	1	
<b>Verweduwd (niet in een nieuwe relatie)</b>	3	
<b>Nooit gehuwd (nooit in een langdurige relatie)</b>	1	
<b>Nooit gehuwd (langdurige partner overleden, niet in een relatie)</b>	1	
<b>Nooit gehuwd (in een langdurige relatie)</b>	1	

<sup>a</sup> Twee respondenten wilden hun exacte leeftijd niet zeggen.

### **Procedure interviews en gegevensverzameling**

Semigestructureerde interviews werden gehouden tussen november 2021 en maart 2022. Vanwege de COVID-19-pandemie waren lockdownmaatregelen van kracht. Gezien de persoonlijke aard van deze studie hadden interviews op locatie de voorkeur, echter, vanwege COVID-19-beperkingen werd één interview online gehouden. Vier interviewers waren betrokken: de hoofdauteur (zes interviews) en drie getrainde student-onderzoekers (twaalf interviews). Voorafgaand aan het interview ontvingen respondenten informatie over de studie, de bescherming van

hun privacy en ondertekenden zij een 'informed consent'. Er zijn geluidsopnames gemaakt van de interviews. De duur van de interviews varieerde tussen de 41 en 99 minuten (M=66 minuten).

Interviewrichtlijnen zijn ontwikkeld door de auteur van deze bijdrage en 'open access' beschikbaar<sup>17</sup>. Aan het begin van het interview werd het doel van het interview uitgelegd en is nogmaals besproken hoe met privacy en data werd omgegaan. Vervolgens zijn demografische gegevens verzameld. Respondenten werd gevraagd over zichzelf te vertellen. Dit leidde tot gesprekken over werk, familie en vrienden, welke later in het interview werden gebruikt om meer diepgaande informatie te verkrijgen over de topics van dit onderzoek: 'ervaringen met eenzaamheid' en 'kwalitatieve en kwantitatieve relatieverwachtingen'. Ervaringen met eenzaamheid werd bevraagd aan de hand van de subtopics 'voel jij je weleens eenzaam', 'wat betekent eenzaamheid voor jou' en 'wat doet het (tijdelijk) wegvallen van bepaalde relaties met jouw gevoel van eenzaamheid'. Hierbij is gevraagd naar de subjectieve aard van eenzaamheid<sup>2</sup> en het verband tussen sociale relaties en eenzaamheid zoals beschreven in Figuur 1<sup>1</sup>. Kwalitatieve en kwantitatieve relatieverwachtingen zijn bevraagd middels het topic: 'wat heb jij nodig om je niet eenzaam te voelen' met als subtopics 'in sociale relaties' en 'buiten sociale relaties'. In het subtopic 'binnen relaties' werden per relatie of type relatie (bijvoorbeeld vriendengroep, broers en zussen), gebaseerd op het werk van Akther Kahn et al.<sup>1</sup> vragen gesteld over kwantitatieve relatieverwachtingen (bijvoorbeeld contactfrequentie), kwalitatieve relatieverwachtingen (bijvoorbeeld gegeven en ontvangen steun), en meer algemeen over wat deze relatie belangrijk maakt. Het subtopic 'buiten relaties' bevatte geen subtopics. Respondenten werd gevraagd of er buiten de sociale relaties om nog elementen belangrijk waren om niet eenzaam te zijn. Teneinde een conversationele sfeer te bereiken en te behouden, mochten interviewers de volgorde van het interview aanpassen, mits alle interviewtopics werden besproken. Ieder interview werd afgesloten met een woord van dank, een terugblik op het interview door de respondent en een herhaling van het doel van het interview en wat er met de data gebeurt.

## Analyse

Interviews werden woordelijk getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Braun en Clarke's<sup>18</sup> benadering voor thematische analyse werd gebruikt om relevante patronen in de data te identificeren en te organiseren. Deze benadering kent zes fasen en combineert een inductieve en deductieve benadering, waardoor zij gebruikt kan worden voor theorievorming en het testen van theorie. ATLAS.ti versie 22 software werd gebruikt voor coderen en analyseren. De analyse is in zijn geheel uitgevoerd door de auteur. Na vertrouwd te raken met de data (fase 1) werden initiële codes gegeven aan tekstfragmenten (fase 2) en een eerste set van thema's gedefinieerd

(fase 3), te weten a) een label van het type relatie, b) een beschrijving van een relatieverwachting en c) een indicatie of deze verwachting kwantitatief of kwalitatief van aard was, bijvoorbeeld: 'broer, ontvangen steun, kwalitatief' of 'partner, vaak contact, kwantitatief'. Het 'social relationships expectations framework'<sup>1</sup> werd als een kader gebruikt op basis waarvan relatieverwachtingen werden gelabeld, maar aanvullende relatieverwachtingen waren ook mogelijk. Uitspraken over ervaringen met eenzaamheid en samenstellingen van netwerken werden apart gecodeerd. Deze set werd getest op twee interviews (fase 4), wat resulteerde in een vaste manier van coderen (fase 5). De thema's, zoals beschreven bij fase 3 werden geordend op basis van type relatie en type relatieverwachting en gerapporteerd. Ervaringen met eenzaamheid werden apart gerapporteerd (fase 6). In de discussie worden de resultaten gerelateerd aan de bestaande literatuur over eenzaamheid en relatieverwachtingen.

## Resultaten

De leeftijden van de 18 respondenten varieerden tussen de 62 en 93 jaar. Twee respondenten wilden hun exacte leeftijd niet vertellen. De meeste respondenten werkten niet of niet meer (N=16). Twee waren zich aan het voorbereiden op pensionering. De resultatensectie begint met een beschrijving van de ervaringen met eenzaamheid van de respondenten, gevolgd door een beschrijving van de samenstelling van netwerken en eindigt met beschrijvingen van de kwalitatieve en kwantitatieve relatieverwachtingen over verschillende soorten relaties.

### Ervaringen met eenzaamheid

Alle respondenten beschrijven eenzaamheid als een negatief gevoel. Bijvoorbeeld wanneer je je verlaten of niet ondersteunt voelt, wanneer je meer contact of verbinding wilt, wanneer je niet belangrijk bent voor anderen, wanneer je je onbegrepen voelt of wanneer je het gevoel hebt dat jouw ideeën niet welkom zijn. Eenzaamheid gaat vaak gepaard met gevoelens van angst, verdriet of onveiligheid. Voor sommige respondenten was eenzaamheid een periodiek terugkerend gevoel vanaf de kindertijd. Anderen werden incidenteel geraakt door eenzaamheid op specifieke momenten in hun leven, gekoppeld aan belangrijke levensgebeurtenissen. Enkele respondenten beschouwden zichzelf als veerkrachtig: mochten ze in de toekomst geconfronteerd worden met ingrijpende levensgebeurtenissen, dachten ze hierdoor niet langdurig eenzaam te worden. Dit betrof respondenten die van zichzelf dachten of wisten dat ze goed met tegenslagen konden omgaan. Echter, de meeste respondenten gingen er vanuit dat het verliezen van bepaalde naasten, met name de partner, een eenzaamheid zou veroorzaken die zeer moeilijk of onmogelijk te herstellen zou zijn. In de meeste gevallen werd eenzaamheid beschouwd als iets dat werd ervaren in een mix van verschillende emoties. Zo stelde een respondent over haar gevoelens van

eenzaamheid na haar verweeduwing *“Mijn man is 14 jaar terug overleden. Dat was heel heftig. Het wordt wel milder nu voor mij, maar je bent dus wel constant alleen. (...) Daar heb ik het heel moeilijk mee, maar ik heb gelukkig mijn kinderen en mijn kleinkinderen. (...) Dus mijn leven is niet helemaal eenzaam.” (Vrouw, 80 jaar)*

### Samenstelling van netwerken

De sociale netwerken van de respondenten verschilden sterk in omvang. Sommige netwerken waren groot en divers, terwijl andere klein en homogeen waren. Een respondent vond het moeilijk om meer dan één persoon te noemen die dichtbij haar stond. Netwerken bestonden bijvoorbeeld uit partners, kinderen, kleinkinderen, broers en zussen, vrienden, burens, (voormalige) collega's en bekenden van organisaties en (sport)clubs. Wanneer gevraagd naar welke leden van het netwerk het meest belangrijk waren, werd indien aanwezig, eerst de partner genoemd, gevolgd door eventuele kinderen en kleinkinderen. Vrienden, broers en zussen volgden daarna of stonden vaak op gelijke hoogte. Een goede relatie met broers of zussen werd beschreven als 'zoals met vrienden'. Tot slot volgde overige relaties, zoals relaties met burens of leden van (sport)clubs. Voor respondenten zonder partner waren kinderen en kleinkinderen het meest belangrijk. Waren kinderen en kleinkinderen afwezig of niet beschikbaar, dan waren vrienden, broers of zussen het meest belangrijk. Ontbraken deze ook, dan werd het belang van overige contacten benadrukt.

### Relatieverwachtingen: de partner

Respondenten met een partner zagen veelvuldig contact met deze partner als een belangrijke voorwaarde om niet eenzaam te zijn. Een aantal respondenten had na een echtscheiding of verweeduwing een nieuwe partner gevonden. Relatieverwachtingen van de nieuwe partner lagen anders dan van de oude partner. Iedereen was het eens dat een nieuwe partner de oude niet kon vervangen, maar eerder iets nieuws bracht. Een verweeduwde respondent stelde over zijn nieuwe partner: *“Het was niet het invullen van een leegte ofzo. Ik leerde haar kennen en ik vond het een interessante dame. Ik heb vrij veel contact gezocht en op een gegeven moment is het wat tussen ons geworden. Dat was niet vanuit een gemis.” (Man, 72 jaar)* Voor alle respondenten met een partner was een hoge contactfrequentie belangrijk. Daarbij maakte het niet uit of dit een oude of nieuwe partner betrof.

Respondenten die een partner hadden verloren bevestigden in veel gevallen het belang van het hebben van een partner, hoewel het gemis van de partner niet voor al deze respondenten nog eenzaam aanvoelde. De meeste respondenten die een partner hadden verloren wilden graag een nieuwe relatie, mede uit angst later eenzaam te zijn. Een verweeduwde respondent vertelde: *“Ik zou er niet aan moeten denken dat ik m'n ouwe dag in m'n eentje zit. Dat zou ik verschrikkelijk vinden. (...)”*

(Man, 63 jaar) Enkele respondenten hadden negatieve ervaringen met voormalige partners en wilden geen nieuwe relatie meer. De relatieverwachtingen die zij voorheen hadden over hun voormalige partners werden niet gerealiseerd en zij dachten ook niet dat een eventuele nieuwe partner dat wel zou kunnen.

Respondenten noemden verschillende kwalitatieve kenmerken van de partnerrelatie als belangrijk om zich niet eenzaam te voelen, zoals liefde, vrijheid, comfort, openheid (alles samen delen), steun, toewijding, vriendschap, samen dingen doen, humor en geïnspireerd worden door de ander. Een gehuwde respondent vond al deze dingen in haar partner: *“Dat je met je partner alles kunt bespreken. En dat die jou ook helemaal kan lezen en gewoon zonder woorden al begrijpt wat jij nodig hebt of hoe je je voelt. (...) dat heeft denk ik ook te maken met vrijheid en gebondenheid. Ruimte geven en vrijheid geven. Maar ook nabijheid bieden.”* (Vrouw, 65 jaar) Alle respondenten met een partner in dit onderzoek beschreven een soortgelijke band met hun partner.

### **Relatieverwachtingen: kinderen en kleinkinderen**

Respondenten met kinderen en kleinkinderen beschouwden hen als bijna net zo belangrijk om zich niet eenzaam te voelen als de partner. Wanneer de partner was weggefallen, vormden relaties met kinderen en kleinkinderen de belangrijkste relaties in de levens van respondenten. Respondenten zonder kinderen en kleinkinderen brachten een eventueel gemis hieraan niet naar voren in de interviews en dit leek voor deze respondenten dan ook geen rol te spelen in eventuele aanwezigheid van eenzaamheid. Een hoge contactfrequentie met kinderen en kleinkinderen werd als wenselijk gezien. Soms bleek dit echter moeilijk, omdat kinderen ver weg woonden of druk waren. Het bijstellen van relatieverwachtingen werd door sommige mensen gebruikt voor het omgaan met een lage contactfrequentie. Een respondent vertelde over de relatie met haar kleinzoon: *“Die is nu bijna 30. Die komt heel af en toe bij oma. Hij vindt mij lief maar hij heeft geen tijd voor mij. Dat weet ik en daar heb ik ook vrede mee.”* (Vrouw, 93 jaar). Andere respondenten gebruikten technologie om een hoge contactfrequentie te onderhouden, zoals de respondent met een kind die in een ander land woont: *“Eentje woont in [ander land], dus dat is lastiger. Aan de andere kant zie ik die heel veel op de film. Beeldbellen.”* (Vrouw, 64 jaar) Oppassen werd gebruikt als een manier om frequent contact te hebben met kinderen en kleinkinderen. Een respondent vertelde hierover: *“Die zijn allemaal uitgewaaid en hebben allemaal gezinnen. Ik heb een sterke behoefte om daarbij te zijn. Ik ben dan ook de eerste die erbij is om op te passen. (...) Dat vind ik ontzettend leuk. (...) Ruim een half jaar zat ik iedere maandagmorgen in de trein om op (naam kleinkind) te passen. Ik vond dat fantastisch.”* (Man, 74 jaar) Deze strategieën, het bijstellen van verwachtingen en het gebruik maken van gelegenheden om toch een hoge contactfrequentie te behouden, droegen bij aan het voorkomen van eenzaamheid.

Sociale steun en genegenheid werden genoemd als belangrijke kwalitatieve kenmerken voor de relatie met kinderen en kleinkinderen. Een zekere mate van reciprociteit werd ervaren in de relatie met kinderen, maar vaak noemden respondenten een scheefheid in de verdeling van steun: respondenten gaven meer steun dan ze ontvingen. Dit werd als passend en normaal beschouwd. De meeste respondenten voelden zoveel genegenheid voor hun kinderen dat ze bijna alles voor hen zouden doen, zelfs als dit ten koste ging van het eigen welbevinden. Zo had in een geval een respondent informatie achtergehouden over haar voormalige echtgenoot tegenover haar kinderen. Deze echtgenoot had haar niet goed behandeld, maar ze koos ervoor haar kinderen dit niet te vertellen, zodat zij een goede band met hun vader zouden houden: *“Ik heb heel veel verdriet gehad, maar niemand heeft dat gezien. Ook mijn kinderen niet. Daarom snappen ze het niet. Als ik echt het verhaal had verteld, dan hadden ze het begrepen, maar ik wilde hen daar niet mee belasten.”* (Vrouw, 93 jaar) Bij één respondent was de relatie met haar dochter verstoord geraakt, wat verdriet en eenzaamheid opleverde. Toch bleef haar genegenheid voor haar dochter bestaan. Zij wist de relatieverwachtingen ten aanzien van haar dochter bij te stellen, zodat ze toch contact kon houden met haar dochter: *“De kleinkinderen zijn allebei uit huis geplaatst. (...) Op een gegeven moment heeft mijn dochter aangegeven dat er geen contact meer mocht zijn tussen oma en de kleinkinderen. Toen heb ik me heel eenzaam gevoeld. Toen heb ik een half jaar, drie kwart jaar geen contact meer gewild met mijn dochter. Maar, het is en blijft mijn dochter dus daar ben ik ook wel weer moeder genoeg voor om dat niet helemaal af te kappen. Dat vind ik ook een verschrikking.”* (Vrouw, leeftijd onbekend)

Met het verstrijken van tijd veranderden relaties die respondenten met kinderen en kleinkinderen hadden. Hierbij werden soms andere sociale rollen aangenomen. Dit werd beschouwd als een natuurlijk en positief proces, waarbij ook andere relatieverwachtingen horen. Een respondent vertelde over de relatie met haar dochter: *“Mijn oudste dochter is ook echt een goede vriendin van mij. (...) Ja, sinds ze kindertjes heeft.”* (Vrouw, 64 jaar) Hoewel veranderingen voor enkele respondenten ook moeilijk bleken, bijvoorbeeld wanneer kleinkinderen in andere levensfasen belandden en relaties hierdoor veranderden. Eén respondent vertelde dat hij moeite heeft de relatie met zijn kleinzoon te onderhouden, nu deze in de pubertijd zit: *“Mijn oudste kleinzoon wordt komende zondag zestien. Dat vind ik wel lastig. (...) Ik merk wel dat er nu andere dingen van je worden gevraagd.”* (Man, 74 jaar)

### **Relatieverwachtingen: vrienden, broers en zussen**

Het merendeel van de respondenten gaf aan vrienden ongeveer even belangrijk te vinden als broers en zussen. Enkelen hadden hechtere relaties met broers en zussen, anderen met vrienden. Verwachtingen over beide typen relaties bleken in

deze groep respondenten ongeveer gelijk te zijn, vandaar dat ze hier samen worden behandeld. Op één respondent na, hadden alle respondenten één of meer goede vrienden of een vriendschappelijke band met een broer of zus. De respondenten gaven aan geen specifiek aantal vrienden, broers of zussen nodig te hebben om geen eenzaamheid te voelen. De huidige vrienden, broers en zussen werden wel belangrijk gevonden. Het verliezen van een vriend, broer of zus werd beschouwd als een potentiële oorzaak voor eenzaamheid.

Respondenten die ten tijde van het interview wél een partner en kinderen hadden, vonden frequent contact met vrienden en broers/zussen niet erg belangrijk. Weten dat vrienden, broers of zussen er zouden zijn wanneer dat nodig was, werd als belangrijker beschouwd om zich niet eenzaam te voelen. Zo vertelde een respondent over de aard van vriendschap: *“Hechte vrienden blijven, zelfs als je elkaar niet vaak ziet. Er kunnen jaren zijn waarin je elkaar nauwelijks ziet en dan, wanneer je weer bij elkaar komt, ga je gewoon verder waar je was gebleven.”* (Vrouw, 70 jaar) Respondenten zonder partner en kinderen hadden wél een hoge contactfrequentie met vrienden of broers/zussen nodig. Een respondent zonder partner en met een slechte relatie met haar kinderen vertelde over haar beste vriendin: *“Ik heb mijn vriendin al een tijdje niet gezien <vanwege lockdownmaatregelen>. Gelukkig hebben we telefoons. Soms bellen we elkaar over het kleinste ding. Even een snel telefoontje en voor we het weten is er al een uur voorbij.”* (Vrouw, exacte leeftijd onbekend) Het gemis aan contact met haar vriendin gaf haar een gevoel van eenzaamheid. Telefonisch contact bood hiervoor slechts beperkt compensatie.

Respondenten noemden verschillende kwalitatieve kenmerken die de relatie met een vriend, broer of zus karakteriseren, namelijk iemand die er altijd voor je is om naar je te luisteren, om sociale steun te bieden (en te ontvangen), en die open, direct en eerlijk naar je kan zijn. Het samen doormaken van moeilijke levensgebeurtenissen versterkt de band. Een respondent vertelde over een moeilijke levensgebeurtenis in zijn vriendengroep: *“De eerste van onze groep heeft onlangs zijn vrouw verloren. We maken dit samen door. (...) Een gedeelde ervaring als deze versterkt de relatie.”* (Man, 68 jaar) Vrienden, broers en zussen boden vaak instrumentele en emotionele steun wanneer dat nodig was. Een respondent vertelde over de steun van zijn zus na het overlijden van zijn echtgenote: *“Mijn zus heeft me gesteund. Er moeten zoveel dingen worden geregeld als iemand overlijdt. Ze zei, kom bij me eten, breng de was mee. (...) Ik waardeerde dat.”* (Man, 62 jaar) Respondenten zonder partner of kinderen hadden hogere verwachtingen over steun van vrienden, broers en zussen dan respondenten met een partner of kinderen. Mogelijk komt dit doordat respondenten met een partner of kinderen deze steun van hen ontvingen. Wederkerigheid in vriendschappelijke relaties werd als belangrijk beschouwd. Een respondent vertelde na enige

aarzeling dat het belangrijk is iets terug te krijgen van de ander: *“Misschien klinkt dit te economisch, maar ik investeer graag in mensen als ik er ook iets voor terug krijg. Er moet wederkerigheid zijn. Impliciet is dat hoe ik mijn relaties beoordeel. Moet ik deze relatie dragen? Is de ander oprecht in mij geïnteresseerd? Geeft de ander om mij? Wil ik om deze persoon geven?”* (Vrouw, 65 jaar) Wanneer gevestigde vrienden, broers en zussen, niet langer in staat bleken tot wederkerigheid, werd dat doorgaans niet als problematisch ervaren. Relatieverwachtingen werden in dergelijke gevallen bijgesteld. Echter, wanneer steun van vrienden, broers of zussen nodig en verwacht werd, maar niet werd gegeven, zet dit druk op relaties. Een respondent vertelde over een moeilijke periode in zijn leven, waarbij hij steun verwachtte van zijn vrienden. Dit had consequenties voor zijn waardering voor deze relaties: *“Toen ik een moeilijke periode doormaakte, waren sommige van mijn vrienden niet zo responsief. Ik had meer steun van hen verwacht. Ik zie ze nu minder, omdat ik teleurgesteld was.”* (Man, 72 jaar)

Tijd speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van relaties met vrienden, broers en zussen. Deze relaties zijn in de loop van vele jaren opgebouwd en gaan vaak terug naar toen respondenten kinderen of jongvolwassenen waren. Gedeelde tijd en ervaringen in het heden en verleden versterken relaties. Bij sterkere relaties horen ook hogere relatieverwachtingen. Een respondent vertelde over de relatie met zijn beste vriend: *“We kennen elkaar al 50 of 60 jaar. Onze vrouwen werden ook vrienden. (...) We praten vaak over onze tijd op de universiteit, de dingen die we toen deden. We waren getuige op elkaars bruiloften, die maar vier dagen uit elkaar lagen. We zullen onze huwelijksdagen volgende week samen vieren. Deze relatie is bijzonder voor mij. We herkennen veel in elkaar. We geven veel aan elkaar.”* (Man, 75 jaar) Gedeelde tijd en ervaringen met vrienden, broers en zussen werd door vrijwel alle respondenten als een belangrijk kenmerk van de relatie benoemd. Relatieverwachtingen groeien over de tijd en aan de hand van gedeelde ervaringen met de relatie mee. Naarmate een relatie langer duurt en er meer gedeelde ervaringen zijn, worden relaties hechter en relatieverwachtingen hoger.

