



TIJDSCHRIFT VOOR

Gerontologie en Geriatrie

2025 · jaargang 56 · nummer 2

Redactioneel 1

IN MEMORIAM
Professor Eddy Dejaeger (1957-2025) 2

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Effecten van het afbouwen van antihyper-
tensiva op neuropsychiatrische symptomen en
kwaliteit van leven in verpleeghuisbewoners
met dementie (DANTON) 6

Jonathan M. K. Bogaerts, Jacobijn Gussekloo, Bianca E. M. de
Jong-Schmit, Saskia Le Cessie, Willeke M. Ravensbergen, Simon P.
Mooijaart, Wilco P. Achterberg, Rosalinde K. E. Poortvliet

Zingeving: aandacht voor wat echt belangrijk is 28
Niecky T. Z. Fruneaux-van Amerongen, Anke Persoon,
Yvonne M. P. Engels

KLINISCHE LES

Een wankel evenwicht 47
Lies Van Assche, Luc Van de Ven

VOOR U GESIGNALEERD

Een elektrische boost voor het brein 55
Mahyar Firouzi

Het verbeteren van antibioticagebruik bij
urine­weginfecties 58
Esther Hartman

De regio als plek van zorg 60
Nienke van Pijkeren

Ouder worden in achterstands­buurten 62
Sabine van der Graft

Hoge bloeddruk en de behandeling ervan bij
de alleroudsten – een balans van baten en risico's 64
Jonathan M. K. Bogaerts

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Colofon TGG jaargang 56 nummer 2 – juni 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, geriatrische 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) Ruiter, interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, klinische farmacologie

Redactiesecretaris

Jojanneke Smeenk

Vormgeving

Texcetera, Den Haag

Website

www.tvgg.nl

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

**RADBOD
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,

Fijn dat u meeleest in alweer de tweede uitgave van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie van 2025 (jaargang 56).

Allereerst staan we in deze uitgave stil bij het overlijden van oud-TGG redactielid prof. dr. Eddy Dejaeger op 1 april jl. Han Diesfeldt, tegelijkertijd met Eddy betrokken als TGG-redactielid, memoreert zijn werk en de man achter de professor.

Verder vindt u twee peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijk artikelen en een Klinische Les, evenals vijf bijdragen in de rubriek 'Voor u Gesignaleerd'. Een van deze bijdragen is gekoppeld aan het wetenschappelijke artikel over de effecten van het afbouwen van antihypertensiva bij ouderen. Het artikel en het beschreven proefschrift komen beide voort uit de DANTON-studie en besteden aandacht aan passend medicatiegebruik bij kwetsbare ouderen.

Het tweede wetenschappelijke artikel beschrijft een kwalitatief onderzoek onder verpleeghuisbewoners en hun naasten naar de mate waarop zorgmedewerkers aandacht hebben voor zingeving in hun werk. De Klinische Les is dit keer een bijdrage over intiem partnergeweld onder ouderen. In 'Voor u Gesignaleerd' zijn, naast de eerder genoemde bijdrage, artikelen te lezen over de impact van niet-invasieve hersenstimulatie op het motorisch leren bij gezonde volwassenen en mensen met de ziekte van Parkinson, het verbeteren van antibioticagebruik bij urineweginfecties, de regio als plek van zorg en over ouder worden in achterstandsbuurtten.

Alle artikelen zijn zonder kosten voor lezers vrij toegankelijk via www.tvgg.nl. De redactie wenst u veel leesplezier!

IN MEMORIAM

Professor Eddy Dejaeger (1957-2025)

Onlangs bereikte ons het droevige bericht van overlijden van Eddy Dejaeger op 1 april 2025. Professor Dejaeger was van oktober 2002 tot december 2016 redacteur van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (TGG). In de redactie vertegenwoordigde hij het vakgebied van de klinische geriatrie. Eddy spande zich in om Vlaamse onderzoekers, geriatisch verpleegkundigen en geriaters de weg te wijzen naar het TGG als Nederlandstalig platform voor wetenschappelijke publicaties. Met talloze voorbeelden liet hij zien hoe belangrijk een Nederlandstalig wetenschappelijk tijdschrift is om de nieuwste onderzoeksresultaten en inzichten onder de aandacht te brengen van beleidsmakers en zorgverleners in de praktijk. Eddy deed dat door met medewerkers van zijn vakgroep te rapporteren over de uitkomsten van empirisch onderzoek, zoals over de prevalentie van valincidenten bij thuiswonende ouderen en over de toepassing van valpreventiemaatregelen.^{1,2} Hij schreef redactionele, opiniërende artikelen over vallen bij ouderen en preventie van fracturen, inclusief beleidsaanbevelingen voor beter onderzoek en een betere behandeling van ouderen die een valincident doormaakten.³⁻⁷