### **Relatieverwachtingen: groepen mensen**

Respondenten noemden verschillende groepen mensen waarmee ze een connectie voelden, die minder hecht was dan de connectie met vrienden, maar toch belangrijk om zich niet eenzaam te voelen, bijvoorbeeld burens of mensen van vereniging of clubjes. Bijna alle respondenten gaven aan dat dergelijke groepen belangrijk waren. Een respondent vertelde hierover en benadrukte dat het onderhouden van contact met deze groepen bij het ouder worden niet altijd even gemakkelijk was: *“Ik heb mijn tennisvrienden en mijn kookvrienden. (...) Ik noem dit ‘sociale connecties’. Het zit allemaal in die cirkel. Natuurlijk wordt die cirkel kleiner...”* (Vrouw, 64 jaar) Wanneer de connectie met dergelijke groepen ontbreekt, wordt een gemis ervaren dat samengaat met een



zekere mate van eenzaamheid. Een respondent vertelde over de relatie met zijn burens: *“Er zijn veel nieuwe, jonge gezinnen in onze straat. Ze leggen gemakkelijk contact met elkaar, omdat ze allemaal kleine kinderen hebben die naar dezelfde school gaan (...). Op een dag zag ik vijf stellen uit mijn straat samen een huis ingaan en dacht, ‘ik hoor er niet meer bij’. Dat voelde... onaangenaam. (...) Voor mij is het belangrijk om me ergens bij te voelen horen, om erbij te passen.”* (Man, 74 jaar) In de meeste gevallen hadden respondenten regelmatig contact met mensen uit deze groepen (bijvoorbeeld burens of mensen van vereniging of clubjes), omdat de afstand tussen groepsleden klein was of omdat er regelmatig groepsbijeenkomsten waren. Groepen mensen waren belangrijk voor respondenten om samen leuke dingen mee te doen, omdat ze dagelijkse routine boden en omdat ze een gevoel van zingeving boden. Een respondent vertelde over wat haar zingeving bood: *“Na mijn pensioen vond ik het belangrijk om bij te dragen aan de levens van anderen. Ik begon als vrijwilliger (.). Nu kook ik elke dinsdag voor een groep jongeren en hun begeleiders. Slechts één van hen kan praten, de anderen niet, maar toch voel ik me echt verbonden. (.) Het geeft me veel voldoening, om iets te kunnen betekenen voor hen.”* (Vrouw, 65 jaar)

Een aantal respondenten beschreef het deel uitmaken van het openbare leven als belangrijk voor het niet eenzaam voelen. Voor hen was het belangrijk om mensen op straat te begroeten of te kletsen met onbekenden. Een klein aantal respondenten had nauwelijks een sociaal netwerk. Bestaande sociale structuren zoals de (vrijwillige) werkplek, cafés of lunchrooms werden gebruikt om toch sociaal contact te hebben met anderen. Zelfs zonder een persoonlijk sociaal netwerk streefden respondenten ernaar om deel uit te maken van het sociale leven. Vaak ging het om heel kleine contacten die erg waardevol waren voor deze respondenten. Een respondent met een klein sociaal netwerk vertelde over hoe hij contact zoekt in een café: *“Ik ga vaak naar dit café, drink een kopje koffie en een broodje en daar kan ik met honderden mensen kletsen. Het is best leuk. (.) Het maakt me gelukkig. Ik zeg gewoon ‘hoe gaat het’ en ze zeggen ‘goed’. Dat is het.”* (Man, 63 jaar)

## Discussie

In dit onderzoek zijn de kwantitatieve en kwalitatieve relatieverwachtingen van oudere volwassenen die vervuld moeten worden om niet eenzaam te worden bestudeerd. Akther-Kahn et al. benoemen in het ‘social relationships expectations framework’ zes typen relatieverwachtingen: beschikbaarheid en nabijheid, ontvangen van zorg en ondersteuning, intimiteit, plezier, generativiteit en gerespecteerd en gewaardeerd worden<sup>1</sup>. Beschikbaarheid en nabijheid betreffen kwantitatieve relatieverwachtingen, de overige relatieverwachtingen zijn kwalitatief van aard. De resultaten van deze studie tonen dat oudere volwassenen méér en andere verwachtingen

hebben van netwerkleden die dichterbij hen staan dan van netwerkleden die op meer afstand staan. Indien aanwezig stonden partners doorgaans het meest dichtbij, gevolgd door kinderen en kleinkinderen, vrienden en broers en zussen, en andere relaties. Diversiteit in het netwerk is belangrijk om eenzaamheid te voorkomen en welzijn te bevorderen<sup>11, 12</sup>. Echter, binnen een divers netwerk zijn bepaalde relaties meer of op andere wijze van belang dan andere relaties<sup>10, 19, 20</sup>. Over de omvang van het sociale netwerk bestaan geen expliciete verwachtingen. Echter, wanneer een belangrijke relatie wegvalt, achten de deelnemers aan dit onderzoek eenzaamheid waarschijnlijk. Eerder onderzoek bevestigt dit beeld van de deelnemers als een realistisch scenario<sup>21, 22</sup>.

Resultaten van deze studie tonen de volgende relatieverwachtingen over meer belangrijke relaties: beschikbaarheid, nabijheid, zorg, ondersteuning, intimiteit en plezier. Bij minder belangrijke relaties zijn dit plezier en afleiding. Wederkerigheid is belangrijk: het bieden van nabijheid of geven van steun is net zo belangrijk, soms zelfs belangrijker dan het ontvangen daarvan. Generativiteit en respect en waardering werden benoemd in de interviews, maar werden niet expliciet in verband gebracht met eenzaamheid of relatieverwachtingen. De bevindingen zijn grotendeels in lijn met het werk van Huxhold en Fiori<sup>10</sup>. Zij koppelden de relatieverwachtingen uit het 'social relationships expectations framework'<sup>1</sup> aan bestaande ideeën over gelaagdheid in sociale structuur van relaties<sup>7-9</sup>. De eerste laag (hechte contacten), zou met name voorzien in intimiteit en steun, de tweede laag (familie, vrienden en bekenden) in plezier, de derde laag (betrokkenheid bij de gemeenschap) in generativiteit en respect. Nabijheid wordt op verschillende manieren van de eerste twee lagen verwacht. Ten opzichte van het werk van Huxhold en Fiori verschillen de resultaten van de huidige studie met betrekking tot de relatieverwachting op drie manieren: (1) plezier wordt niet alleen verwacht van de tweede laag, maar ook van de eerste laag, (2) generativiteit en respect worden in de huidige studie niet gevonden als relatieverwachting om niet eenzaam te worden en (3) het belang van wederkerigheid als relatieverwachting wordt toegevoegd.

Relatieverwachtingen zijn dynamisch van aard. Uit eerdere studies beek dat relatieverwachtingen met de tijd veranderen en samenhangen met omstandigheden<sup>5, 14, 15</sup>. In de huidige studie worden veranderingen in relatieverwachtingen eveneens besproken. Verwachtingen aanpassen aan de context is belangrijk om het gevoel van eenzaamheid tegen te gaan. In sommige gevallen worden relatieverwachtingen naar beneden bijgesteld. Bijvoorbeeld wanneer volwassen kinderen ver weg verhuizen kan de verwachting rondom contactfrequentie naar beneden worden bijgesteld, of wanneer een vriend zorgafhankelijk wordt kan de verwachting over ontvangen

steun worden verlaagd. Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de mate van veranderlijkheid van relatieverwachtingen.

Het bestaan van dynamische relatieverwachtingen heeft twee belangrijke implicaties voor eenzaamheidsinterventies. Het is bekend dat maatwerk een belangrijke succesfactor is in de aanpak van eenzaamheid<sup>23-25</sup>. Teneinde maatwerk te leveren is het belangrijk om te weten welke kwantitatieve en kwalitatieve relatieverwachtingen niet worden gerealiseerd, zodat hierop kan worden ingespeeld. Daarnaast leert het bestaan van dynamische relatieverwachtingen ons dat het verbeteren van (bestaande) relaties niet de enige manier om eenzaamheid aan te pakken, maar dat het bijstellen van relatieverwachtingen eveneens mogelijkheden biedt. Eerdere studies benoemden het bijstellen van relatieverwachtingen al als een mogelijke aanpak van eenzaamheid<sup>26, 27</sup>. De huidige studie voegt hier bewijslast aan toe dat oudere volwassenen hun relatieverwachtingen daadwerkelijk kunnen bijstellen als de situatie daarom vraagt en dat dit hen helpt om zich niet eenzaam te voelen. Interventies zouden hierop kunnen inspelen door in gesprek te gaan over relatieverwachtingen en de haalbaarheid daarvan, zodat eenzame, oudere volwassenen hun relatieverwachtingen leren herkennen en kunnen bijstellen. Het 'social relationships expectations framework'<sup>1</sup> biedt inzicht in typen relatieverwachtingen waarop mogelijke bijstelling kan plaatsvinden.

Een belangrijke beperking aan dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van een 'convenience sample'. Er is bewust gezocht naar respondenten die bereid waren te praten over eenzaamheid en hun relatieverwachtingen. Bereidwilligheid om te praten over de onderwerpen van deze studie was een voorwaarde om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Tegelijkertijd is het mogelijk dat door deze selectie bepaalde relatieverwachtingen zijn uitvergroet of juist gemist. In praktische zin is het waarschijnlijk dat niet alle oudere volwassenen hun gedachten over een abstract concept zoals relatieverwachtingen zo gemakkelijk kunnen uiten, hetgeen gebruik van deze kennis voor interventiedoelstellingen bemoeilijkt.

## Conclusie

Dit onderzoek bespreekt kwantitatieve en kwalitatieve relatieverwachtingen die gerealiseerd moeten worden door oudere volwassenen om zich niet eenzaam te voelen. Sociale netwerken kennen een structuur, sommige relaties zijn belangrijker dan anderen. Indien aanwezig zijn partners vaak het meest belangrijk, gevolgd door kinderen en kleinkinderen, vrienden en broers en zussen, en andere relaties. Een hoge contactfrequentie, beschikbaarheid, nabijheid, het bieden van zorg en steun, intimiteit en plezier worden verwacht van de belangrijkste sociale relaties. Van

minder belangrijke sociale relaties wordt verwacht dat zij beschikbaar zijn wanneer dat nodig is en dat zij plezier en afleiding bieden. Verwachtingen over relaties veranderen in de loop van de tijd en als gevolg van sociale omstandigheden. Het bestaan van dynamische verwachtingen van relaties heeft belangrijke implicaties voor interventies gericht op eenzaamheid.

## Dankwoord

Met dank aan Astrid Bons, Fleur Henckens en Bas van der Lee voor hun rol in het verzamelen van de data.

## Financiering

Dit onderzoek is medegefinancierd door Regieorgaan SIA, onderdeel van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) onder nummer HBOPD.2018.05.018.

## Referenties

1. Akhter-Khan SC, Prina M, Wong GH, Mayston R, Li L. Understanding and addressing older adults' loneliness: The social relationship expectations framework. *Perspect Psychol Sci.* 2023;18(4):762-77. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>.
2. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.* New York: John Wiley & Sons; 1982. p. 1-20.
3. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol bull.* 1995;117(3):497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>.
4. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(6):695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>.
5. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science.* 2006;312(5782):1913-5. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>.
6. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist.* 1997;52(4):366-80. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>.
7. Ten Bruggencate AA, Luijkx KG, Sturm J. Social needs of older people: A systematic literature review. *Ageing and Society.* 2018;38(9):1745-70. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000150>.
8. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):238-49. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>.
9. Reynolds RM, Meng J, Dorrance Hall E. Multilayered social dynamics and depression among older adults: A 10-year cross-lagged analysis. *Psychology and Aging.* 2020;35(7):948-62. <https://doi.org/10.1037/pag0000569>.

10. Huxhold O, Fiori KL. Understanding loneliness in late life. *Current Opinion in Psychology*. 2024;57:101801. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101801>.
11. Lam J, Broccatelli C, Baxter J. Diversity of strong and weak ties and loneliness in older adults. *J Aging Stud*. 2023;64:101097. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101097>.
12. Collins HK, Hagerty SF, Quoidbach J, Norton MI, Brooks AW. Relational diversity in social portfolios predicts well-being. *Proc Natl Acad Sci*. 2022;119(43):e2120668119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2120668119>.
13. Huxhold O, Fiori KL, Windsor T. Rethinking Social Relationships in Adulthood: The Differential Investment of Resources Model. *Personality and Social Psychology Review*. 2022;26(1):57-82. <https://doi.org/10.1177/10888683211067035>.
14. Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist*. 2014;54(1):82-92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>.
15. Dykstra P, De Jong Gierveld J. The theory of mental incongruity, with a specific application to loneliness among widowed men and women. In: Erber R, Gilmour R, editors. *Theoretical Frameworks for Personal Relationships*. New Jersey: Erlbaum; 1994. p. 235-57.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
17. Schoenmakers EC. Exploring relationship expectations and loneliness among older adults. *DataverseNL, Sia, Postdoc HBO*; 2024. <https://doi.org/10.34894/8U9C9A>.
18. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: Cooper H, Camic PM, Long DL, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ, editors. *APA Handbook of research methods in psychology*. Washington DC: American Psychological Association; 2012. p. 57-71.
19. Holtfreter K, Reisis MD, Turanovic JJ. Self-rated poor health and loneliness in late adulthood: Testing the moderating role of familial ties. *Advances in Life Course Research*. 2016;27:61-8. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.11.006>.
20. Von Soest T, Luhmann M, Hansen T, Gerstorf D. Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2020;118(2):388. <https://doi.org/10.1037/pspp0000219>.
21. Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment Health*. 2022;26(2):225-49. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>.
22. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, VanRoekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):250-64. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>.
23. Bessaha ML, Sabbath EL, Morris Z, Malik S, Scheinfeld L, Saragossi J. A systematic review of loneliness interventions among non-elderly adults. *Clin Soc Work J*. 2020;48(1):110-25. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00724-0>.
24. Fokkema C, Van Tilburg T. Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2007;38(4):161-77. <https://doi.org/10.1007/BF03074846>.
25. Akhter-Khan SC, Au R. Why loneliness interventions are unsuccessful: A call for precision health. *Adv Geriatr Med Res*. 2020;4(3):e200016. <https://doi.org/10.20900/agmr20200016>.
26. Schoenmakers EC, Van Tilburg TG, Fokkema T. Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: How are they related? *Eur J Ageing*. 2015;12(2):153-61. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0336-1>.
27. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F, van Driel M. A systematic literature review on the association between loneliness and coping strategies. *Psychol Health Med*. 2018;23(8):899-916. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1446096>.

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

## Realiseren van een passende functiemix in verpleeghuizen

### Werken aan teamsamenstelling én interprofessionele samenwerking

Marleen Lovink<sup>1\*</sup>, Annette O.A. Plouvier<sup>1</sup>, Sofie Barendse<sup>1</sup>, Anneke van Vught<sup>2</sup>, Raymond T.C.M. Koopmans<sup>1</sup>, Debby L. Gerritsen<sup>1</sup>, Anke Persoon<sup>1</sup>

#### Samenvatting

Het aantal ouderen met een complexe zorgvraag neemt toe in Nederlandse verpleeghuizen en tegelijkertijd is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Om passende zorg te kunnen blijven bieden, is herziening van de organisatie van zorg nodig. De doelen van dit onderzoek waren kennis te genereren over: 1) hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden en 2) het ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix in verpleeghuizen. In dit participatief actieonderzoek namen vijf zorgorganisaties met zeven teams deel. De focus in dit onderzoek lag op de verzorgende/verpleegkundige, psychologische en medische disciplines. De teams gingen aan de slag met het optimaliseren van hun functiemix aan de hand van op organisatieniveau geformuleerde vuistregels en een door de actieonderzoeker gemaakte situatieanalyse. Data werden verzameld door logboeken van de actieonderzoekers en focusgroepen met de deelnemers. Uit de thematische analyse bleek dat teams startten met het creëren van helderheid over ieders functie en kwaliteiten, het optimaliseren van ieders inzet en het verbeteren van de interprofessionele samenwerking. Van daaruit ontstond inzicht in de optimale teamsamenstelling om passende zorg te kunnen bieden. Randvoorwaardelijk in het experimenteren met de functiemix bleken aanmoediging, begeleiding, tijd en (financiële) ruimte.

**Trefwoorden:** functiemix, actieonderzoek, verpleeghuis, interprofessionele teams

1 Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), Afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Radboudumc, Nijmegen.

2 Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen.

\* Correspondierend auteur: Marleen.Lovink@Radboudumc.nl

# Optimising skill mix in nursing homes

## Enhancing team composition and interprofessional collaboration

Marleen Lovink<sup>1\*</sup>, Annette O.A. Plouvier<sup>1</sup>, Sofie Barendse<sup>1</sup>, Anneke van Vught<sup>2</sup>,  
Raymond T.C.M. Koopmans<sup>1</sup>, Debby L. Gerritsen<sup>1</sup>, Anke Persoon<sup>1</sup>

### Abstract

In Dutch nursing homes, the number of older adults with complex care needs increases, while at the same time there is a shortage of professionals. This requires changes in the organisation of care in order to provide appropriate care. The aims of this study were to generate knowledge about: 1) how team composition and interprofessional collaboration influence each other and 2) the development and implementation of optimal skill mix in nursing homes. In this participatory action research study five nursing homes organisations participated with seven teams. The focus in this study was on the nursing, psychological and medical disciplines. The teams worked on optimizing their skill mix based on general rules formulated on organisation level and a situation analysis assessed by the action researcher. Data were collected by logbooks of the action researchers and focus groups with participants. Thematic analysis revealed that teams started with creating clarity about everyone's function and qualities optimising everyone's contribution and improving interprofessional collaboration. Therefrom they gained more insight into optimal team composition in order to provide appropriate care. Preconditions for experimenting with skill mix were support, coaching, time and (financial) space.

**Keywords:** Skill mix, Action research, Nursing homes, Interprofessional teams

---

1 University Knowledge Network for Older adult care Nijmegen (UKON), Department of Primary and Community Care, Research Institute for Medical Innovation, Radboud university medical center, Nijmegen, the Netherlands.