Een Redactioneel, geschreven met professor Koen Milisen, over het belang van geriatisch goed opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden, blijkt gelet op de huidige ontwikkelingen, helaas profetisch.⁸ Anno 2025 neemt de vraag naar zorg in de komende jaren sneller toe dan dat er personeel bij komt, en naar verwachting het meest in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Het aantal aanmeldingen voor opleidingen voor verzorgenden en verpleegkundigen neemt af.⁹ Stelden Milisen en Dejaeger zich in 2006 nog de vraag naar 'kwantiteit of kwaliteit', de luxe van die keuze is er niet meer, het gaat nu om beide. De urgentie voor geriatische en gerontologische curricula in zorgopleidingen is onverminderd groot. Een ander Redactioneel is een krachtig pleidooi voor kwaliteitsmeting en kwaliteitsbevordering van de zorg voor ouderen in ziekenhuizen, waarbij Eddy ook bedenkingen van zorgverleners over 'bijkomende administratieve rompslomp' adresseert.¹⁰

In 2007 opende het Tijdschrift een nieuwe rubriek *Recente onderzoeksliteratuur* om lezers te attenderen op elders gepubliceerde artikelen over wetenschappelijk onderzoek. De rubriek kende een vast format, beginnend met de conclusies van het artikel en vervolgens een korte bespreking van opzet, deelnemers, in- en

exclusiecriteria, toegepaste interventies, primaire en secundaire eindpunten, een eventuele follow-up, statistische analyse en resultaten, om te besluiten met een commentaar van de redacteur. Eddy besprak verschillende artikelen, uit *Circulation*, *JAMA* en *New England Journal of Medicine*.¹¹⁻¹³

Ook voor de rubriek *Klinische lessen* schreef Eddy met medewerkers van zijn vakgroep gevalsbeschrijvingen, zoals over een 87-jarige vrouw met een koolmonoxidevergiftiging.¹⁴ Een andere klinische les beschrijft de lotgevallen van een 74-jarige vrouw die in een periode van vijf maanden vier keer met een ernstige infectie in het ziekenhuis werd opgenomen. Uiteindelijk werd een tekortschietende hypofysefunctie gevonden, waarna patiënte met de juiste hormonale substitutie volledig en blijvend herstelde.¹⁵

In 2014 bracht het Tijdschrift onder redactie van Eddy een themanummer uit, gewijd aan de diagnostiek en behandeling van slikstoornissen.¹⁶ Het themanummer was een coproductie van medewerkers van het centrum voor slikstoornissen van het universitair ziekenhuis te Leuven en het Radboudumc te Nijmegen. Diverse artikelen benadrukken het belang van voldoende opleiding van zorgverleners in verpleeghuizen, zodat zij eventuele slikproblemen bij ouderen tijdig kunnen signaleren. Goede mond-zorg en voorkomen van slikmoeilijkheden zijn essentieel voor een aangename beleving van de dagelijkse maaltijden. Een van de artikelen in het themanummer geeft daarover een uitgebreide lijst van adviezen waarmee logopedisten en verzorgenden hun voordeel kunnen doen.¹⁷

Naast zijn enthousiaste inzet voor de inhoud van het Tijdschrift herinner ik mij van Eddy ook zijn zeer aimabele collegialiteit. Hij sloeg geen enkele redactievergadering over en ondernam samen met mederedacteur Alfons Marcoen enkele keren per jaar de lange autorit van Leuven naar Houten. Tegen de avond reden beiden terug, 'op een broodje met kaas' dat de uitgever beschikbaar stelde. Hoe anders was het wanneer de redactie in Leuven werd ontvangen, zoals dat eens per jaar in september gebeurde. We kregen een warm onthaal in de Joseph Nuttin-zaal van het Psychologisch Instituut aan de Tiensestraat, waarna de redactievergadering werd afgesloten met een diner in een van de vele restaurants die Leuven rijk is.

Eddy bleef trouw en nauwgezet de redactievergaderingen bezoeken, ook toen een neurologische aandoening hem van zijn stem beroofde, maar niet van zijn zeggingskracht en blijmoedigheid. Tegen het eind van zijn laatste redactievergadering legde Eddy zijn mederedacteurs vast op een groepsfoto. Hij hechtte eraan om daarmee een herinnering te bewaren aan veertien jaar vriendschappelijk samenwerken.

Emeritaat

Op 21 mei 2022 nam Eddy afscheid als hoogleraar Geriatrie. Tijdens een academische zitting in het Iers College te Leuven gaven zijn medewerkers een overzicht van hun werk op het gebied van 'slikken en verslikken', het valpreventie-programma in de Leuvense ziekenhuizen en 'ver daarbuiten', en het teamwork op de Geriatrie Intensive Revalidatie Afdeling (GIRA). De voordrachten werden afgewisseld met zang en pianospel. Eddy's drie kinderen memoreerden de avontuurlijke buitenlandse reizen die zij in hun jeugd met hun ouders maakten. In een persoonlijk laatste woord, door Eddy opgeschreven en door zijn echtgenote, Ann Vanden Borre, uitgesproken, refereerde Eddy aan zijn werk voor het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, waarbij hij de mederedacteuren en redactiesecretaris zijn vrienden noemde met wie hij zijn werk voor het Tijdschrift had gedaan. Het was schitterend weer, die lentedag in mei, en na de voordrachten had ik in de tuin van het Iers College nog even een ontmoeting met Eddy, als vanouds. Het zou de laatste keer zijn, maar dat wist ik toen nog niet. Ik citeer uit een van de songs die Eddy had uitgekozen voor deze middag, *A song for you*, van Donny Hathaway: "I love you in a place where there's no space or time, I love you for my life, you're a friend of mine".