2 Organization of Care and Services, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, the Netherlands.

\* Corresponding author: Marleen.Lovink@Radboudumc.nl

## Inleiding

Het aantal ouderen met complexe zorgvragen neemt toe.<sup>1</sup> Doordat ouderen in Nederland langer thuis blijven wonen en pas naar een verpleeghuis gaan als het echt niet anders kan, is de zorgvraag van de ouderen die in verpleeghuizen verblijven nog complexer geworden. Tegelijkertijd zal de krapte op de arbeidsmarkt van verzorgenden en verpleegkundigen (V&V), psychologen en specialisten ouderengeneeskunde (SO's) de komende jaren verder stijgen.<sup>2,3</sup> Dit betekent dat zorgorganisaties voor grote uitdagingen staan om nu en in de toekomst passende zorg aan bewoners te bieden, ondanks de krapte.<sup>4</sup> Passende zorg is waarde gedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, is de juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.<sup>5</sup> Zorgorganisaties proberen de uitdagingen deels te adresseren door steeds meer regionaal samen te werken in het bieden van passende zorg.<sup>6</sup>

Uit eerder onderzoek blijkt dat meer personeel niet simpelweg leidt tot betere verpleeghuiszorg.<sup>7,8</sup> Oplossingsrichtingen liggen in het optimaal benutten van ieders expertise en inzet door onder andere het vergroten van de deskundigheid van V&V, het positioneren van de GZ-psycholoog als regiebehandelaar en taakherschikking van SO naar physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS) en basisartsen. Ook het optimaliseren van interprofessionele samenwerking en het verbeteren van de interprofessionele leer- en werkcultuur bieden kansen.<sup>9-12</sup> Interprofessionele samenwerking is het samenwerken binnen een team dat bestaat uit leden van verschillende disciplines, die al dan niet vanuit complementariteit samenwerken met ervaringsdeskundigen en elk vanuit hun expertise bijdragen aan het realiseren van een gezamenlijke opdracht.<sup>13</sup> Zowel de teamsamenstelling (aantal en type functies) en de interprofessionele samenwerking lijken van belang in het realiseren van een passende functiemix.<sup>14, 15</sup> Een functiemix is 'passend' indien deze bijdraagt aan passende zorg voor bewoners. Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden in het werken aan een passende functiemix. Ook is het niet bekend hoe professionals in de praktijk zelf aan de slag kunnen gaan met het optimaliseren van hun functiemix, en welke ondersteuning zij nodig hebben vanuit hun zorgorganisatie en/of regionale samenwerkingsverbanden. Om hier inzicht in te krijgen werd een actieonderzoek uitgevoerd waarin teams in verpleeghuizen werkten aan het optimaliseren van de functiemix van V&V, artsen/PA/VS en psychologen. Dit artikel richt zich op de kennisdoelen van het actieonderzoek.

De kennisdoelen waren:

1. Kennis genereren over hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden tijdens het werken aan een passende functiemix.



2. Kennis genereren over de wijze van ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix in verpleeghuizen door professionals, zorgorganisaties en regionale samenwerkingsverbanden.

## Methode

### Actieonderzoek

Van oktober 2021 tot en met december 2022 hebben wij in de zorgregio Nijmegen een participatief actieonderzoek uitgevoerd. Participatief actieonderzoek is een kritisch-relationale benadering van onderzoek, waarbij de actieonderzoeker samenwerkingsrelaties met en tussen de relevante stakeholders faciliteert, zodat participatie, wederzijds leren, kennisontwikkeling en verandering van die praktijk worden bevorderd.<sup>16</sup> Een actieonderzoek design is passend omdat de kennisvragen gaan over hoe professionals een verandering in kunnen zetten richting een passende functiemix. In dit actieonderzoek werkten professionals samen met drie actieonderzoekers aan het optimaliseren van de functiemix. De actieonderzoekers hadden verschillende achtergronden te weten: antropoloog, SO (niet-praktiserend) en verpleegkundige (niet-praktiserend), waarvan twee (uitgebreide) ervaring hadden met het ondersteunen van deelnemers in actieonderzoek.

### Deelnemers

Zes zorgorganisaties uit de regio Nijmegen werden benaderd voor deelname. De selectie van deze zes organisaties vond plaats op basis van variatie in grootte en de aanwezigheid van een eigen behandelteam. Eén organisatie liet weten niet deel te kunnen nemen door de ervaren werkdruk. Bij drie van de vijf deelnemende organisaties waren V&V, psychologen en artsen in dienst van de organisatie. De andere twee organisaties hadden V&V in dienst en huurden psychologen en artsen in.

Tien teams werden benaderd voor deelname op basis van variatie in het aantal bewoners en het type zorgvragen van bewoners waar zij voor zorgden. Met team bedoelen we het interprofessionele team dat op een zorgafdeling samenwerkt, bestaande uit het V&V-team (woon-, zorg- en welzijnsondersteuners, helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen) en het behandelteam (bestaande uit psychologen, artsen/PA/VS, paramedici en geestelijk verzorgers). Binnen dit onderzoek lag de focus op het V&V-team, de psychologen en de artsen/PA/VS. Drie teams besloten niet deel te nemen in verband met werkdruk en personeelsuitval, dus zeven teams namen deel; vier op een psychogeriatrische (PG) afdeling, één op een hospice afdeling, één op een PG-revalidatie afdeling en één op een gemengd PG/somatische afdeling. Twee organisaties namen met twee teams deel, de andere drie organisaties met één team.

In elk team waren er één of meerdere kartrekkers: professionals die het team motiveerden en begeleidden, het overzicht bewaarden en het eerste aanspreekpunt waren voor de actieonderzoeker. In de meeste gevallen was dit een verzorgende of verpleegkundige, in een enkel geval een teamcoach.

## Actieperiode

De actieperiode bestond uit twee opeenvolgende cycli op verschillende niveaus. Cyclus één vond plaats op organisatieniveau, was een cyclus zonder uitvoeringsfase en omvatte: *oriëntatie*, *reflectie* en *planning*. Cyclus twee vond plaats op teamniveau en omvatte: *oriëntatie*, *reflectie*, *planning* en *uitvoering*. Aan elke organisatie was één actieonderzoeker gekoppeld.

Tijdens de *oriëntatie* op organisatieniveau hielden de actieonderzoekers per organisatie interviews met belangrijke stakeholders (appendix 1). Ook voerden de actieonderzoekers een documentanalyse uit. Op basis van alle verzamelde informatie maakten de actieonderzoekers een situatieanalyse van de huidige functiemix op organisatieniveau. Daarna volgden *reflectie* en *planning* door een voor dit project samengestelde organisatiebrede werkgroep die bestond uit een vertegenwoordiging van relevante stakeholders. De werkgroep reflecteerde op de situatieanalyse en formuleerde op basis daarvan 'vuistregels' voor een passende functiemix: een omschrijving van kaders waarbinnen de teams konden experimenteren met het optimaliseren van de functiemix (appendix 2).

Tijdens de *oriëntatie* in de teams voerden de actieonderzoekers per team een situatieanalyse uit, die bestond uit interviews, observaties en vragenlijsten over de functiemix (zie appendix 1). In zes van de zeven geïncludeerde teams vond vervolgens een startbijeenkomst plaats. Eén team kwam door de hoge werkdruk niet toe aan deze fase. In de startbijeenkomst vond *reflectie* plaats op basis van de situatieanalyse en de organisatiebrede vuistregels. In een tweede bijeenkomst volgde de *planning* en werkten de teams een plan van aanpak uit waarin zij verbeterpunten concreetiseerden in acties (appendix 3 en 4). In de *uitvoering* gingen de teams aan de slag met de acties. De actieonderzoeker ondersteunde de teamleden in dit proces door aan te sluiten bij overleg, reminders te sturen, mee te lezen met uitgewerkte acties, te adviseren, reflectie op gang te brengen door teamleden te bevragen, te sparren met de kartrekker en door het creëren van bewustwording over ieders eigen rol in het creëren van een passende functiemix.

## Dataverzameling en analyse

De actieonderzoekers hielden gedurende het gehele actieonderzoek een logboek bij. Daarin noteerden zij inhoudelijke memo's per organisatie en team, methodologische

memo's, een beschrijving van hun eigen activiteiten en rol, en reflecties op de situaties in de teams.

Aan het eind van het actieonderzoek vonden focusgroepen plaats op drie verschillende niveaus: team-, organisatie- en regioniveau. Een focusgroep is een methode waarbij de onderzoeker informatie verzamelt door met een groep deelnemers over een specifiek onderwerp in discussie te gaan. In vijf teams vond een focusgroep plaats. In twee teams was het niet mogelijk om een focusgroep te plannen door de hoge werkdruk, één van deze twee teams heeft online vragen beantwoord. Vervolgens vond in alle vijf de organisaties een focusgroep plaats met de voor dit project samengestelde organisatiebrede werkgroep. Op regioniveau vond één focusgroep plaats met vertegenwoordigers uit alle vijf de organisaties. Bij de focusgroepen met de teams was de eigen actieonderzoeker de gespreksleider, bij de focusgroep met de werkgroepen sloot een tweede actieonderzoeker aan als assistent gespreksleider en bij de focusgroep op regioniveau waren alle drie de actieonderzoekers aanwezig. Tijdens de focusgroepen kwamen de volgende punten aan bod: evaluatie op bereikt effect, evaluatie en reflectie op het proces, ondersteuning vanuit de organisatie en regio, de samenhang tussen teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking, tips en trucs voor een passende functiemix, en aanbevelingen voor continue aandacht voor passende functiemix. Van alle bijeenkomsten werden samenvattingen gemaakt.

De actieonderzoekers voerden een thematische analyse uit van de logboeken en samenvattingen van de focusgroepen.<sup>17</sup> Dataverzameling en analyse was hierbij een iteratief proces. De analyse van de focusgroepen met de teams gaf input voor de focusgroepen met de werkgroepen en de analyse van de focusgroepen met de werkgroepen gaf weer input voor de focusgroep op regioniveau.

### **Ethische aspecten**

Het actieonderzoek is voorgelegd aan de METC Oost-Nederland, die geoordeeld heeft dat het onderzoek niet valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (2021-13274). Alle deelnemers werden vooraf schriftelijk en mondeling geïnformeerd en gaven informed consent.

### **Resultaten**

Bij de vijf focusgroepen met de teams waren in totaal 34 deelnemers aanwezig: 19 V&V, drie psychologen, drie artsen/PA/VS, drie (team)coaches, zes overig. Vier deelnemers beantwoordden online vragen: één V&V, één psycholoog, twee artsen/PA/VS. Bij de vijf focusgroepen met de voor dit project samengestelde organisatiebrede

werkgroepen waren in totaal 36 deelnemers aanwezig: 12 V&V, twee psychologen, vier artsen/PA/VS, 16 bestuur/management/HR, twee overig. Aan de focusgroep op regioniveau namen acht mensen deel: zes vertegenwoordigers namens de vijf deelnemende organisaties, de projectleider, en de opdrachtgever.

De teams hadden in meer of mindere mate gewerkt aan hun doelen. Sommige teams hadden hier nauwelijks ruimte voor gehad of genomen, terwijl in andere teams veel veranderingen waren doorgevoerd. Uit de thematische analyse identificeerden we één thema dat beschrijft hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden en vier thema's die belangrijk zijn bij het ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix, te weten: a) randvoorwaarden voor teams, b) als team aan de slag met passende functiemix, c) als organisatie teams ondersteunen, d) regionaal teams en organisaties ondersteunen.

### **Hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden**

Bij het optimaliseren van de functiemix namen de teams eerst de bestaande teamsamenstelling onder de loep. Zij waren zich namelijk terdege bewust van de (on)mogelijkheden door de krapte op de arbeidsmarkt en de noodzaak daarmee kritisch en creatief te zijn. Zij wilden daarom eerst helderheid creëren over ieders functie, gingen aan de slag met het creëren van helderheid over ieders functie, professionele en persoonlijke kwaliteiten en een zo goed mogelijke inzet daarvan. Teams maakten daarnaast (nieuwe) afspraken over de interprofessionele samenwerking en de overlegstructuur. Belangrijk waren daarbij: open communicatie, een gedeelde visie op zorg en behandeling, gezamenlijke verantwoordelijkheid en gelijkwaardige betrokkenheid. De teams gingen ook aan de slag met methodisch werken in de zorg om te waarborgen dat iedereen dezelfde aanpak hanteerde en de continuïteit van zorg gewaarborgd bleef. Door te werken aan deze punten ontstond inzicht in welke expertise nog miste en of bijvoorbeeld (andere) inzet van een VS, psycholoog, huis-kamermedewerker, secretaresse of planner nodig was, of dat het extra scholen van bestaande teamleden (bijvoorbeeld tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie) helpend zou zijn. Er bleek veel winst te behalen in het creëren van een passende functiemix door elkaars functie en kwaliteiten te leren kennen, de inzet daarvan te optimaliseren en door heldere gezamenlijk opgestelde afspraken de interprofessionele samenwerking te verbeteren. De teams wisten hierdoor ook welke veranderingen in hun teamsamenstelling essentieel waren om de zorg nog beter te laten aansluiten bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners. Het creëren van een passende functiemix was echter geen lineair proces, maar een continue wisselwerking tussen het verbeteren van de teamsamenstelling en de interprofessionele samenwerking.

## Ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix

### a. Randvoorwaarden en faciliterende factoren voor teams

In veel teams bestond bij start een duidelijke scheiding tussen het V&V-team en het behandelteam. Een belangrijke randvoorwaarde voor het ontwikkelen van een passende functiemix, bleek het uitgangspunt dat je samen één interprofessioneel team vormt, waarin ieders inbreng even waardevol is. Bij veel teamleden, met name leden van het V&V-team, ontstond tijdens het actieonderzoek het besef dat zij zeggenschap hadden over de functiemix. Het was belangrijk dat zij vragen konden stellen en hun wensen konden aangeven bij bestuurders en leden van het management. De kartrekkers in het team en de begeleiding door de actieonderzoeker waren erg helpend in dit proces. De actieonderzoeker was helpend als stok achter de deur en om (overleg)tijd vrij te maken. Van de actieonderzoeker werd gewaardeerd dat het iemand van buiten de organisatie was die neutraal was, luisterde, kritische vragen stelde, een spiegel voorhield en begeleidde, maar niet stuurde. Teams werden gestimuleerd om creatief te denken, bijvoorbeeld door bij andere teams te gaan kijken hoe zij hun functiemix lieten aansluiten bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners.

### b. Als team aan de slag met passende functiemix

De aanpak in dit actieonderzoek werd door de teams positief geëvalueerd. Voor teams was het belangrijk dat zij bij de start inzicht hadden in hun huidige functiemix. Zij hadden ruimte nodig om hierop te reflecteren. Hoe is de teamsamenstelling en hoe is de interprofessionele samenwerking? Het hielp teams om samen te bespreken wat hun doel was in de zorg voor bewoners. Hoe sluit je als team aan bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van de bewoners? Wat is de organisatievisie? Hoe sluit de huidige functiemix daarbij aan? Continue aandacht voor de functiemix door de evaluatie van het plan van aanpak bleek uitdagend, maar essentieel. Teams waarborgden continuïteit door passende functiemix een vaste plek op de agenda te geven van (interprofessionele) teamoverleggen. Deze overleggen waren vaak bewoner gebonden, dus een belangrijk actiepoint voor veel teams was tijd in plannen om de samenwerking te bespreken.

### c. Als organisatie teams ondersteunen

De ondersteuning van bestuurders en leden van het managementteam bleek cruciaal voor teams bij het ontwikkelen van een passende functiemix. Uit de evaluatie kwam naar voren hoe belangrijk de rol van een neutrale procesbegeleider was. In het onderzoek werd deze rol vervuld door de actieonderzoeker; in de praktijk hebben organisaties een taak in het beschikbaar stellen van een procesbegeleider. Voor teams was het belangrijk dat zij 'scharrelruimte' kregen, in de vorm van tijd, (financiële) ruimte en ondersteuning, om te experimenteren met passende functiemix

ongeacht de uitkomst. Bijvoorbeeld ruimte om te besluiten een vacature anders in te vullen, om anders te roosteren of taken te herschikken. Om samen te bouwen aan teams van de toekomst benoemden de teams dat zij goed geïnformeerd wilden zijn over de kansen en uitdagingen in de toekomst en over de visie, het beleid en de besluitvorming in de organisatie. In de evaluatie werd verder benadrukt dat scholing en training in de organisatie niet alleen gericht dienen te zijn op zorginhoudelijk handelen, maar ook op het stimuleren van een kritische werkhouding, methodisch werken, coaching on the job en verbindend samenwerken. Organisaties dienen daarnaast te zorgen voor uitwisseling van ervaringen tussen teams, bijvoorbeeld doordat SO's en psychologen ervaringen over het werken aan een passende functiemix delen in de andere teams waarin zij werken.

#### d. Regionaal teams en organisaties ondersteunen

Voor regionale samenwerkingsverbanden was het advies om een regionale coördinator aan te stellen die overzicht houdt welke organisatie ervaring heeft met welk vraagstuk met betrekking tot passende functiemix. Deze coördinator zou ook een belangrijke rol kunnen vervullen in de uitwisseling tussen organisaties. 'Bij elkaar in de keuken kijken' werd voor iedereen zinvol geacht; bestuurders, kartrekkers en andere professionals. Deelnemers zagen ook een belangrijke rol voor regionale samenwerkingsverbanden in het faciliteren van organisaties bij de inzet van een neutrale procesbegeleider. Daarbij werden twee opties geschetst: 1) organisaties kunnen elkaar een procesbegeleider bieden, die niet gehinderd is door bestaande samenwerkingsrelaties en organisatiecultuur, of 2) er kan een procesbegeleider worden aangesteld op regionaal niveau.

## Discussie en conclusie

In dit actieonderzoek is in vijf zorgorganisaties uit dezelfde zorgregio met in totaal zeven teams gewerkt aan het optimaliseren van de functiemix. Samengevat bleek dat de teams op basis van de huidige teamsamenstelling vooral aan de slag gingen met de volgende punten: helderheid over ieders functie en kwaliteiten en zo goed mogelijke inzet hiervan, samenwerkingsafspraken, overlegstructuur, open communicatie, gedeelde visie, gezamenlijke verantwoordelijkheid, gelijkwaardige betrokkenheid en methodisch werken. Door met deze punten aan de slag te gaan, wisten de teams welke veranderingen in hun teamsamenstelling essentieel waren om de zorg nog beter passend te laten zijn bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners. De geleerde lessen uit dit onderzoek (zie ook Handreiking Passende functiemix)<sup>18</sup> zijn relevant voor teams, organisaties en regionale samenwerkingsverbanden die de functiemix willen optimaliseren.

Uniek aan dit actieonderzoek was de brede definitie van functiemix. Functiemix werd gedefinieerd als de teamsamenstelling én de interprofessionele samenwerking. Eerdere onderzoeken in het verpleeghuis hadden slechts een focus op één van deze twee aspecten. In 2016 verscheen de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling in het verpleeghuis.<sup>19</sup> Het Trimbos instituut heeft 32 teams die met de leidraad en de bijbehorende handreiking aan de slag zijn gegaan een half jaar gevolgd.<sup>20</sup> Uit de evaluatie bleek dat er nauwelijks veranderingen waren doorgevoerd in de personeelssamenstelling van de teams. Eén van de oorzaken was dat teams het lastig vonden om te reflecteren op de teamsamenstelling en de competenties van het team en de teamleden. De teams bespraken weinig welke competenties al aanwezig waren en welke nog misten. Dit resultaat komt overeen met de resultaten uit voorliggend actieonderzoek waaruit bleek dat teamleden elkaars functie en kwaliteiten vaak niet goed kenden en ook geen tijd reserveerden om dit te verbeteren. Andere (internationale) onderzoeken naar de interprofessionele samenwerking in verpleeghuizen laten vergelijkbare thema's zien als de verbeterpunten die de teams in ons onderzoek oppakten, namelijk duidelijkheid over taken en rollen, gedeelde doelen, afspraken over ieders beschikbaarheid en samenwerkingsafspraken.<sup>21-25</sup> Door aan deze thema's te werken, kregen de teams in de huidige studie geleidelijk meer inzicht in welke expertise nog ontbrak en of bijvoorbeeld andere inzet van professionals, inzet van nieuwe professionals, of scholing van professionals nodig was.

De teams in ons onderzoek werden zich door deelname steeds bewuster van hun eigen zeggenschap in het optimaliseren van de functiemix. In ons onderzoek zijn in teams de eerste stappen gezet om veranderingen door te voeren in de teamsamenstelling en de inzet van professionals, bijvoorbeeld door het uitspreken van de wens om meer gebruik te kunnen maken van de expertise van de psycholoog, de wens om de VS meer zelfstandig in te zetten, de wens om verzorgenden op te leiden tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie en de wens voor meer secretariële ondersteuning. Onderzoek laat echter zien dat het daadwerkelijk doorvoeren van veranderingen in de teamsamenstelling een ingewikkeld proces is. Bijvoorbeeld is er onzekerheid over de juridische consequenties bij een meer zelfstandige inzet van bijvoorbeeld een VS.<sup>26</sup> Ook kwam naar voren dat teamsamenstelling geen doel op zich is, maar dat het voort dient te komen uit een gezamenlijke visie op zorg.<sup>26</sup> Daarnaast kunnen wetten en (organisatie)beleid veranderingen in de teamsamenstelling bemoeilijken. Ons onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat wanneer een bewoner een Wet langdurige zorg-indicatie heeft *zonder* behandeling, het niet vanzelfsprekend is dat de psycholoog uit de zorgorganisatie waar de bewoner verblijft meer uren ingezet kan worden wanneer het V&V-team dit wenselijk acht.<sup>27</sup> Bovendien kan het scholingsbeleid en -budget in een organisatie er voor zorgen dat teamleden verplicht zijn om bepaalde scholingen te volgen en er geen ruimte is of wordt gemaakt voor

een op maat gemaakt scholingsplan. Daarnaast geldt dat de bewonersgroep verandert en een passende functiemix geen statisch gegeven is. Kortom, bij het optimaliseren van de functiemix en het daarmee creëren van een toekomstbestendig team komen teams veel uitdagingen tegen. Teams dienen de ruimte te krijgen om te experimenteren, ook buiten de gebaande paden.

De aanpak in ons onderzoek werd positief geëvalueerd. Het gehele actieonderzoek duurde slechts 15 maanden, mede daardoor hebben teams relatief kort gewerkt aan hun plan van aanpak, acties slechts ten dele uitgevoerd en zijn er geen daadwerkelijke veranderingen in de teamsamenstelling doorgevoerd. Het feit dat er drie actieonderzoekers waren met verschillende achtergronden gaf verdieping aan de discussies, maakte dat de actieonderzoekers veel van elkaar konden leren, elkaar kritisch konden bevragen en dat zij zich meer bewust waren van hun eigen achtergrond en de invloed daarvan op de teamleden. Het had echter ook nadelen. Elke actieonderzoeker werkte een beperkt aantal uren en was daardoor minder flexibel en had minder vergelijkingsmateriaal. Ook was veel overleg nodig. Een methodologische beperking is het feit dat er geen herhaling van de situatieanalyse in de teams heeft plaatsgevonden bij wijze van nameting. Een andere beperking zit in het lage aantal deelnemende bewoners en naasten in het actieonderzoek. Hoewel er 10 bewoners/naasten zijn geïnterviewd in de situatieanalyse van de teams, zijn zij nauwelijks actief betrokken in de plannen van aanpak. In het kader van vergaande interprofessionele samenwerking zou dit wel passend zijn geweest, met naar verwachting in de toekomst een grotere rol voor met name naasten.

Concluderend kunnen we stellen dat professionals in verpleeghuizen veel mogelijkheden zien om de functiemix in teams te optimaliseren en dat zij hier zelf mee aan de slag kunnen gaan. De eerste stap is het versterken van het huidige team door elkaars functie en kwaliteiten te leren kennen, ieders inzet te optimaliseren en de interprofessionele samenwerking te verbeteren. Van daaruit wordt duidelijk hoe de optimale teamsamenstelling eruit ziet en welke veranderingen in de teamsamenstelling nodig zijn. Randvoorwaardelijk in het werken aan een passende functiemix zijn een neutrale procesbegeleider, ondersteuning vanuit de zorgorganisatie en ondersteuning vanuit regionale samenwerkingsverbanden. Teams dienen tijd en (financiële) ruimte krijgen om te experimenteren met passende functiemix. Op die manier dragen teams actief bij aan het realiseren van passende zorg.

## **Financiering**

Netwerk Nonna - Regio Nijmegen.



## Referenties

1. Sociaal Cultureel Planbureau. Trends in de Ouderenzorg 2018-2030. Trends in de ouderenzorg 2018-2030 (scp.nl). [Geraadpleegd op 28-3-2024]
2. Actiz. Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg. 2020.
3. Stichting FWG. #Hoedan? Ouderenzorg tussen wens en werkelijkheid. FWG Trendrapport VVT. 2021.
4. Actiz, ANBO, BPSW, BVKZ, KBO-PCOB, Koepel Gepensioneerden, LOC Waardevolle zorg, Mantelzorg, NCZ, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen, NOOM, Sociaal Werk Nederland, SOMNL, SPOT, V&VN, Verenso, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland. Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan. Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis. 2023.
5. Zorginstituut Nederland. Nederlandse Zorgautoriteit. Samenwerken aan passende zorg. De toekomst is nu. 2020.
6. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Regionale samenwerking algemeen. Regionale samenwerking algemeen (dejuistezorgopdejuisteplek.nl). [Geraadpleegd op 28-3-2024]
7. Backhaus R. Thesis: Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes. 2017.
8. Van Zaalén Y, Deckers S, Schuman H. Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Bussum: Coutinho; 2018.
9. Rompen H, Lovink M, Van Vught A, Laurant M. Eindrapport regionale arbeidsmarkt ouderenzorg. Optimaal benutten van expertise capaciteit specialisten ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences; 2020.
10. Jansen R. Uitstroom verzorgenden in verpleeghuizen stijgt. TVV. 2022. Uitstroom verzorgenden in verpleeghuizen stijgt – TVV (tvvtotaal.nl). [Geraadpleegd op: 28-3-2024]
11. Van der Vorst A, Van Velthuijsen E, Penders K, Gerritsen D, Schols J, Verbeek H. De meerwaarde van de psycholoog in het verpleeghuis. *De Psycholoog*. 2022;1:10-9.
12. Verbeek FHO, Lovink MH, Laurant MGH, van Vught AJAH. Developing an interprofessional learning and working culture to improve person-centred care in nursing homes: a realist action research protocol. *BMJ Open*. 2022;12(3):e058319. Doi:10.1136/bmjopen-2021-058319.
13. Van Dongen J, Persoon A, Doornebosch A. Interprofessioneel samenwerken in de langdurige ouderenzorg. 2024. In: Kennisagenda langdurige ouderenzorg, SANO, pp. 81-84.
14. Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis. Register Zorginstituut Nederland. 2024.
15. Hamers J, Backhaus R, Beerens HC, van Rossum E, Verbeek H. Meer is niet per se beter De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Maastricht University; 2016.
16. Van Lieshout F, Jacobs G., Cardiff S. Actieonderzoek. Principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen. Assen: Van Gorcum; 2021.
17. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach*. 2020;42(8):846-54. Doi: 10.1080/0142159X.2020.1755030.
18. UKON. Passende functiemix in het verpleeghuis. 2023. Passende functiemix in het verpleeghuis (ukonnetwerk.nl). [Geraadpleegd op: 22-8-2023]
19. V&VN. Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling. 2016.
20. Van der Schot A, Van Erp J, Willemse B, Aarts S, Backhaus R, Verbeek H, Van der Roest H. Monitor personeelssamenstelling verpleeghuiszorg. Trimbos-instituut en Maastricht University; 2020.

21. Tsakitzidis G, Anthierens S, Timmermans O, Truijen S, Meulemans H, Van Royen P. Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Prim Health Care Res Dev.* 2017;18(6):591-602. Doi:10.1017/S146342361700024X.
22. Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, Tetzlaff B, Hoell A, Werle J, Weyerer S, Scherer M, Hummers E. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):14. Doi:10.1186/s12875-017-0678-1.
23. Doornebosch AJ, Smaling HJA, Achterberg WP. Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(5):764-77. e2. Doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.028.
24. Verbeek FHO, Van Lierop MEA, Meijers JMM, Van Rossum E, Zwakhalen SMG, Laurant MGH, Van Vught AJAH. Facilitators for developing an interprofessional learning culture in nursing homes: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):178. Doi:10.1186/s12913-023-09092-5
25. Verbeek FHO, Nouwens ES, Lovink MH, Huisman-de Waal G, Fluit CRMG, Laurant M, van Vught AJAH. Which actions contribute to the development of an interprofessional learning and working culture in nursing homes? A realist action study. *BMJ Open.* 2024;14(9):e085096. Doi: 10.1136/bmjopen-2024-085096.
26. Lovink MH, van Vught AJAH, Persoon A, Koopmans RTCM, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2019;21(3):282-90. Doi:10.1111/nhs.12601.
27. Zorginstituut Nederland. Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021. 2019.

# Appendix 1: Situatianalyse in de organisaties en teams

Situatieanalyse doormiddel van:	Organisaties (n=5)	Teams (n=7)
<b>Interviews</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>45 interviews: 33 individueel, 6 duo-interviews, 6 focusgroepen</li> <li>85 geïnterviewden: 38 V&amp;V, 18 artsen/PA/VS*, 7 psychologen, 17 bestuurders/managers/HR, 3 coaches, 2 leden cliëntenraad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>51 interviews: 43 individueel, 6 duo-interviews, 2 focusgroepen</li> <li>63 geïnterviewden: 26 V&amp;V, 8 artsen/PA/VS*, 7 psychologen, 6 (team) coaches, 10 bewoners/naasten, 6 overige functies</li> </ul>
<b>Observaties</b>	-	11 observatiemomenten: MDO**, visite, teamoverleg, zorgmoment
<b>Documenten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>visiedocumenten</li> <li>functieprofielen</li> <li>andere door de organisatie versterkte relevante documenten</li> </ul>	-
<b>Overzicht functies</b>	aantallen en FTE***	aantallen en FTE***
<b>Overzicht bewoners</b>	aantallen en zorgprofiel/indicatieniveau	Aantallen en zorgprofiel/indicatieniveau
<b>Vragenlijsten</b>	-	Vragenlijsten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Interprofessional Collaboration Measurement Scale****</li> <li>Teamscan Methode Plussen*****</li> </ul> Ingevuld door: 28 V&V, 5 psychologen, 9 artsen/PA/VS

\* In drie van de vijf organisaties waren een klein aantal PA/VS in dienst, te weten: 1) 1 PA en 1 PA i.o.; 2) 1 VS en VS i.o.; 3) 1 VS. Al deze PA/VS waren in meer of mindere mate betrokken bij het onderzoek.

\*\* MDO: multidisciplinair overleg

\*\*\* FTE: full time equivalent

\*\*\*\* Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. BMC Health Serv Res. 2010;10:83. doi: 10.1186/1472-6963-10-83.

\*\*\*\*\* Waardigheid en Trots: Plussen. Teamscan. 2018.

## Appendix 2: Voorbeelden van geformuleerde vuistregels op organisatieniveau (kaders waarbinnen teams de passende functiemix vorm konden geven)

<ul style="list-style-type: none"><li>• Teams worden uitgenodigd om binnen de visie van een 'platte organisatie' en zelforganisatie de samenwerking van het team te onderzoeken en af te stemmen op de zorgvraag en behoefte van de cliënt.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het V&amp;V-team en het behandelteam voor de continuïteit van zorg.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Blijf continu met elkaar in gesprek over de taken en rollen die ingevuld moeten worden en hoe jullie dit doen: wie werken er binnen het team en wat zijn ieders persoonlijke kenmerken en kwaliteiten?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Onderzoek hoe je gezamenlijk kunt optrekken door te verkennen of er creatieve vormen zijn om bijvoorbeeld ADL en gedragsvisite te combineren.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgteamleden worden aangemoedigd om zich te scholen als gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric en in samenwerking met psychologen een specialistische rol op het gebied van gedragsproblematiek in te vullen.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgtaken kunnen meer bij verzorgenden en verpleegkundigen blijven of aan hen toegekend worden, waarbij zij zich meer bewust kunnen zijn van hun reeds aanwezige bekwaamheid.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Het team krijgt de ruimte om expliciet de taakherschikking te exploreren van de SO naar verpleegkundige, VS en psycholoog.</li></ul>

## Appendix 3: Voorbeeld van een plan van aanpak van een team: 'Inzet functies verbeteren'

<b>Verbeterpunt</b>	De inzet van ieders functie in de zorg voor bewoners kan beter.
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is duidelijk wat ieder vanuit zijn functie kan betekenen in de zorg voor bewoners.</li> <li>• Passende inzet van de verschillende functies.</li> </ul>
<b>Acties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ieder brengt voor zijn eigen functie in kaart welke bijdrage hij/zij kan hebben in de zorg voor bewoners en welke mate van betrokkenheid hij/zij verwacht van anderen in de zorg voor bewoners.</li> <li>• Discussiëren en afstemmen in interprofessioneel overleg: Welke bijdrage een ieder kan hebben, komt dit overeen met de verwachtingen van anderen, wat is een haalbare bijdrage? Wie heeft welke rol en taken in de zorg voor bewoners en hoe werk je zo samen dat je elkaar versterkt?</li> <li>• Doorvoeren gewenste aanpassingen in de zorg voor bewoners.</li> </ul>
<b>Evaluatie</b>	Zijn de doelen behaald? Hoe verliep het proces?

## Appendix 4: Voorbeeld van een plan van aanpak van een team: 'Overlegstructuur verbeteren'

<b>Verbeterpunt</b>	Overlegstructuur beter laten aansluiten bij de gewenste manier van zorg verlenen.
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huidige overlegstructuur is in kaart gebracht.</li> <li>• De voors en tegens van de huidige overlegstructuur zijn interprofessioneel besproken.</li> <li>• De gewenste aanpassingen in de overlegstructuur zijn doorgevoerd om aan te sluiten bij zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners.</li> </ul>
<b>Acties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In kaart brengen welke overleggen er zijn, wat is het doel van elk overleg, hoe vaak ze zijn, hoe lang ze duren, wie daar nu bij zijn, in hoeverre die mensen daar ook bij moeten zijn? Wat er gebeurt als iemand niet kan: gaat het overleg door of niet? Moet iemand waargenomen worden en door wie?</li> <li>• Overzicht van verschillende overleggen verspreiden onder leden interprofessionele team. Aanvullingen kunnen doorgegeven worden aan kartrekker. Interprofessioneel overleg waarin overlegstructuur besproken wordt. Zijn er overleggen die minder vaak kunnen plaatsvinden of kunnen vervallen? Met andere aanwezigen moeten plaatsvinden? Met minder aanwezigen kunnen plaatsvinden? Ontbreken er overleggen? Zo ja, hoe moeten die ingevuld worden: hoe vaak, met wie, wat is het doel?</li> <li>• Doorvoeren gewenste aanpassingen in overlegstructuur.</li> </ul>
<b>Evaluatie</b>	Zijn de doelen behaald? Hoe verliep het proces?

## OPINIE

## Slimmer organiseren in de ouderenzorg is noodzakelijk

Patrick Vermeulen<sup>1</sup>, Lander Vermeerbergen<sup>1</sup>, Paul Hendriks<sup>1</sup>, Dirk Vriens<sup>1</sup>

Het aanpakken van de personeelskrapte in de ouderenzorg heeft grote prioriteit. In de anderhalve pagina in het Nederlandse hoofdlijnenakkoord over de zorg, wordt de arbeidsmarktkrapte met stip aangeduid als een groot probleem. Hierbij wordt vermeld dat het aantrekkelijker wordt gemaakt om in de zorg te werken door meer autonomie aan medewerkers te geven, regeldruk te verminderen en medewerkers zelf te laten roosteren. Hoe dan? De wijze waarop het werk is ingericht krijgt nu nauwelijks aandacht, terwijl die inrichting juist cruciaal is. Kwalitatief hoogstaande zorg vraagt erom de zorg in te richten rondom patiëntstromen in plaats van rondom zorghandelingen en functionele afdelingen. Kortom, haal de complexiteit uit de organisatie van de ouderenzorg en stop die in het werk zelf. Dit maakt individuele zorgbanen rijk, veelzijdig en zorgt voor veel regelvermogen op de werkvloer.

De summiere oplossingen die nu worden aangedragen in het hoofdlijnenakkoord om daadwerkelijk beter werk te organiseren, lijken zwaar te steunen op technologisch determinisme geschreven door ingenieurs, economen en verzekeraars. Wat volstrekt onderbelicht blijft, is de organisatorische inbedding om goede banen in de zorg te realiseren. Terwijl juist hier, zoals reeds veelvuldig is bepleit en onderzocht<sup>7,8</sup>, de mogelijkheden liggen om de ouderenzorg fundamenteel en duurzaam te verbeteren. Minder bureaucratie, minder onnodige zorg en meer waardering voor zorgpersoneel zijn bijvoorbeeld uitkomsten van de rapporten “Het Roer Moet Om!”<sup>3</sup> en “Patiënt tussen wal en schip”<sup>1</sup>. Het WRR-rapport ‘Het betere werk’<sup>10</sup>, waarin ook de organisatie van de zorg wordt genoemd, breekt een lans om ook de kwaliteit van het werk serieus te nemen. Het programma in Vlaanderen rond innovatieve arbeidsorganisaties toont aan dat anders organiseren helpt bij het creëren van betere banen voor medewerkers in verpleeghuizen (zie ook: <https://www.zorg-en-gezondheid.nl>).

---

<sup>1</sup> Radboud Universiteit, Nijmegen.

\* Correspondierend auteur: [patrick.vermeulen@ru.nl](mailto:patrick.vermeulen@ru.nl)

be/innovatieve-arbeidsorganisatie-voor-woonzorgcentra). Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Desalniettemin blijft in de discussie rond het vinden en behouden van voldoende arbeidskrachten in de ouderenzorg, de manier waarop het werk in onze zorginstellingen wordt georganiseerd onderbelicht. Kortom, in verbetervoorstellen voor de zorg wordt ten onrechte de structuur van zorgorganisaties vaak niet genoemd, terwijl dit een van de belangrijkste puzzelstukken betreft voor het creëren van betere banen.

## Het werk van de zorgprofessional

Om te begrijpen hoe een zorgorganisatie kan worden georganiseerd en hoe een slechte organisatie goede zorg in de weg kan zitten, kunnen we kijken naar het werk van een zorgprofessional. Deze ziet op een dag veel verschillende cliënten of bewoners, met hun eigen specifieke karakteristieken en klachtenpatronen. Het werk van de zorgprofessional beslaat slechts een aantal handelingen, een fractie van het gehele zorgproces. Hierdoor is het werk van de zorgprofessional afhankelijk van het werk van anderen; afhankelijk van roosters, het inkopen van boodschappen, het bestellen van medicatie, de visite van een specialist of het aanvullen van de voorraadkast. Als deze zaken niet zijn gedaan, moet de zorgprofessional wachten. En als er iets misgaat, is de zorgprofessional afhankelijk van anderen. Vaak zijn dit managers, die aangeven hoe de zorgprofessional met het spaak gelopen proces moet omgaan. Deze managers hebben vaak alleen de verantwoordelijkheid over een klein gedeelte van het proces, zoals de 'manager kwaliteit' of 'manager voorraad'. Bovendien worden deze managers zelf ook weer gemanaged.

Veel zorgprofessionals werken in een typisch bureaucratische organisatiestructuur<sup>5</sup> waar het operationele werk maar een klein gedeelte van het totale zorgproces beslaat, zij veel verschillende patiënten zien, in de uitvoering van taken afhankelijk zijn van veel andere taken en waar zij zelf niet het regelvermogen hebben om met problemen om te gaan. Het is niet moeilijk om te zien dat er problemen ontstaan als zorgtaken zo zijn georganiseerd. In een complex netwerk van kleine taken, is elke taak afhankelijk van vele andere taken. En in elke afhankelijkheidsrelatie kunnen fouten ontstaan die vaak een groter deel van het netwerk treffen<sup>6</sup>. Als managers slechts een klein deel van het proces overzien, kan het zijn dat hun oplossingen binnen het grote geheel niet adequaat zijn. Daarnaast: als je veel verschillende cliënten ziet met elk hun eigen specifieke aandoeningen en wensen, kun je snel het overzicht kwijtraken. Om er ondanks dit alles toch voor te zorgen dat patiënten worden geholpen, moet er veel worden gepland, veel procedures worden opgesteld en veel worden overlegd om fouten te voorkomen of te herstellen<sup>4</sup>. Zo'n structuur is dus inefficiënt en leidt tot



wachttijden en fouten, evenals ontzettend veel stress, weinig autonomie en erg veel werkdruk voor medewerkers<sup>2, 9</sup>.

## **Hoe kunnen we de zorg beter organiseren?**

Zorg moet niet langer worden geleverd door een complex netwerk met veel afhankelijke taken waarin zorgverleners veel cliënten zien voor een klein deel van het zorgproces. Wat helpt is een simpeler netwerk met minder afhankelijkheden waarin zorgverleners minder cliënten zien voor een groot deel van het zorgproces. Dat betekent: maak het netwerk van taken simpeler, maak de taken complexer en bedien minder cliënten per zorgverlener.

Hoe doe je dat? De volgende vuistregels zijn een leidraad.

### **Maak cliëntstromen in plaats van afdelingen**

Veel zorgorganisaties bestaan nog altijd uit gescheiden afdelingen op basis van een discipline. Deze afdelingen hebben allerlei ondersteunende diensten (bijvoorbeeld logistiek) en stafafdelingen (zoals personeel en kwaliteit). Soms worden daar multidisciplinaire teams overheen gelegd, zonder iets aan de onderliggende afdelingsstructuur te doen. Je krijgt dan een complexe matrixstructuur met alle afstemmings- en coördinatieproblemen van dien<sup>4</sup>. Dit is feitelijk een lapmiddel. Het alternatief is een organisatie gebaseerd op cliëntgerichte stromen die zo onafhankelijk mogelijk zijn. Hierbij is te denken aan cliënten met bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld dementie of fysieke beperkingen), of persoonlijke wensen of kenmerken (bijvoorbeeld geografisch in dezelfde wijk wonen). Door stromen te maken kun je zorg en welzijn specifiek en efficiënter inrichten, omdat er minder afstemming nodig is en dus minder kans is op fouten.

### **Zorgprofessionals moeten cliënten voor een zo groot mogelijk deel van het proces zelf zien**

Indien stromen van cliënten duidelijk zijn, moeten kleine teams van zorgprofessionals (idealiter 6-12 medewerkers) gealloceerd worden op specifieke stromen die dus onafhankelijk zijn van andere stromen. Hierbij is het cruciaal dat de zorgprofessionals het zorgproces in een clientstroom liefst van begin tot einde van voor hun rekening nemen. Dit zorgt voor minder overdrachtsmomenten en maakt het mogelijk om de zorg beter op de cliënt af te stemmen.

### **Bouw samenwerking binnen zorgtaken in**

Zorg ervoor – in elk geval bij de complexe zorg – dat zorg door een team van zorgprofessionals uit verschillende disciplines wordt geboden, en niet door aparte

specialistische afdelingen. Dit vermindert niet alleen het aantal keer dat de cliënt zijn of haar verhaal moet doen, maar zorgt er ook voor dat de band tussen medewerker en cliënt verbetert, wat persoonsgerichte zorg faciliteert. In verpleeghuizen kunnen bijvoorbeeld logistieke medewerkers, zorgkundigen en verpleegkundigen samen in een team terechtkomen.

### Zorg voor regelvermogen

Teams van zorgprofessionals moeten zoveel mogelijk regelvermogen hebben om zelf met problemen om te gaan. Dat kan gaan om het zelfstandig oplossen van operationele problemen, waarbij professionals – gegeven hun inzicht in deze problemen – betrokken zijn bij het oplossen ervan. Zo'n team zal door de combinatie van deskundigheid en ervaring ook bij uitstek geschikt zijn om te bepalen wat wel en niet zinvolle zorg en welzijn is. Het kan ook gaan om meedenken over de geschiktheid van bepaalde technologieën. Want wie is beter in staat om de waarde daarvan te bepalen dan de mensen die deze technologie zelf gebruiken? Ook kan het gaan om het mede bepalen van kwaliteitseisen van zorg en welzijn, of gewoon louter of er kan worden ingegaan op de wensen van bewoners of familie in een verpleeghuis.

Het bouwen van organisaties volgens deze vuistregels is de basis voor zorg en welzijn waarbij *tegelijkertijd* de kwaliteit van zorg én de kwaliteit van werk wordt verbeterd. Medewerkers zullen een breder en gevarieerder takenpakket krijgen, met daarbij meer autonomie en sociale ondersteuning van collega's en leidinggevenden. Een resultaat dat leidt tot meer werkbare banen en betrokkenheid op het werk. De duidelijke toewijzing van stromen van cliënten aan specifieke teams zal bijvoorbeeld leiden tot meer persoonsgerichte zorg, doordat de medewerkers de cliënten en hun voorkeuren beter kennen waardoor de kwaliteit van zorg zal toenemen.

Uiteraard is er ook meer waardering van het zorgpersoneel nodig en dienen we in te zetten op nieuwe technologie en administratieve vereenvoudiging. Maar alleen met meer salaris komen we er niet meer. Zeker niet gezien de grote demografische uitdagingen. Sterker – als we organisaties niet volgens deze vuistregels aanpassen, is de kans dat andere maatregelen het gewenste resultaat zullen hebben veel kleiner!

### Referenties

1. Actiecomité Het Roer Moet Om. Patiënt tussen wal & schip. VVAA: Haarlem; 2019.
2. De Sitter, L. U. , Hertog, J. F. D., & Dankbaar, B. From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human relations*. 1997;50(5):497-534.
3. GGZ Nederland. Het roer moet om. Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ Nederland: Amersfoort; 2017

4. Kuipers, H., van Amelsvoort, P., Kramer, E. H., & Leuven, A. Het nieuwe organiseren. Acco Uitgeverij; 2018.
5. McDermott, A. M., Hyde, P., Avgar, A. C., & FitzGerald, L. Research Handbook on Contemporary Human Resource Management for Health Care. Edward Elgar Publishing; 2024.
6. Mintzberg, H. Managing the myths of health care: bridging the separations between care, cure, control, and community. Berrett-Koehler Publishers; 2017.
7. Van Hootegem, G., & Dessers, E. (Eds.). Onbezorgd: naar een geïntegreerd gezondheids-systeem. Acco: Leuven; 2017.
8. Vermeerbergen, L., McDermott, A. M., & Benders, J. Managers shaping the service triangle: Navigating resident and worker interests through work design in nursing homes. *Work and Occupations*. 2021;48(1):70-98.
9. Vermeerbergen, L., Van Hootegem, G., & Benders, J. Putting a band-aid on a wooden leg: A sociotechnical view on the success of decentralisation attempts to increase job autonomy. *Team Performance Management*. 2016;22(7/8):383-98.
10. WRR. Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht. WRR: Den Haag; 2020.

VOOR U GESIGNALEERD

## Thuiskomen doe je samen: een oproep voor aandacht voor geestelijke gezondheid bij dementie

Sjacko Sobczak

Op 28 november 2024 hield Sjacko Sobczak haar lectorale rede aan de Hogeschool Rotterdam, getiteld 'Thuiskomen doe je samen'. Als lector Dementie, Geestelijke Gezondheid en Gedrag pleit zij voor meer aandacht voor de geestelijke gezondheid van mensen met dementie.

Naast cognitieve problemen ervaren veel mensen met dementie vroeg of laat psychische klachten of neuropsychiatrische symptomen, zoals angst, depressie of psychose. Deze symptomen hebben niet alleen een grote impact op hun kwaliteit van leven, maar vormen ook een zware last voor mantelzorgers en zorgprofessionals. Hierdoor ontstaan regelmatig crisissituaties. Afhankelijk van de context waarin iemand zich bevindt, wordt dit gedrag vaak als 'probleemgedrag' bestempeld. In werkelijkheid kan het echter ook vaak gaan om symptomen van een onderliggende psychische aandoening. Denk bijvoorbeeld aan iemand met een voorgeschiedenis van psychoses, bij wie dementie de waanideeën verergert.

Een persoonsgerichte aanpak is essentieel voor de juiste zorg. Op dit moment ontbreekt het veel zorgprofessionals aan voldoende kennis en vaardigheden op het gebied van geestelijke gezondheid bij dementie. Het lectoraat Dementie, Geestelijke Gezondheid en Gedrag richt zich daarom op het versterken van expertise en het ontwikkelen van effectieve, gepersonaliseerde behandelmethoden. Een holistische en multidisciplinaire benadering, waarbij oog is voor diversiteit, psychische kwetsbaarheid en de levensgeschiedenis van een persoon, vormt hierbij het uitgangspunt.

Bij mensen met dementie en een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen is het een uitdaging om vast te stellen of neuropsychiatrische symptomen het gevolg zijn van de dementie zelf of voortkomen uit een terugval van een eerdere psychische stoornis (of beide). Zo kan een depressie bij iemand met een manisch-depressieve stoornis zowel een nieuw symptoom zijn van dementie, als een heropleving van een

eerdere episode. Een zorgvuldige diagnose en een op maat gemaakte behandeling zijn cruciaal.

Het lectoraat zet zich in voor betere herkenning van psychische aandoeningen en de bijbehorende zorgbehoeften bij dementie. Het stimuleert samenwerking binnen de zorgketen en ontwikkelt integrale behandelmethoden. Een bijzonder aandachtsgebied is de impact van trauma op mensen met dementie. Binnen het lectoraat wordt bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij dementie. Daarnaast draagt het TraumaTestament bij aan kennisontwikkeling en de toepassing van traumasensitief werken in de dementiezorg.

De oproep van Sobczak is duidelijk: zorg voor mensen met dementie vraagt om een bredere blik. Naast aandacht voor cognitieve achteruitgang is erkenning en behandeling van psychische klachten essentieel. Een integrale, gepersonaliseerde benadering verbetert niet alleen de prognose, maar verhoogt ook het welzijn van zowel mensen met dementie als hun naasten.

Het adagium van dit lectoraat is 'inclusief'. Het lectoraat zal zich vooral inzetten voor een betere participatie van mensen met psychische aandoeningen in het dementie onderzoeksveld. Deze publicatie beschrijft de opdracht die Sjacko Sobczak als lector 'Dementie, geestelijke gezondheid en gedrag' aanvaardt. Meer lezen? De publicatie is hier te downloaden: [Sobczak-Dementie-geestelijke-gezondheid-en-gedrag-openbare-les.pdf](#). Een fysiek exemplaar kan hier worden opgevraagd.

VOOR U GESIGNALEERD

## De PET@home Toolkit: Wanneer het baasje zorg nodig heeft

Peter Reniers, Roeslan Leontjevas, Karin Hediger, Debby Gerritsen, Marie-José Enders-Slegers, Ine Declercq, Mascha Molog

Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen met chronische en fysieke aandoeningen toe, wat leidt tot hogere zorgkosten en een tekort aan zorgpersoneel. Het beleid richt zich er daarom op om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, vaak met zorg aan huis. Veel van deze ouderen hebben huisdieren, wat zowel voordelen als uitdagingen met zich meebrengt voor henzelf en hun zorgverleners.

In het proefschrift 'The PET@home Toolkit: When the pet's carer receives long-term care at the family home' onderzochten Peter Reniers en zijn collega's welke rollen huisdieren spelen voor deze ouderen. Daarnaast ontwikkelden zij, in samenwerking met cliënten, mantelzorgers en zorgverleners, een toolkit die het bewustzijn vergroot over kwesties rondom huisdieren en ondersteunt bij het maken van plannen voor het huisdier van zorgbehoevende ouderen.

Het eerste deel van het proefschrift richt zich op de verschillende belangrijke rollen die huisdieren kunnen spelen voor ouderen die zorg ontvangen. Huisdieren kunnen een doel aan het leven geven; ze zijn letterlijk een reden om uit bed te komen. Daarnaast bieden huisdieren emotionele steun en gezelschap om mee te praten. Ook motiveren huisdieren ouderen om te bewegen, waarvan wandelen met een hond het meest voor de hand liggende voorbeeld is. Tijdens het wandelen komen ouderen andere mensen tegen, waarmee ze een praatje kunnen maken. Op deze manier hebben huisdieren invloed op het mentale, sociale en fysieke welzijn van hun baasje.

Tegelijkertijd kunnen huisdieren ook uitdagingen en zorgen met zich meebrengen. Zorgbehoevende ouderen kunnen moeite hebben met de verzorging van hun huisdier en hebben daarbij vaak hulp nodig, meestal van een (soms al overbelaste) mantelzorger. Zorgverleners kunnen daarnaast problemen ervaren als zij bang of allergisch zijn voor een huisdier. Bovendien kunnen ouderen hun zorg uitstellen,

bijvoorbeeld wanneer zij noodgedwongen naar een verpleeghuis moeten verhuizen, maar nog geen nieuw adres hebben voor hun huisdier.

In het tweede deel van het proefschrift wordt de ontwikkeling van de toolkit beschreven. De PET@home Toolkit bevat een informatiebrochure voor cliënten en hun naasten, en verschillende materialen voor zorgverleners, namelijk: een checklist voor zorgplangesprekken, een leaflet over dierenwelzijn en een leaflet met communicatietips, gesprekskaarten, een e-learningmodule, een factsheet over diversiteit en een implementatiewijzer voor zorgorganisaties. De toolkit heeft verschillende doelen: ten eerste het bevorderen van bewustzijn over de rollen en het belang van huisdieren voor ouderen die zorg ontvangen; ten tweede het aandragen van ideeën over mogelijke uitdagingen en ondersteuningsmogelijkheden rondom huisdieren; ten derde het stimuleren van gesprekken en het maken van plannen over de zorg voor het huisdier; en ten vierde het vergroten van de aandacht voor het welzijn van zowel huisdieren als hun baasjes.

De toolkit draagt bij aan persoonsgerichte zorg voor ouderen met een huisdier. Door goede afspraken te maken, kunnen problemen worden voorkomen en kunnen ouderen en hun huisdier langer op een verantwoorde manier samen blijven wonen.

Het project is gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door de Open Universiteit en Radboudumc, in samenwerking met zorgorganisaties De Zorgboog (Bakel) en Buurtzorg Bommelerwaard.

De thesis is digitaal beschikbaar via <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/TM658>. De PET@home Toolkit is Open Access beschikbaar via <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/pet-home/>

## CONGRESABSTRACTS

**Abstracts Geriatriedagen 2025**

NVKG, NAPA, KNGF en NIV

**O1.1****Machine learning-gebaseerde voorspelling van korte- en langetermijnsterfte voor gezamenlijke besluitvorming bij oudere patiënten met een heupfractuur: de Dutch Hip Fracture Audit Algoritmes in 74.396 patiënten**

**Dijkstra H<sup>1</sup>**, Parsons C<sup>2</sup>, van Bremen H<sup>3</sup>, Willems H<sup>4</sup>, van Munster B<sup>1</sup>, Doornberg J<sup>5</sup>, Oosterhoff J<sup>2</sup>

*Introductie en doel.* Heupfracturen bij ouderen kunnen wijzen op kwetsbaarheid en de kwaliteit van leven beïnvloeden, wat de gezamenlijke besluitvorming (SDM) met betrekking tot behandeling complex maakt. Belangrijke overwegingen tijdens SDM zijn de prognose en andere (functionele) uitkomsten. Patiëntspecifieke, data-gedreven besluitvormingshulpmiddelen kunnen SDM ondersteunen. Het studiedoel was om machine learning (ML)-gestuurde voorspellingsmodellen te ontwikkelen voor korte- en langetermijnsterfte in een groot Nederlands cohort.

*Methode.* Patiënten van  $\geq 70$  jaar, geregistreerd in de landelijke Dutch Hip Fracture Audit van 1-1-2018 tot en met 31-12-2023 werden geïncludeerd. 74.396 patiënten werden geanalyseerd, mediane leeftijd was 84 jaar (IQR 78-89). De meeste patiënten hadden een gedислоceerde femurhalsfractuur (28.266, 38,0%) en woonden thuis (51.324, 69,0%). Een hoog ondervoedingsrisico werd gezien bij 7.655 (10,3%) patiënten en 13.601 (18,3%) hadden een diagnose van dementie. De 30-dagen sterfte was 9,1%, 90-dagen sterfte was 14,4% en 1-jaar sterfte was 21,8%. Zes algoritmen werden

- 
- 1 Martini Ziekenhuis, Groningen
  - 2 Technische Universiteit, Delft
  - 3 Dutch Institute for Clinical Auditing, Leiden
  - 4 Amsterdam medisch centrum, Amsterdam
  - 5 Universitair Medisch Centrum, Groningen



getraind met behulp van interne cross-validatie en geëvalueerd op een testset op basis van onder andere discriminatie (c-statistiek; discriminerend vermogen tussen patiënten met een hoog sterfterisico en een laag sterfterisico), sensitiviteit, specificiteit en calibratie (geobserveerde uitkomst vergeleken met de voorspelde uitkomst). *Resultaten.* De algoritmen leverden datagestuurde waarschijnlijkheden van 30-dagen, 90-dagen en 1-jaar sterfte bij Nederlandse oudere patiënten met heupfracturen. Het logistische regressie-algoritme werd gekozen als het best presterende algoritme (vanwege de verklaarbaarheid) voor de voorspelling van 30-dagen sterfte (c-statistiek 0,82, sensitiviteit 0,77, calibratie-helling 0,97 en calibratie-intercept -0,01), 90-dagen sterfte (c-statistiek 0,81, sensitiviteit 0,88, calibratie-helling 0,98 en calibratie-intercept 0,00), en 1-jaar sterfte (c-statistiek 0,80, sensitiviteit 0,75, calibratie-helling 0,99 en calibratie-intercept 0,00) in de testset.

*Conclusie.* De DHFA-algoritmen presteerden beter dan de momenteel gebruikte risicoscores voor Nederlandse patiënten. Toekomstig onderzoek zou de DHFA-algoritmen moeten valideren in lokale, real-life populaties en de impact ervan op SDM moeten beoordelen, met als doel een gepersonaliseerde, datagestuurde zorgstrategie voor deze kwetsbare patiënten.

## 01.2

### Impact van statinegebruik op de spiergezondheid bij ouderen

Fazel D<sup>1</sup>, Tap L<sup>1</sup>, Corsonello A<sup>2</sup>, Lattanzio F<sup>2</sup>, Mattace-Raso F<sup>1</sup>

*Doel.* Onderzoek naar het mogelijke verband tussen statinegebruik en spiergezondheid bij ouderen van 75 jaar en ouder, met de focus op spierkracht, spiermassa en fysieke prestaties.

*Methode.* Deze prospectieve observationele studie werd uitgevoerd bij poliklinische patiënten van 75 jaar en ouder. Patiënten met en zonder statinegebruik werden met elkaar vergeleken. Spierkracht, spiermassa en functie werden beoordeeld met behulp van handknijpkracht, bio-elektrische impedantie-analyse en de Short Physical Performance Battery (SPPB). Veranderingen in deze metingen werden geëvalueerd na een periode van één jaar. De resultaten werden gestratificeerd naar geslacht, en

---

1 Sectie Klinische Geriatrie, Afdeling Interne Geneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Rotterdam

2 <sup>2</sup>Italian National Research Center on Aging (INRCA), Ancona, Fermo and Cosenza, Italy

er werd rekening gehouden met mogelijke versturende factoren door te corrigeren voor polyfarmacie, leeftijd, BMI en de totale CIRS-score.

*Resultaten.* Er werden 301 deelnemers geïncludeerd, waarvan 154 statinegebruikers en 147 niet-gebruikers. Statinegebruikers hadden een hogere prevalentie van polyfarmacie (83,7% versus 58,4% bij niet-gebruikers) en een hogere cumulatieve ziektelast met een CIRS-G totaalscore van 14,1 (95% CI: 13,4-14,9) versus 11,6 (95% CI: 10,9-12,4) bij niet-gebruikers ( $p < 0,001$ ). Bij aanvang waren er geen significante verschillen in spiergezondheidsparameters tussen statinegebruikers en niet-gebruikers, voor zowel mannen als vrouwen. Longitudinale analyse toonde bij mannen een significant verschil in de verandering van de Skeletal Muscle Index (SMI) tussen statinegebruikers en niet-gebruikers. Mannelijke statinegebruikers hadden een gemiddelde afname van de SMI met -1,0% (95% CI: -2,6% tot -0,5%), terwijl niet-gebruikers een gemiddelde toename van 2,2% vertoonden (95% CI: 0,6% tot 3,8%) ( $p = 0,005$ ). Andere spiergezondheidsparameters bij mannen en vrouwen bleven onveranderd.

*Conclusie.* In deze studie werd geen associatie gevonden tussen statinegebruik en spiergezondheid bij ouderen. Echter, na één jaar observeerden we een significant verschil tussen mannelijke statinegebruikers en niet-gebruikers. Dit significant verschil suggereert dat statinegebruik bij mannen geassocieerd kan zijn met een afname van spiermassa over tijd.

## 01.3

### Basale ganglia calcificaties: geen associatie met mobiliteitsproblemen

Kwekkeboom L<sup>1,4</sup>, Koek H<sup>1</sup>, Golúke N<sup>1,3</sup>, de Jong P<sup>1</sup>, Emmelot-Vonk M<sup>1</sup>, de Jonghe A<sup>2</sup>

*Doel.* Basale ganglia calcificaties (BGC) worden frequent als toevallsbevinding gezien op CT, maar er is weinig bekend over de klinische consequenties. We hebben onderzocht of er een associatie bestaat tussen BGC en verminderde balans, loopvaardigheid en/of mobiliteit.

---

1 UMC Utrecht, Utrecht

2 Tergooi Ziekenhuis, Hilversum

3 Gelderse Vallei, Ede

4 Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

*Methodie.* Patiënten van de valpolikliniek geriatrie van een perifeer ziekenhuis van januari 2019 t/m december 2021 zijn geïnccludeerd. Patiënten ondergingen een standaard onderzoek door een arts en fysiotherapeut. BGC (afwezig, mild, matig, ernstig) werd vastgesteld middels een CT. Verminderde balans werd vastgesteld bij een Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA)-Balance score <10, verminderde loopvaardigheid bij een POMA-Gait score <9, en verminderde mobiliteit bij een POMA-Totaal score <19 of een Timed-up-and-go (TUG) >20 seconden. Binaire logistische regressie, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en cardiovasculaire events, werd gebruikt ter analyse van de associatie tussen aanwezigheid van BGC (>mild) en verminderde balans, loopvaardigheid of mobiliteit.

*Resultaten.* Er werden 253 patiënten geïnccludeerd (42% man, mediane leeftijd 81 jaar). BGC was aanwezig bij 31% van de patiënten (17% mild, 12% matig, 3% ernstig). Verminderde balans, loopvaardigheid en mobiliteit bij respectievelijk 23%, 34% en 32%. Gemiddelde scores waren 12 (SD 3) voor POMA-Balans, 9 (SD 3) voor POMA-Gait, 21 (SD 5) voor POMA-Totaal en 14 (SD 8) voor TUG. Er werd geen associatie gevonden tussen aanwezigheid van BGC en verminderde balans (OR 0.97, 95%BI 0.51-1.83), loopvaardigheid (OR 1.09, 95%BI 0.62-1.91) of mobiliteit (POMA-Totaal: OR 1.01, 95%BI 0.56-1.84; TUG: OR 1.02, 95%BI 0.49-2.12).

*Conclusie.* Er werd geen associatie gevonden tussen de aanwezigheid van BGC en verminderde balans, loopvaardigheid of mobiliteit.

## 01.4

### Medicatiebeoordelingen tijdens ziekenhuisopname: invloed op het aantal geneesmiddelen en de gebruikscomplexiteit bij ouderen met polyfarmacie

**Falke L<sup>1</sup>**, Karapinar F<sup>2,3</sup>, Bouvy M<sup>1</sup>, Emmelot M<sup>4</sup>, Egberts T<sup>1,4</sup>, Knol W<sup>4</sup>

*Doel.* Medicatiebeoordelingen bij oudere patiënten verminderen het aantal medicatie-gerelateerde problemen. Expliciete STOPP/START-criteria worden gebruikt om de medicatie te optimaliseren. Deze criteria hebben weinig aandacht voor de gebruikscomplexiteit, die geassocieerd is met een lagere kwaliteit van leven, (her)opnames

---

1 Universiteit Utrecht, Utrecht

2 Maastricht UMC, Maastricht

3 Universiteit Maastricht, Maastricht

4 UMC Utrecht, Utrecht

en een lagere therapietrouw. Het doel van dit onderzoek was het evalueren van het effect van medicatiebeoordelingen tijdens ziekenhuisopname op het aantal geneesmiddelen en de gebruikscomplexiteit bij ouderen.

*Methodie.* Dit follow-up onderzoek werd uitgevoerd met de data van de cluster gerandomiseerde OPERAM-studie uitgevoerd in Nederland, België, Zwitserland en Ierland. Opgenomen patiënten  $\geq 70$  jaar, met multimorbiditeit en polyfarmacie werden geïnccludeerd. De interventiegroep ontving een medicatiebeoordeling door een farmacotherapie team (arts en apotheker), ondersteund door software met de STOPP/START-criteria. De controlegroep kreeg de gebruikelijke zorg. De gebruikscomplexiteit werd gemeten met de Medication Regimen Complexity Index. Uitkomstmaat was het verschil in aantal geneesmiddelen en de gebruikscomplexiteit tussen ziekenhuisontslag en -opname, waarbij de interventie en controle groep vergeleken werden. Descriptieve analyse en Chi-square testen en correlatie grafieken zijn toegepast.

*Resultaten.* 1923 patiënten werden geanalyseerd met een gemiddelde leeftijd van 79,4 (sd 6,3) jaar, die gemiddeld 10,5 (sd 4,5) geneesmiddelen gebruikten en 45% was vrouw. In zowel de interventie als de controlegroep werden bij ontslag gemiddeld meer geneesmiddelen gebruikt (interventie groep: 0,8 (sd 3,8), controle groep: 1,2 (sd 3,3)). De gebruikscomplexiteit steeg eveneens: interventie groep 3,1 punten (sd 9,7) en controlegroep 3,6 punten (sd 8,8). Omdat er een sterke correlatie ( $r=0,91$ ) was tussen het aantal geneesmiddelen en de gebruikscomplexiteit, is het verschil in gemiddelde gebruikscomplexiteit per geneesmiddel berekend tussen ziekenhuisontslag en -opname. Dit verschil was hetzelfde voor beide groepen: 0,1 punt (SD 0,4).

**Conclusie.** Tijdens ziekenhuisopnames neemt het aantal geneesmiddelen en de gebruikscomplexiteit toe. Een medicatiebeoordeling met STOPP/START criteria heeft hier een beperkte invloed op. De gebruikscomplexiteit zou eveneens meegenomen moeten worden in medicatiebeoordelingen.

## O1.5

### Metten met de juiste maat: welke loopsnelheid meting geeft de meeste prognostische waarde?

**Spruijt E**<sup>1</sup>, Bakas A<sup>2</sup>, Mattace Raso F<sup>1</sup>, Baatenburg de Jong R<sup>2</sup>, Sewnaik A<sup>2</sup>, Polinder-Bos H<sup>1</sup>

*Doel.* Loopsnelheid is een belangrijk onderdeel van het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), maar wordt in de praktijk verschillend gemeten. De vraag is welke loopsnelheid parameter geassocieerd is met 1-jaar mortaliteit en makkelijk toepasbaar is in de praktijk.

*Methode.* In een prospectieve observationele cohortstudie ondergingen 227 patiënten  $\geq 70$  jaar met hoofd-hals-kanker een CGA voorafgaand aan de behandelkeuze. Loopsnelheid werd gemeten over 5 meter op normaal en maximaal looptempo. Loopsnelheidsreserve werd berekend als maximale - normale loopsnelheid. Loopsnelheid ratio werd berekend als maximale loopsnelheid/ normale loopsnelheid. Tenslotte werden twee loopsnelheidsgroepen gemaakt. De '1m/sec groep' A: normale en maximale loopsnelheid  $< 1\text{m/sec}$ , B: normale loopsnelheid  $< 1\text{m/sec}$  en maximale loopsnelheid  $\geq 1\text{m/sec}$ , C: normale en maximale loopsnelheid  $\geq 1\text{m/sec}$ . De '25e percentielgroep (p25)'  $\alpha$ : normale en maximale loopsnelheid  $< p25$ ,  $\beta$ : normale loopsnelheid  $< p25$  en maximale loopsnelheid  $\geq p25$  en  $\gamma$ : normale en maximale loopsnelheid  $\geq p25$ . Met multivariate Cox-regressie analyse werd de associatie van verschillende loopsnelheid parameters met 1-jaarsmortaliteit onderzocht.

*Resultaten.* De mediane leeftijd was 76 jaar [IQR 72-80] en 71% was man. De normale en maximale loopsnelheid waren respectievelijk  $1.08 \pm 0.27$  en  $1.41 \pm 0.39$  m/sec. In 1 jaar waren 51 patiënten overleden. Een hogere normale loopsnelheid (HR 0.19, 95%CI 0.06-0.66) en maximale loopsnelheid (HR 0.29, 95%CI 0.11-0.79) waren geassocieerd met een lagere 1-jaarsmortaliteit. Patiënten met een normale en maximale loopsnelheid  $< 1\text{m/sec}$  hadden een 3-maal hoger risico op mortaliteit (HR 3.19, 95%CI 1.55-6.56) vergeleken met de snelste groep. Ook patiënten met een normale en maximale loopsnelheid  $< p25$  (HR 3.19 95%CI 1.41-7.19) hadden een 3-maal hogere mortaliteit vergeleken met de snelste groep. Loopsnelheid reserve en loopsnelheid ratio waren geen voorspellers van 1-jaarsmortaliteit.

*Conclusie.* Normale en maximale loopsnelheid zijn geassocieerd met 1-jaars mortaliteit in hoofd-hals-kanker patiënten. Een eenvoudige vuistregel is dat patiënten met

---

1 Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

2 Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

een normale en maximale loopsnelheid <1m/sec of <p25 een sterk verhoogd risico hebben om binnen 1 jaar te overlijden.

## 02.1

### Is DeltaScan de nieuwe gouden standaard voor de detectie van postoperatief delier bij geriatrische heupfractuur patiënten, of kost het vooral goud geld? Een gerandomiseerde studie

De Fraiture E<sup>1</sup>, [Schuijt H](#)<sup>1</sup>, Menninga M<sup>1</sup>, Koevoets I<sup>1</sup>, Verheul T<sup>1</sup>, van Goor C<sup>1</sup>, Nijdam T<sup>1</sup>, van Dartel D<sup>2</sup>, Hegeman H<sup>2</sup>, van der Velde D<sup>1</sup>

*Doel.* Delier bij postoperatieve geriatrische heupfractuurpatiënten is een ernstige aandoening. Het is van groot belang deze behandelbare aandoening tijdig te herkennen. Vertraging in het herkennen van de klachten en daarmee diagnose en behandeling, geeft slechtere patiëntuitkomsten. Een nieuwe techniek voor het detecteren van delier is een point of care elektro-encefalogram (EEG) met geautomatiseerde analyse. In deze studie werd onderzocht of screening op delier middels een point of care elektro-encefalogram (DeltaScan) resulteerde in een kortere verblijfsduur na de operatie en betere screeningprestaties in vergelijking met de Delirium Observation Screening Scale (DOS).

*Methoden.* Deze randomized controlled trail werd uitgevoerd in twee geriatrische traumacentra in Nederland. Patiënten kwamen in aanmerking voor inclusie als ze 70 jaar of ouder waren, waren opgenomen met een heupfractuur op de geriatrische trauma unit en een operatie ondergingen. Patiënten werden gerandomiseerd naar ofwel de interventie (DeltaScan) of de controlegroep (DOS screening). Deelnemers werden twee keer per dag gescreend op delier gedurende drie opeenvolgende dagen vanaf dag 0 van de operatie, met de eerste meting voor de operatie. De primaire uitkomst was de verblijfsduur. Ook werd de discriminatie van beide screeningsmethoden onderzocht.

*Resultaten.* In totaal werden 388 patiënten geïncludeerd (189 per arm). Er waren geen verschillen tussen groepen in termen van mediane verblijfsduur in het ziekenhuis (DOS 7 dagen (IQR 5,75-9) vs. EEG-gebaseerde hersengolfanalyse 7 dagen (IQR 5-9); p = 0,867). De discriminatie van DeltaScan was aanzienlijk lager dan de DOSS in termen van onderscheid tussen patiënten met en zonder postoperatief delier.

---

1 Centrum voor Traumageriatrie, St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht

2 Centrum voor Geriatrische Traumatologie, ZGT, Almelo

*Discussie.* Screening op een postoperatief delier bij geriatrische heupfractuurpatiënten met behulp van DeltaScan resulteerde niet in een kortere verblijfsduur. Daarnaast laten de resultaten van deze studie geen duidelijk voordeel zien in termen van screeningprestaties van DeltaScan ten opzichte van de huidige zorgstandaard voor geriatrische patiënten met een heupfractuur.

## 02.2

### De waarde van NT-proBNP voor risicostratificatie en screening op atriumfibrilleren bij kwetsbare ouderen. Uitkomsten van de GERAF studie

**Zwart L**<sup>1</sup>, Hemels M<sup>2,3</sup>, Spruit J<sup>4</sup>, Louter L<sup>5</sup>, Riezebos R<sup>6</sup>, de Vries K<sup>6</sup>, Taekema D<sup>2</sup>, Wold J<sup>7</sup>, Pisters R<sup>2</sup>, de Groot J<sup>8</sup>, Jansen R<sup>4</sup>

*Achtergrond.* Risico stratificatie met NT-proBNP kan helpen om oudere patiënten met een hoog risico op atriumfibrilleren (AF) te identificeren.

*Methode.* In de GERAF studie werd 6 maanden gescreend op AF middels ECGs die deel uitmaakten van de standaardzorg, aangevuld met screening via een eHealth toepassing. Zweeds onderzoek liet zien dat onder patiënten met een NT-proBNP van 125pmol/L of hoger veel meer nieuwe gevallen van AF werden vastgesteld. In de GERAF studie werd bepaald of deze afkapwaarde geschikt is om kwetsbare ouderen voor screening op AF te selecteren.

*Resultaten.* 751 patiënten met sinusritme werden geïncludeerd in het screeningsprogramma. Van 668 (89%) was bloed beschikbaar voor analyse. De mediane leeftijd was 78±6.3 jaar, 410 (55%) vrouw, 400 (54%) bekend met hypertensie, 23 (3%) met hartfalen. Milde cognitieve stoornissen (MCI) werden vastgesteld bij 213 (28%), dementie bij 114 (15%). De gemiddelde Frailty Index was 0.15±0.08, 127 (17%) waren matig kwetsbaar en 86 (12%) ernstig kwetsbaar. Er werden 20 (2.7%) nieuwe ECG bevestigde gevallen van AF gevonden, bij 17 van de patiënten met nieuw AF was

- 
- 1 Dijklander Ziekenhuis, Hoorn
  - 2 Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
  - 3 Radboud UMC, Nijmegen
  - 4 Noordwest Ziekenhuis, Alkmaar
  - 5 Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
  - 6 OLVG, Amsterdam
  - 7 Meander Medisch Centrum, Amersfoort
  - 8 Amsterdam UMC, Amsterdam

een bloedmonster beschikbaar. Het gemiddelde NT-proBNP was  $44.3 \pm 183.0$ , 38 (5%) patiënten hadden een verhoogd NT-proBNP. Onder 6 (16%) van die 38 patiënten werd AF vastgesteld, en bij 11 (2%) patiënten zonder verhoogd NT-proBNP werd AF vastgesteld. Gecorrigeerd voor de leeftijd, geslacht en kwetsbaarheid gaf een verhoogd NT-proBNP een Hazard Ratio (HR) voor nieuw AF van 9.4, 95% betrouwbaarheidsinterval (CI) 2.94-30.41,  $p < 0.001$ . De sensitiviteit en specificiteit waren respectievelijk 35% en 95%, de positief voorspellende waarde 16%, en de negatief voorspellende waarde 98%.

*Conclusie.* Verhoogd NT-proBNP is sterk geassocieerd met nieuw AF bij kwetsbare ouderen en heeft een hoge negatieve voorspellende waarde. Gezien de significante proportie AF-gevallen zonder verhoogd NT-proBNP, is het echter ongeschikt als enige screeningscriterium en dient het gecombineerd te worden met andere klinische risicofactoren.

## 02.3

### Voortgezet gebruik van potentieel ongeschikte medicatie na ziekenhuisontslag: een retrospectieve cohortstudie

De Ruijter-van Da J<sup>1</sup>, Janssen M<sup>2</sup>, Siegert C<sup>3</sup>, Driessen J<sup>1</sup>, Marmorale A<sup>4</sup>, Weir D<sup>5</sup>, [Karapinar F<sup>1</sup>](#)

*Doel.* Het doel van deze studie was om de incidentie van het voortzetten van gebruik van tijdens opname geïnitieerde opiaten, benzodiazepinen en antipsychotica na ontslag in Nederland te onderzoeken.

*Opzet/methoden.* Een retrospectieve cohortstudie werd uitgevoerd in een Nederlands ziekenhuis (OLVG). Patiënten 18+ jaar die tussen januari 2019 en mei 2023 werden ontslagen met een nieuw voorschrift van een opiaat, benzodiazepine of antipsychoticum, gestart tijdens de opname en voortgezet bij ontslag, werden geïncludeerd en één jaar gevolgd. Gegevens uit het ziekenhuisinformatiesysteem en verstrekking gegevens van apotheken (Landelijk Schakelpunt) werden gebruikt om patiënten te identificeren die het gebruik na ontslag voortzetten. De primaire uitkomsten van deze studie waren de incidentie van voortgezette voorschriften na ontslag voor elke

- 
- 1 Afdeling Klinische Farmacie en Toxicologie MUMC+ , Maastricht
  - 2 Afdeling Klinische Farmacie, OLVG, Amsterdam
  - 3 Afdeling Interne Geneeskunde, OLVG, Amsterdam
  - 4 Epic Systems Corporation, Verona, Verenigde Staten
  - 5 Afdeling Farmacoepidemiologie en klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht, Utrecht



medicijnklasse en de duur van het gebruik. De duur van gebruik werd geclassificeerd in <30 dagen, 30-182 dagen en >182 dagen. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de gegevens te analyseren.

*Resultaten.* Van de 6.835 patiënten met een nieuwe voorschrift van een van de onderzochte medicijn groepen, ontving 82,7% een opiaat bij ontslag (n=5.652, gemiddelde leeftijd 61,1 jaar, 57,3% vrouw), 14,7% een benzodiazepine (n=1.005, gemiddelde leeftijd 60,7 jaar, 53,3% vrouw) en 2,6% een antipsychoticum (n=178, gemiddelde leeftijd 69,2 jaar, 48,9% vrouw). 62,5% van de nieuwe benzodiazepinegebruikers, 73,4% van de nieuwe opioïdegebruikers en 42,1% van de nieuwe antipsychoticagebruikers hadden een voortgezet gebruik van <30 dagen na ontslag. Een aanzienlijk aantal patiënten had een duur van gebruik van >182 dagen na ontslag (13,4% van de opiaatgebruikers, 20,9% van de benzodiazepinegebruikers en 36,0% van de antipsychoticagebruikers).

*Conclusie/discussie.* Deze studie toont aan dat antipsychotica het vaakst langdurig werden voortgezet na ontslag, gevolgd door benzodiazepinen en opiaten. Deze resultaten benadrukken het belang van het herkennen van potentieel ongeschikte medicatie en onderstrepen de noodzaak van een zorgvuldige evaluatie van het gebruik van deze medicaties bij ontslag of het specificeren van een stopdatum.

## 02.4

### Impliciete sturing tijdens gezamenlijke besluitvorming bij patiënten met hoofd-halskanker

**Timmer A<sup>1</sup>**, Heirman A<sup>1,2</sup>, Duimel S<sup>2</sup>, de Visscher S<sup>1</sup>, van den Brekel M<sup>2</sup>, Halmos G<sup>1</sup>, Festen S<sup>1</sup>

*Doel.* Besluitvorming over de behandeling van hoofd-halskanker is vaak complex door de kwetsbaarheid van de patiënten en de mogelijke gevolgen van de (vaak intensieve) behandeling; zoals bijwerkingen, functieverlies of esthetische veranderingen. Dit resulteert in een noodzaak voor gezamenlijke besluitvorming. Wanneer een arts echter bewust of onbewust richting een bepaalde behandeling stuurt, kan dit de uiteindelijke keuze van de patiënt beïnvloeden en heeft dit invloed op de gezamenlijke besluitvorming. Dit onderzoek had als doel te onderzoeken in hoeverre

---

1 Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

2 Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

impliciete sturing door artsen voorkomt in de dagelijkse praktijk tijdens gesprekken waarin de behandeling van hoofd-halskanker wordt gekozen.

*Opzet/methoden.* Het betreft een prospectief mixed-methods onderzoek van uitslag-gesprekken van patiënten met hoofd-halskanker. In deze gesprekken op de polikliniek KNO of kaakchirurgie tussen patiënt en hoofd-hals chirurg werd een behandelkeuze gemaakt. Een inductieve en deductieve thematische analyse werd gedaan op de transcripten van de audio opnames van deze gesprekken.

*Resultaten.* Er werden 66 transcripten geanalyseerd, corresponderend met 66 patiënten en negen hoofd-hals chirurgen uit het AvL en UMCG. Er werden 21 verschillende manieren van impliciete sturing gevonden. Met een range van 2 – 12 verschillende sturingen per gesprek. Het vaakst voorkomend was dat de behandeling als een door het team geautoriseerde beslissing werd gepresenteerd (in 61 van de 66 transcripten; 92,4%). Ook bleek (een deel van) de behandeling reeds gepland voor beslissing over de behandeling was genomen (n=33; 50,0%), was er een onevenwichtige presentatie van voor- of nadelen van een behandeling (n=51; 77,3%) en werden verschillende behandeling als één pakket gepresenteerd zonder dat de patiënt hierin een keuze leek te hebben (n=39; 59,1%).

*Conclusie/discussie.* Het gebruik van impliciete sturing is veel voorkomend in gesprekken waarin behandeling voor hoofd-halskanker wordt besproken. Door artsen bewust te maken van deze impliciete sturing en de mogelijke invloed hiervan op de patiënt en het besluitvormingsproces kan gezamenlijke besluitvorming worden geoptimaliseerd.

## 02.5

### Intra-individuele variabiliteit van directe orale antistollingsspiegels bij kwetsbare oudere patiënten tijdens en na een acute ziekenhuisopname; de DOAC-FRAIL studie

De Jong M<sup>1</sup>

*Achtergrond.* Het gebruik van directe orale anticoagulantia (DOACs) onder kwetsbare oudere patiënten is toegenomen. Recente studies geven aanleiding tot bezorgdheid, met name met betrekking tot het bloedingsrisico dat mogelijk wordt veroorzaakt door verhoogde DOAC-spiegels. Gegevens over intra-individuele variabiliteit van DOAC-spiegels blijven schaars en zijn essentieel voor het optimaliseren van

---

1 MUMC+, Maastricht

DOAC-management. Daarom onderzochten we de intra-individuele variabiliteit van DOAC-spiegels bij kwetsbare oudere patiënten tijdens en na een ziekenhuisopname. *Methode.* Deze prospectieve exploratieve cohortstudie includeerde patiënten van 65 jaar of ouder, die een DOAC gebruikten en acuut werden opgenomen op de afdeling interne geneeskunde tussen februari 2022 en december 2022. DOAC-spiegels werden gemeten bij aanvang, tijdens en na een acute ziekenhuisopname.

*Resultaten.* Bij 22 patiënten werden 63 DOAC-spiegels gemeten: 22(34,9%) waren boven en 4(6,4%) waren onder de te verwachten streefwaarde. Zeven patiënten(31,8%) hadden tijdens alle afnamemomenten spiegels binnen de te verwachten streefwaarde. Tien patiënten(45,5%) hadden een standaard deviatie (SD) van spiegels van >100ng/ml en bij 11 patiënten(50%) was de variatiecoëfficiënt(CV) >35%. Rivaroxaban was geassocieerd met een gemiddeld 97,28 eenheden hogere SD ( $p < 0,001$ ). Een verlaagde dosis werd geassocieerd met een gemiddeld 49,53 punten lagere SD ( $p = 0,09$ ).

*Conclusie.* De intra-individuele variabiliteit van DOAC-spiegels in deze kwetsbare oudere populatie was hoog. Rivaroxaban was geassocieerd met een hogere intra-individuele variabiliteit, terwijl een verlaagde DOAC-dosis een lagere intra-individuele variabiliteit liet zien. Gezien het risico op trombose en bloedingen bij afwijkende DOAC-spiegels, kan een hoge intra-individuele variabiliteit klinische gevolgen hebben. Toekomstig uitgebreid onderzoek naar DOAC spiegels in kwetsbare oudere patiënten is essentieel voor het veilig(er) gebruik van DOACs in de kwetsbare oudere populatie.

## P01

### Welke kenmerken van kwetsbare ouderen hangen samen met de ontslagbestemming na een ziekenhuisopname? Een retrospectieve studie

Van Leeuwen M<sup>1</sup>, van Dam M, Agasi-Idenburg C, de Croock F, van den Bos F, Vliet Vlieland T

*Doel.* Dit onderzoek had als doel de relatie te bepalen tussen de fysieke, sociale en cognitieve kenmerken van kwetsbare ouderen bij ziekenhuisopname van ouderen en hun ontslagbestemming.

---

1 LUMC, Leiden

*Methodie.* Retrospectief dossieronderzoek bij 65-plussers met een verhoogd valrisico of fysieke beperkingen bij acute opname in een academisch ziekenhuis. Naast registratie van sociaal-demografische en medische kenmerken werden bij ziekenhuisopname of kort daarna de volgende metingen uitgevoerd: Katz-ADL, handknijpkracht, Timed-Up-and-Go-test, 4-meter-looptest (4MLT) en Six-item-Cognitive-Impairment-Test (6-CIT). De kenmerken van patiënten die wel of niet naar huis werden ontslagen werden vergeleken door middel van univariate analyses en multivariate logistische regressieanalyse.

*Resultaten.* Van alle 49 geïncludeerde patiënten (gemiddelde leeftijd 81 (standaardafwijking  $\pm$  7.8) jaar, 24 (49%) vrouw), werden er 20 (41%) niet naar huis ontslagen. De patiënten die niet met ontslag naar huis konden waren statistisch significant ouder, lagen minder vaak opgenomen vanwege een infectie en scoorden slechter op alle metingen voor het fysiek en het cognitief functioneren. In de multivariate analyse gecorrigeerd voor leeftijd was alleen een slechtere Katz-ADL-score geassocieerd met de ontslagbestemming 'niet naar huis'.

*Conclusie.* Bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis was de Katz-ADL score bij ziekenhuisopname het sterkst geassocieerd met de ontslagbestemming.

## P02

### De GERAf studie, eHealth in de geriatrie

Zwart L<sup>1</sup>, Hemels M<sup>2,3</sup>, Spruit J<sup>4</sup>, Louter L<sup>5</sup>, Riezebos R<sup>6</sup>, de Vries K<sup>6</sup>, Taekema D, Wold J<sup>7</sup>, Pisters R<sup>2</sup>, de Groot J<sup>8</sup>, Jansen R<sup>4</sup>

*Achtergrond.* Screening op atriumfibrilleren (AF) wordt geadviseerd voor oudere patiënten.

*Methodie.* De GERAf studie betreft een case-finding studie voor AF, door toepassing van een smartphone photoplethysmografie (PPG) applicatie en opportunistische

- 
- 1 Dijklander Ziekenhuis, Hoorn
  - 2 Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
  - 3 Radboud UMC, Nijmegen
  - 4 Noordwest Ziekenhuis, Alkmaar
  - 5 Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
  - 6 OLVG, Amsterdam
  - 7 Meander MC, Amersfoort
  - 8 Amsterdam UMC, Amsterdam

ECGs binnen de standaard geriatrische zorg. Patiënten werden geïncludeerd op 6 poliklinieken Geriatrie, ondergingen het CGA en ECG, gevolgd door screening op AF met PPG gedurende 6 maanden. Ook alle overige ECGs binnen de standaardzorg werden verzameld. De bruikbaarheid van de eHealth applicatie werd beoordeeld op het percentage deelname, aantal metingen per deelnemer en de bereidheid metingen te herhalen. Associaties met een slechtere deelname werden middels regressieanalyse geanalyseerd, gerapporteerd als Hazard Ratios (HR) met 95% confidence intervals (CI 95%).

*Resultaten.* 952 patiënten werden geïncludeerd, 201 (21%) bekend met AF, en 751 patiënten met sinusritme. De mediane leeftijd van patiënten met sinusritme was  $78 \pm 6.3$ , 410 (55%) vrouw, 347 (46%) met polyfarmacie, gemiddelde FI was  $0.15 \pm 0.08$ , 127 (17%) matig kwetsbaar en 86 (12%) ernstig kwetsbaar. Er waren 213 (28%) patiënten met milde cognitieve stoornissen (MCI) en 114 (15%) patiënten met dementie. Metingen werden verricht door 641 (85%) patiënten, 295 (39%) verrichte er 3 of meer. Na een mislukte meting maakte 374 (58%) patiënten aansluitend minstens 1 aanvullende meting. Nieuw AF werd vastgesteld in 20 (2.7%) patiënten, 10 op het standaard ECG, 7 tijdens SEH bezoek, 3 via PPG. Cognitieve stoornissen waren niet geassocieerd met een slechtere uitvoering van de screening, HR 0.72 CI 95% 0.43-1.18 voor MCI en 0.79 CI 95% 0.43-1.46 voor dementie.

*Conclusie.* Cognitieve stoornissen en leeftijd vertoonden geen significante associatie met een verminderde participatie in deze studie. Door middel van screening met een e-healthapplicatie en herhaalde ECG's werd een hoge incidentie van atriumfibrilleren (AF) vastgesteld van 2,7%. Voor kwetsbare ouderen benadrukken deze bevindingen hun verhoogde risico op AF en de substantiële meerwaarde van gerichte opsporing van AF.

## P03

### Veelgebruikers van spoedeisende zorg onder oudere patiënten – exploratie en automatische identificatie met behulp van Natural Language Processing in 92.076 ruwe tekstdocumenten

Pouw M<sup>2</sup>, Dijkstra H<sup>1,2</sup>, Kontos E<sup>3</sup>, de Jonghe A<sup>4</sup>, Maruster L<sup>5</sup>, van der Zee D<sup>5</sup>, van Munster B<sup>1,2</sup>

*Doel.* De dubbele vergrijzing van de populatie leidt tot een toenemend gebruik van zorg en een grotere kans dat ouderen veelgebruikers van spoedeisende zorg worden. Vroege identificatie van deze patiënten kan de verstrekking van passende zorg verbeteren. Deze studie had als doel een Natural Language Processing (NLP)-model te ontwikkelen met behulp van ruwe tekstnotities van de Ambulancedienst (AD) om oudere patiënten te identificeren die risico lopen op frequent gebruik van spoedeisende zorg.

*Methode.* Ruwe tekstdata van 2013-2019 uit AD-dossiers, genoteerd door ambulancepersoneel, werden gebruikt. Patiënten van 65 jaar en ouder werden geïncludeerd. Frequent gebruik van AD werd gedefinieerd als meerdere inzetten per jaar. Exploratieve analyses werden uitgevoerd met beschrijvende statistieken. De data werd gesplitst in een trainingsset (80%) en een testset (20%), gestratificeerd op incidentie van frequent gebruik. De tekst werd voorbereid, getokenized, en gelematiseerd, waarna de Term Frequency-Inverse Document Frequency Vectorizer werd gebruikt als input voor het Extreme Gradient Boosting (XGBoost)-algoritme. Dit algoritme werd getraind met 5-voudige cross-validatie en getest op de testset. Prestaties werden beoordeeld met discriminatie (c-statistiek), calibratie, sensitiviteit, precisie en F1-score.

*Resultaten.* In totaal werden 97.736 patiënten geïncludeerd, waarvan 9,8% frequente gebruikers waren, verantwoordelijk voor 28,6% van het AD-gebruik. Het XGBoost-algoritme bereikte in de trainingsset een c-statistiek van 0,97, sensitiviteit van 0,93, precisie van 0,47 en een F1-score van 0,63. In de testset waren de resultaten iets lager: c-statistiek van 0,92, sensitiviteit van 0,82, precisie van 0,41 en een F1-score van 0,54.

- 
- 1 Martini Ziekenhuis, Groningen
  - 2 Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
  - 3 Universiteit Utrecht, Utrecht
  - 4 Tergooi Ziekenhuizen, Blaricum
  - 5 Universiteit van Groningen, Groningen

*Conclusie.* Deze studie laat zien dat het NLP-model effectief is in het identificeren van oudere patiënten met frequent gebruik van spoedeisende zorg. Het gebruik van NLP kan bijdragen aan verbeterde zorg door tijdige identificatie van risicopatiënten, wat kan helpen om passende zorg op de juiste locatie te bieden.

## P04

### Acceptatie, adaptatie en herstel: een thematische analyse van ervaren kwaliteit van leven na ernstig lichamelijk trauma van de geriatrische patiënt

Van Ameijden S<sup>1,2</sup>, van den Berg A<sup>1</sup>, de Jongh M<sup>1,3</sup>

*Doel.* Kwaliteit van leven (KvL) na trauma wordt vaak gemeten middels de EQ-5D domeinen. Echter zijn deze gestandaardiseerde domeinen mogelijk beperkt voor de geriatrische populatie, waardoor belangrijke thema's die KvL na trauma beïnvloeden mogelijk onderbelicht zijn. Dit onderzoek richt zich op het identificeren van deze onderbelichte thema's, ter verbetering van geriatrisch-specifieke posttraumatische zorg.

*Methode.* Deze kwalitatieve studie gebruikte een thematische content analyse volgens Braun en Clarke (2006) van semigestructureerde interviews met 70-plus-sers, 6 tot 24 maanden na het doormaken van ernstig lichamelijk letsel. Via inductieve codering werden overkoepelende thema's geïdentificeerd tot datasaturatie was bereikt, waarbij in totaal 15 interviews werden afgenomen.

*Resultaten.* De analyse identificeerde twee hoofdthema's met invloed op de ervaren KvL: trauma-gerelateerde determinanten en niet-trauma gerelateerde determinanten. Sub-thema's binnen de trauma-gerelateerde determinanten waren 1) het verlies van onafhankelijkheid en vrijheid, welke een negatieve impact had op ervaren KvL, 2) psychologische weerbaarheid en acceptatie en 3) adaptief vermogen, welke beide een positieve impact hadden. Niet-trauma gerelateerde sub-thema's waren 1) de aanwezigheid en achteruitgang van comorbiditeiten en 2) verlies van een levenspartner, welke beide een negatieve impact hadden op ervaren KvL, en 3) het behouden van dagelijkse activiteiten en sociale contacten, welke niet veranderden door trauma en een positieve impact hadden.

---

1 Netwerk Acute Zorg Brabant, Tilburg

2 Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg

3 Tilburg University, Tilburg

*Conclusie.* Bovenstaande thema's benadrukken het belang van multidisciplinaire samenwerking bij de geriatrische posttraumatische patiënt. Het waarborgen van onafhankelijkheid en dagelijkse activiteiten, en preventie van verdere fysieke achteruitgang middels samenwerking van traumachirurgen, geriaters en fysio- en ergotherapeuten wordt aanbevolen ter verbetering van de posttraumatische zorg voor deze complexe patiëntengroep. Toekomstig (kwantitatief) onderzoek over KvL bij ouderen zou zich moeten richten op relevante uitkomsten die breder kijken dan gezondheid alleen, bijvoorbeeld met de ICECAP-O domeinen.

## P05

### Uitkomsten van kwetsbare ouderen bij reanimaties

**Binnendijk M<sup>2</sup>, Zuidema M<sup>1</sup>, Peters R<sup>1</sup>, den Hollander M<sup>1</sup>**

*Doel.* Is er een associatie tussen kwetsbaarheid van patiënten gemeten met de Clinical Frailty Scale (CFS) en de uitkomst van reanimatie?

*Methode.* Retrospectieve analyse van patiënten boven de 60 jaar die gereanimeerd werden in het Tergooi MC of na reanimatie in het Tergooi MC werden opgevangen. De analyse is verricht over de periode van 2018 tot en met 2022, waarbij met retrospectief dossieronderzoek de CFS is opgezocht of ingeschat.

*Resultaten.* In totaal zijn er 251 patiënten gereanimeerd in de onderzochte periode, met een gemiddelde leeftijd van 74,6 jaar. De overleving na reanimatie is 26,3%. De gemiddelde CFS score van de overleden patiënten is hoger dan in de groep van patiënten die overleefden: 3.4 versus 2.7. Ook was de mediaan van de CFS score in de groep van overleden patiënten hoger: 3 versus 2, wat wijst op hogere mate van kwetsbaarheid. In de groep van patiënten met een Out Of Hospital Cardiac Arrest (OHCA) was de mediaan van de CFS 4 van overledenen en 2 van patiënten die reanimatie overleefden. Bij toenemende leeftijd is er een steeds lagere overleving na reanimatie: in de groep van 60-79-jarigen is de overleving in ons cohort 30%, voor 80 jaar en ouder is dit 13%, en boven 90 jaar is de overleving 0%.

*Conclusie/Discussie.* De groep van patiënten die overleden na reanimatie hadden een hogere CFS score, zowel in mediaan als gemiddelde uitgedrukt, wat correspondeert met een hogere mate van kwetsbaarheid. Zij hadden tevens een hogere leeftijd. Dit verschil in CFS score is nog groter in de uitgesplitste groep van OHCA. Deze gegevens

---

1 Tergooi MC, Hilversum

2 UMC, Utrecht



kunnen we gebruiken in gesprekken over behandelbeperkingen. De CFS score betrof meestal een schatting achteraf op basis van de gegevens uit het dossier. Dit is een tekortkoming in de interpretatie van de resultaten.

## P06

### De inzet van nieuwe diabetesmiddelen bij de behandeling van kwetsbare ouderen met diabetes type-2

Verkaik D<sup>1</sup>, Spies P<sup>1</sup>, Jacobs A<sup>2</sup>

*Doel.* De afgelopen jaren zijn er nieuwe middelen op de markt gekomen om type-2 diabetes te behandelen, waaronder GLP-analogen, DPP4-remmers en SGLT2-remmers. De plaats van deze middelen bij de behandeling van kwetsbare ouderen met diabetes type-2 is onduidelijk. Daarom werd onderzocht of deze middelen voorgeschreven worden aan kwetsbare ouderen en of dit toeneemt over de jaren.

*Opzet/methode.* Middels retrospectief cohortonderzoek is gekeken naar alle patiënten met type-2 diabetes, opgenomen op de afdeling geriatrie van Gelre ziekenhuizen tussen 2017 en 2022.

Terminaal zieke patiënten of patiënten met een opname van <24 uur werden geëxcludeerd. Er is aangenomen dat patiënten die worden opgenomen op de afdeling geriatrie per definitie kwetsbaar zijn.

*Resultaten.* In totaal waren er 3632 opnames, waarvan 851 patiënten met diabetes type-2. 87 Patiënten werden geëxcludeerd in verband met terminaal ziek-zijn bij opname of een opnameduur van < 24 uur. Van de overgebleven 764 patiënten was 52% vrouw. De mediane leeftijd was 85 (range 57-99). De mediane Charlson Comorbidity Index was 6 (range 3-20). Van deze 764 patiënten gebruikte 7% één van de nieuwere glucose-regulerende middelen. Over de jaren werd in geen enkele geneesmiddelen-groep een statistisch significante toename in gebruik gezien.

*Conclusie/discussie.* Ondanks dat er de afgelopen jaren verscheidene nieuwe middelen beschikbaar zijn gekomen om type-2 diabetes te reguleren, worden deze nog zeer beperkt toegepast bij kwetsbare ouderen met diabetes type-2. In onze studiepopulatie is daarbij vooralsnog geen verandering te zien over de jaren. Gezien de positieve effecten van deze middelen op glucoseregulatie, maar ook op bijvoorbeeld cardiovasculaire eindpunten, is er risico op onderbehandeling van

---

1 Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

2 Catharina ziekenhuis, Eindhoven

kwetsbare ouderen. Tegelijkertijd is er nog weinig bekend over de bijwerkingen bij deze patiënten. Dit maakt dat er meer onderzoek nodig is, specifiek gericht op kwetsbare ouderen, voor een goede inschatting van de plaats, risico's en voordelen die deze middelen kunnen hebben voor deze groep.

## P07

### Het cardiovasculair risicoprofiel van patiënten met de ziekte van Fahr

**Snijders B<sup>1</sup>**, de Jong P<sup>1</sup>, Peters M<sup>1</sup>, Lith B<sup>1</sup>, Brilstra E<sup>1</sup>, Ruigrok Y<sup>1</sup>, Schepers V<sup>1</sup>, van Valen E<sup>1</sup>, Emmelot-Vonk M<sup>1</sup>, Koek D<sup>1</sup>

*Doel.* De ziekte van Fahr, ook bekend als Primaire Familiäre Brein Calcificaties (PFBC), is een zeldzame neurodegeneratieve ziekte welke gekarakteriseerd wordt door calcificaties in de basale ganglia. Als de calcificaties secundair aan een andere onderliggende oorzaak ontstaan, bijvoorbeeld een hypoparathyreoïdie, spreekt men van het syndroom van Fahr. Patiënten kunnen cognitieve, motorische of neuropsychiatrische klachten ervaren. Het cardiovasculair risico van deze patiënten is onbekend.

*Methode.* Deze cross-sectionele studie includeerde patiënten met de ziekte of het syndroom van Fahr, van 18 jaar en ouder, die de polikliniek geriatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht bezochten tussen maart 2021 en november 2023. Alle patiënten ondergingen uitgebreide diagnostiek verricht door een multidisciplinair team. Data over cardiovasculaire ziektes en risicofactoren, medicatie gebruik en laboratoriumonderzoek werden verzameld. Het cardiovasculaire risico werd vergeleken met een controle groep van de LifeLines Cohort Study, welke mensen uit de algemene Noord-Nederlandse bevolking includeerde. Data werd gestratificeerd op leeftijd.

*Resultaten.* In totaal werden 63 patiënten geïncludeerd (gemiddelde leeftijd 59,2 jaar, 51% man). Patiënten hadden significant hogere systolische en diastolische bloeddrukwaarden (gemiddelde verschillen van 13 en 7 mmHg, respectievelijk). Patiënten van 65 jaar of jonger hadden significant hogere prevalenties van de cardiovasculaire risicofactoren hypertensie (56% versus 23%), hypercholesterolemie (33% versus 13%), en diabetes mellitus (11% versus 3%) in vergelijking met controles. Patiënten van 65 jaar of jonger hadden een significant hogere prevalentie van cerebrovasculaire accidenten (13% versus 1%). Deze patiënten gebruikten significant vaker

---

1 Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

plaatjesremmers en lipiden verlagende middelen (19% versus 2% en 22% versus 5%, respectievelijk).

*Conclusie.* Deze studie laat zien dat patiënten met de ziekte of het syndroom van Fahr een slechter cardiovasculair risicoprofiel kennen dan de algemene bevolking. Er is meer aandacht nodig voor de diagnostiek en behandeling van het cardiovasculair risicoprofiel in deze patiëntengroep.

## P08

### Het bespreken van patiënt doelen tijdens gezamenlijke besluitvorming met patiënten met hoofd-halskanker

Timmer A<sup>1</sup>, Heirman A<sup>1,2</sup>, Duimel S<sup>2</sup>, de Visscher S<sup>1</sup>, van den Brekel M<sup>2</sup>, Halmos G<sup>1</sup>, Festen S<sup>1</sup>

*Doel.* Besluitvorming bij patiënten met hoofd-halskanker is vaak complex door kwetsbaarheid, ook op jonge leeftijd, en de intensiteit van de behandeling. Voor een passende behandeling die aansluit bij de persoonlijke doelen en verwachtingen en zorgen van de patiënt, is het belangrijk om deze doelen en voorkeuren te bespreken. Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of de voorkeuren en doelen van hoofd-hals patiënten aan bod komen tijdens gesprekken waarin een behandelkeuze wordt gemaakt.

*Opzet/methoden.* Het betreft een prospectief mixed-methods onderzoek van uitslag-gesprekken van patiënten met hoofd-halskanker. In deze gesprekken op de polikliniek KNO of kaakchirurgie tussen patiënt en hoofd-hals chirurg werd een behandelkeuze gemaakt. Er werd een deductieve en inductieve thematische analyse gedaan op de transcripten van de audio opnames van deze gesprekken.

*Resultaten.* Er werden 66 transcripten geanalyseerd, corresponderend met 66 patiënten en negen hoofd-hals chirurgen uit het AvL en UMCG. In 65 gesprekken (98,5%) werd niet expliciet gevraagd naar doelen en voorkeuren van de patiënt tijdens het besluitvormingsproces. In 55 gesprekken kwamen in totaal 96 doelen en voorkeuren wel ter sprake. Het initiatief om deze doelen en voorkeuren te bespreken werd het vaakst genomen door de patiënt (n=68; 70,8%) of naaste (n=15; 15,6%). Dit was vaak het resultaat van zorgen of angst. Doelen die het vaakst ter sprake kwamen hadden betrekking op langer leven (n=27; 28,1%), functionele uitkomsten

---

1 Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

2 Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

(n=17; 17.7%) of waren symptoom specifiek (n=17; 17.7%). Artsen reageerden meestal medisch-technisch, door verdere uitleg over behandeling of ziektebeeld te geven.

*Conclusie/discussie.* Patiënt doelen of voorkeuren werden niet standaard uitgevraagd tijdens samen beslissen met patiënten met hoofd-halskanker. Wanneer deze wel werden besproken namen de patiënt of naasten daartoe het initiatief. Vaak was de reactie hierop medisch-technisch van aard. Hierdoor werden kansen gemist om doelen of zorgen verder te verhelderen of de patiënt gerust te stellen.

## P09

### Proactieve zorgplanning in gehospitaliseerde oudere patiënten met hartfalen; een kwalitatieve studie

De Graaf A<sup>1</sup>, Peijster-de Waal J<sup>1</sup>, Tseng C<sup>1</sup>, Aveskamp J<sup>1</sup>, Wierdsma J<sup>1</sup>, Koek H<sup>1</sup>

*Doel.* Advance care planning (ACP) is een proces waarbij patiënten, familieleden en zorgverleners gezamenlijk voorkeuren voor toekomstige zorg bespreken en vastleggen. Hoewel ACP bijdraagt aan betere afstemming en kwaliteit van zorg in de laatste levensfase, blijft de toepassing bij oudere gehospitaliseerde patiënten beperkt. Deze studie onderzocht ervaringen van patiënten met hartfalen en zorgprofessionals betreffende ACP-gesprekken op de ziekenhuisafdeling, waarbij als gesprekshulp de 'Mijn ZORG nu en later'-gesprekskaart werd gebruikt.

*Methode.* Deze kwalitatieve studie vond plaats op de afdelingen geriatrie en cardiologie in het Universitair Medisch Centrum Utrecht van mei tot oktober 2024. Opgenomen hartfalen-patiënten van 70 jaar en ouder werden geïncludeerd. Exclussiecriteria betroffen ernstige cognitieve beperkingen of reeds recent verrichtte ACP. Het onderzoek bestond uit ACP-gesprekstraining van verpleegkundigen, ontwikkeling en afnemen van interviews bij zowel patiënten als zorgprofessionals. De transcripten werden thematisch geanalyseerd middels respectievelijk Systematic Text Condensation en het Theoretical Domains Framework.

*Resultaten.* Er werden 14 geriatrie- en cardiologieverpleegkundigen getraind. In totaal namen 15 van de 28 geschikte patiënten deel aan ACP-gesprekken, waarvan 7 werden geïnterviewd. Eerdere ervaring met ACP varieerde. Patiënten waardeerden verpleegkundigen als gespreksleiders en stonden open voor gesprekken tijdens hun opname. Betrokkenheid van familie was afhankelijk van persoonlijke voorkeuren. De gesprekskaart hielp om gesprekken te structureren, maar sommige patiënten

---

1 UMC Utrecht, Utrecht

hadden aanvullende ondersteuning nodig. De 4 geïnterviewde zorgprofessionals ervaren de gesprekskaart als belangrijke bevorderende factor in de implementatie. Ook droegen praktische training en aanwezigheid van kartrekkers bij. Drijfveren waren het creëren van bewustwording en het proactief bespreken van zorgwensen ter kwaliteitsbevordering. Belemmerende factoren betroffen gebrek aan tijd, samenwerking met zaalartsen en overdracht na opname.

*Conclusie.* Patiënten staan open voor ACP-gesprekken door een verpleegkundige tijdens een ziekenhuisopname, maar het proces moet worden afgestemd op individuele wensen. Deze studie biedt inzichten voor ACP-implementatie middels een gesprekshulp op ziekenhuisafdelingen. Uitgebreidere ervaring is nodig ter verbetering van de implementatie.

## P10

### Analyse van factoren die acceptatie van geriatrische adviezen beïnvloeden bij ouderen met hartziekten; een retrospectieve cohort studie

**Raijmann R**<sup>1,2</sup>, Koek H<sup>1</sup>, Emmelot-Vonk M<sup>1</sup>, Agema W<sup>3</sup>, Kerckhoffs A<sup>2</sup>, Keijsers C<sup>2</sup>

*Doel.* Met de vergrijzing van patiënten met cardiovasculaire aandoeningen groeit de behoefte aan cardio-geriatrische zorg. Het doel van deze studie was om de inhoud en acceptatie van geriatrische adviezen bij ouderen met hartziekten te bestuderen, evenals welke factoren geassocieerd zijn met acceptatie.

*Methode.* Deze retrospectieve cohortstudie omvatte patiënten van 85 jaar en ouder die waren opgenomen op de afdeling cardiologie en een geriatrisch consult ontvingen. Een steekproef van 100 patiënten werd samengesteld; de helft ontving advies na verzoek van de cardioloog, de andere helft kreeg proactief advies. De inhoud en acceptatie van geriatrische adviezen werd verkregen uit de medische dossiers tot zes maanden na ontslag. Logistische regressie werd toegepast om te analyseren welke factoren geassocieerd waren met acceptatie.

*Resultaten.* De studiegroep (gemiddelde leeftijd 88 jaar, 60% vrouw) ontving 310 geriatrische adviezen, waarvan 56% werd geaccepteerd. Er was geen verschil in acceptatie van adviezen in de reguliere en proactieve consult groep. Adviezen

---

1 Afdeling klinische geriatrie Universitair medisch centrum Utrecht, Utrecht

2 Afdeling klinische geriatrie Jeroen Bosch ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

3 Afdeling Cardiologie Jeroen Bosch ziekenhuis, 's Hertogenbosch

voor het functionele (OR 3,10 (95%CI 1,41-6,82)), sociale (OR 5,55 (95% CI 2,40-13,00)) en existentiële domein (OR 6,09 (95%CI 2,62-14,16)) werden vaker geaccepteerd dan adviezen voor het fysieke domein. Er was geen verschil in acceptatie van adviezen uit het fysieke en het psychische domein. Mondelinge communicatie van adviezen verhoogde de acceptatie (OR 2,16 (95%CI 1,30-6,70)), evenals wanneer een neutrale en directe toon werd gebruikt in plaats van een twijfelende toon (OR 1,90 (95%CI 1,01-3,56)), en wanneer de aanbevelingen beknopt waren gedocumenteerd (OR 1,11 (95 CI 1,04-1,20) per gemiddelde afname van 10 woorden).

*Conclusie.* Deze studie vond dat acceptatie van geriatrische adviezen voor oudere patiënten met hartziekten laag is. Adviezen voor het functionele, sociale en existentiële domeinen werden het vaakst geaccepteerd. Voor een betere acceptatie dienen adviezen mondeling te worden gecommuniceerd, beknopt te worden gedocumenteerd en moet een twijfelende toon worden vermeden.

## P11

### Valproblematiek en orthostatische hypotensie in de klinische geriatrische populatie

Van Stapele K<sup>1</sup>, Broeders M<sup>1</sup>, van Kempen J<sup>1</sup>, Faes M<sup>1</sup>

*Doel.* 50% van de 75-plussers valt jaarlijks, waarvan 10% op de SEH belandt. Orthostatische hypotensie (OH) is een van de oorzaken van vallen en komt veel voor onder ouderen. Het doel van deze studie is te onderzoeken bij hoeveel procent van de geriatrische patiënten vallen in de probleemlijst staat. Verder wordt onderzocht wat de prevalentie van OH is in deze groep en wat het effect van interventies op de OH is.

*Methode.* Wij voerden een monocenter, retrospectief dossieronderzoek uit onder alle patiënten die zich van 1-1-2019 t/m 1-5-2019 presenteerden op de SEH voor de geriatrie en/of opgenomen werden op de verpleegafdeling geriatrie van het Amphia Ziekenhuis. Beschrijvende statistiek werd toegepast.

*Resultaten.* 254 patiënten werden geïncludeerd, waarvan 66 patiënten (26%) een val in de probleemlijst op de SEH of bij opname hadden staan, 29 patiënten (11%) hadden vallen als primaire opnamereden. Bij 39 (60%) van de vallers werd een orthostasemeting verricht. Bij 20 vallers (51%) en bij 20 niet-vallers (39%) was de eerste orthostasemeting positief ( $p=0,22$ ). Bij 23 patiënten (vallers en niet-vallers) was de laatste orthostasemeting voor ontslag positief. In geval van OH werd bij 23 (68%)

---

1 Amphia Ziekenhuis, Breda

van alle patiënten een interventie gedaan. Interventie vond plaats in de vorm van leefstijladviezen (100%), zwachtelen tot aan de lies (33%), buikband (9%), medicatie staken (9%) en starten van florinef of midodrine (8%). We vonden geen verschil in leeftijd, geslacht, CIRS-G, CFS-score of Barthelscore tussen de vallers en niet-vallers. De vallers gebruikten minder orale anticoagulantia (58% versus 71%,  $p=0,05$ ) en anti-hypertensiva (52% versus 67%,  $p=0,03$ ).

*Conclusie.* Vallen en OH zijn veelvoorkomend problemen onder geriatrische patiënten. Hoewel zwachtelen tot aan de lies met name effectief is als dit gecombineerd wordt met een buikband, wordt dit niet frequent toegepast. Data-analyse over effectiviteit van de ingezette interventies volgt.

## P12

### Wat is er nodig om een gecombineerd leefstijlprogramma voor 65-plussers op te schalen?

**Bos L<sup>1</sup>**, te Pas-van der Laag P<sup>1</sup>, Veenhof C<sup>1,2</sup>, Barten D<sup>1,2</sup>, Schoonhoven L<sup>1</sup>

*Doel.* ProMuscle is een effectief leefstijlprogramma bestaande uit spierkracht-training gecombineerd met eiwitverrijkte voeding voor 65-plussers gericht op het voorkomen en behandelen van sarcopenie. ProMuscle wordt nu kleinschalig ingezet door fysiotherapeuten en diëtisten. Eén van de doelen van deze studie is om de schaalbaarheid van ProMuscle met behoud van effectiviteit en efficiëntie van het programma te beoordelen.

*Methode.* Het onderzoek werd vormgegeven aan de hand van de Intervention Scalability Assessment Tool. Deze tool bevat opeenvolgende stappen om inzicht te krijgen in tien domeinen die schaalbaarheid van een interventie kunnen beïnvloeden. Na een documentanalyse werden interviews (N=8) met eerstelijns fysiotherapeuten, diëtisten, beleidsmakers en onderzoekers gehouden en werden vragenlijsten uitgezet (N=49). De resultaten werden samengevat in een schaalbaarheidsrapport en werden gevalideerd tijdens twee focusgroepen met dezelfde populatie (N=10).

*Resultaten.* De kansen voor opschaling van ProMuscle worden gezien in de domeinen huidige strategische en politieke context en de implementatie-structuur. Sarcopenie heeft voldoende prioriteit om opschaling van ProMuscle te rechtvaardigen, en ProMuscle voldoet aan behoeften van de doelgroep. Uitdagingen voor opschaling

---

1 Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

2 Hogeschool Utrecht, Utrecht

zijn financiering en samenwerking. Ondanks dat ProMuscle mogelijk op langere termijn zorgkosten bespaart, liggen de korte termijn kosten bij de deelnemers en blijft het ondanks inspanningen moeilijk om 65-plussers met een kleiner budget te bereiken. Door aan te sluiten bij huidige politieke prioriteiten, zoals het Integraal Zorgakkoord, ontstaan er kansen voor de opschaling van ProMuscle. Het inzetten van fitnessstrainers in plaats van fysiotherapeuten kan kosten verlagen. Tot slot is samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende domeinen cruciaal.

*Conclusie.* Hoewel ProMuscle een veelbelovende interventie is met potentieel om zorgkosten te verlagen en het fysiek functioneren van 65-plussers te bevorderen, zijn belangrijke uitdagingen die opschaling van ProMuscle belemmeren. Samenwerking tussen domeinen en aandacht voor financiering zijn de belangrijkste uitdagingen. De huidige politieke aandacht voor zelfredzaamheid en preventie biedt kansen om de opschaling van ProMuscle te realiseren.

## P13

### Het perspectief van medewerkers op interprofessioneel samenwerken rondom de patiënt met multimorbiditeit

Van Nimwegen L<sup>1</sup>, Keijsers K<sup>1</sup>

*Doel.* In 2040 zou 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken om te blijven voldoen aan de zorgvraag. Dit is niet reëel en vraagt om veranderingen in de huidige manier van werken. Het Integraal Zorgakkoord staat vol van (interprofessionele) samenwerking als aangedragen oplossing, maar wat is er nodig om deze samenwerking te doen slagen? In deze studie onderzochten we de onderlinge relatie tussen de constructen die deel uitmaken van interprofessionele samenwerking, namelijk interprofessionele identiteit, bevoegenheid en culture-of-care, evenals hun relatie ten opzichte van veranderbereidheid.

*Opzet/methode.* Het betreft een survey-studie onder werknemers van de poliklinieken Interne Geneeskunde, Cardiologie en Geriatrie, voorafgaand aan de introductie van een nieuwe vorm van interprofessionele samenwerking rondom patiënten met multimorbiditeit. Interprofessionele identiteit, bevoegenheid, culture-of-care en veranderbereidheid werden respectievelijk in kaart gebracht met behulp van de volgende meetinstrumenten: Extended Professional Identity Scale (EPIS), Utrecht Work Engagement Scale (UWES), Culture of Care Barometer en Organizational

---

1 Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch



Change Questionnaire-Readiness (OCQ-R). De onderlinge relaties tussen de uitkomsten werden geanalyseerd met behulp van de one-way analysis of variance (ANOVA). *Resultaten.* Bovengenoemde vragenlijsten werden beantwoord door 51 werknemers, met een redelijk gelijke verdeling over de 3 specialismen, te weten Interne Geneeskunde (n=14), Cardiologie (n=22) en Geriatrie (n=15). ANOVA Toonde een matig positieve correlatie coëfficiënt tussen culture-of-care en bevoegenheid ( $r=0.377$ ;  $p=0.006$ ) evenals tussen interprofessionele identiteit en veranderbereidheid ( $r=0.344$ ;  $p=0.013$ ). Overige correlaties werden niet significant bevonden.

*Conclusie/discussie.* Onze studie bevestigt de reeds eerder aangetoonde onderlinge relaties binnen de constructen van interprofessionele samenwerking, zoals de positieve correlatie tussen culture-of-care en bevoegenheid van werknemers. Een aanvulling op de reeds bestaande kennis is de positieve correlatie tussen interprofessionele identiteit en veranderbereidheid. Ervan uitgaande dat veranderbereidheid een belangrijke voorwaarde is voor het laten slagen van zorgtransformaties, onderschrijft dit het belang om te investeren in het optimaliseren van de interprofessionele identiteit van werknemers.

## P14

### Sfeer in familiegesprek sterke voorspeller van klachten op de afdeling geriatrie: een case-control studie naar predictoren voor klachten

**Buiting P**<sup>1,2</sup>, Emmelot-Vonk M<sup>3</sup>, Keijsers K<sup>4</sup>

*Doel.* In de afgelopen jaren neemt het aantal klachten in de gezondheidszorg toe. Klachten zijn een reflectie van de individuele ervaren zorg en de kwaliteit van zorg. Echter andere factoren kunnen ook samenhangen met het ontstaan van klachten, bijvoorbeeld de ervaren communicatie. Deze studie onderzoekt welke factoren samenhangen met het ontstaan van klachten tijdens ziekenhuisopname bij geriatrische patiënten.

*Methode.* In een retrospectieve exploratieve case-control studie werden casus waarbij een klacht was ingediend vergeleken met gematchte casus zonder klacht

- 
- 1 AIOS Klinische Geriatrie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
  - 2 Student Rechtsgeleerdheid, Radboud Universiteit, Nijmegen
  - 3 Hoogleraar Klinische Geriatrie, UMC Utrecht, Utrecht
  - 4 Klinisch Geriater, Decaan, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

(matching op leeftijd, geslacht, opnameduur, woonsituatie). De case:control-ratio was 1:2, tijdspad: 2018-2023, setting: Jeroen Bosch ziekenhuis.

*Resultaten.* 18 klachten werden vergeleken met 36 controles. De gemiddelde leeftijd in de gematchte groepen was 83 jr (range 70-97), 67% vrouw, opnameduur 10.5 dgn (mediaan). Alle patiënten woonden nog thuis. De patiënten waarbij onvrede leidde tot een klacht hadden vaker een grillige sfeer in het familiegesprek (OR 3.9 (1.6-9.2)). Aantal familiegesprekken, wisselen van contactpersoon tijdens opname, tekortschietend zorgsysteem voor opname, familie niet tevreden met ontslaglocatie of overlijden tijdens opname bleken niet voorspellend.

*Conclusie.* Een grillige sfeer in een familiegesprek bleek de enige voorspeller van klachten. Mogelijk zijn er meerdere factoren maar konden deze niet worden gevonden door de lage power, verklaard door het relatief lage aantal klachten. In de maatschappelijke tendens om meer te klagen, kan het helpen om beter inzicht te hebben in deze risicofactoren zodat zorgverleners niet alleen de beste zorg kunnen bieden maar ook bevlogen kunnen blijven, door de zorg aan te passen aan deze factoren.

## P15

### De ontwikkeling van een vragenlijst voor eenzaamheid in de verpleeghuissetting

Van De Kolk D<sup>1</sup>, Huijsman R<sup>1</sup>, Andringa G<sup>1</sup>, de Korne D<sup>1</sup>

*Doel.* Het ontwikkelen van een schaal, geschikt om eenzaamheid in de verpleeghuissetting vast te stellen. De schaal moest inzicht geven in de mate en aard van eenzaamheid bij oudere bewoners met somatische of psychogeriatrische zorgindicatie, en rekening houden met de unieke perspectieven en geleefde ervaringen van deze bewoners. Bovendien moet de schaal goed toepasbaar zijn in de zorgpraktijk en in staat zijn om onderscheid te maken tussen meerdere aspecten van eenzaamheid: sociaal, emotioneel en existentieel, en aspecten van eenzaamheid die gelinkt zijn aan het wonen in een intramurale setting.

*Opzet/methode.* Het onderzoek werd uitgevoerd volgens de procedure voor schaalontwikkeling door Boateng et al (2018). Bestaande methoden voor het meten van eenzaamheid bij oudere volwassenen geëvalueerd, waarbij we de geschiktheid voor verpleeghuispopulaties beoordeelden. Daarna verzamelden we inzichten,

---

1 Academische Werkplaats Ouderen Zeeland (AWOZ), Middelburg

criteria en randvoorwaarden voor de schaalontwikkeling via focusgroepen met medewerkers. Door de uitvoering van een mini-Delphi-studie met wetenschappelijke experts geraadpleegd werd inzicht verkregen in een geschikte schaalitems. Ten vierde Begripsvaliditeit werd verkregen door middel van cognitieve interviews afgenomen bij een afspiegeling van de verpleeghuispopulatie waarbij bewoners met cognitieve en communicatieve beperkingen. Ten slotte werd de schaal in de praktijk getest voor een eerste beoordeling van effectiviteit, validiteit en betrouwbaarheid.

*Resultaten.* Er werd een schaal met 14 vragen ontwikkeld die onderscheid maakt in sociale eenzaamheid, emotionele, existentiële en institutionele aspecten van eenzaamheid in verpleeghuissettings. De vragenlijst werd gebaseerd op bestaande gevalideerde eenzaamheidsschalen. De schaal werd met succes getest bij 55 bewoners van verschillende verpleeghuissettings.

*Conclusie/discussie.* De ontwikkelde vragenlijst (en afnameprocedure) voor eenzaamheid in verpleeghuissettings heeft de potentie om via epidemiologisch onderzoek beter de beïnvloedende factoren van eenzaamheid in verpleeghuissettings in kaart te brengen. Daarmee kunnen specifiekere interventies worden ontwikkeld voor deze doelgroep. Een aanvullend pilotonderzoek is nodig om de geldigheid en betrouwbaarheid van de schaal te vergroten.