Han Diesfeldt,
redacteur *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1987-2016

Literatuur

1. Leysens G, Vlaeyen E, Vanaken D, Janssens E, Dejaeger E, Cambier D, et al. Het toepassen van valpreventiemaatregelen bij thuiswonende ouderen: een survey onderzoek in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2017;48(2):121-133.
2. Milisen K, Detroch E, Bellens K, Braes T, Dierickx K, Smeulders W, et al. Valincidenten bij thuiswonende ouderen: een pilotstudie naar prevalentie, omstandigheden en gevolgen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2004;35(1):15-20.
3. Dejaeger E. Vallen bij ouderen, heeft een valkliniek zin? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2003;34(1):3-5.
4. Dejaeger E. Vallen bij ouderen. Behoeft een algemeen beleid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2005;36:136-137.
5. Dejaeger E, Geeraerts A, Coussemont J, Milisen K. Preventie van valincidenten bij thuiswonende ouderen: een kostenbesparende interventie? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2008;39(5):164-167.
6. Dejaeger E, Boonen S, Coussemont J, Milisen K. Recidiverend vallen, osteoporose en sarcopenie, drie belangrijke problemen, een geïntegreerde benadering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2009;40(6):262-269.
7. Vlaeyen E, Etienne J, Geeraerts A, Leysens G, Dejaeger E, Milisen K. Beleidsaanbevelingen omtrent de implementatie van val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen. 2016 *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2016;47(4):164-171.
8. Milisen K, Dejaeger E. Geriatrie en gerontologische verpleegkunde: investeren in kwantiteit of in kwaliteit? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2006;37(3):86-88.

9. Vermeer O. 'Willen we de boodschappen op tijd bezorgd, of willen we een ambulance?' Personeelstekort in de zorg wordt groter dan gedacht, het aantal studenten daalt. Deskundigen waarschuwen de Tweede Kamer. NRC 2025.
10. Dejaeger E. Kwaliteitshandboek en kwaliteitsmeting in de geriatrische zorg, een zegen of een hype? Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2009;40(4):146-148.
11. Dejaeger E. Vermindert een heupprotector het risico op een heupfractuur? JAMA 2007; 298(4): 413-422. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2007;38(6):309-310.
12. Dejaeger E. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 2007; 356: 1809-1822. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2007;38(4):215-217.
13. Dejaeger E. Hoe belangrijk is het risico op een klinisch relevante bloeding bij ouderen tijdens het eerste jaar anticoagulatie omwille van boezemfibrilleren? Circulation 2007; 115:2689-2696. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2008;39(2):80-82.
14. Vander Weyden L, Voigt RM, Boonen S, Fagard K, Dejaeger E. Laattijdige neuropsychologisch syndroom na CO-intoxicatie bij een bejaarde vrouw. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2015;46(5):290-295.
15. Goedgezelschap A, Dejaeger E. Een 74-jarige patiënte met een recidiverend shockbeeld veroorzaakt door een onderliggend hypopituitarisme. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2015;46(6):320-326.
16. Dejaeger E. Een discipline met toekomst: diagnostiek en behandeling van slikstoornissen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2014;45(5):259-260.
17. Liesenborghs C, Dejaeger E, Liesenborghs L, Tack J, Rommel N. Presbyfagie: de invloed van het primair verouderingsproces op de slikfunctie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2014;45(5):261-272.

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Effecten van het afbouwen van antihypertensiva op neuropsychiatrische symptomen en kwaliteit van leven in verpleeghuisbewoners met dementie (DANTON)

Een multicenter, open-label, uitkomst-geblindeerde, gerandomiseerde studie

Jonathan M. K. Bogaerts,^{1,2} Jacobijn Gussekloo,^{1,2,3} Bianca E. M. de Jong-Schmit,^{1,2} Saskia Le Cessie,^{2,4,5} Willeke M. Ravensbergen,^{1,2} Simon P. Mooijaart,^{2,3} Wilco P. Achterberg,^{1,2,6} Rosalinde K. E. Poortvliet^{1,2*}

Samenvatting

Introductie. De balans tussen voor- en nadelen van antihypertensiva bij ouderen met gevorderde dementie is onduidelijk. Deze studie onderzoekt of het afbouwen van antihypertensiva bij verpleeghuisbewoners met dementie leidt tot afname van neuropsychiatrische symptomen (NPS) en behoud van kwaliteit van leven.

Methoden. Deze uitkomst-geblindeerde RCT (NL7365) randomiseerde Nederlandse verpleeghuisbewoners met matig-ernstige dementie en een systolische bloeddruk (SBP) van ≤ 160 mmHg onder antihypertensiva naar, ofwel afbouwen van antihypertensiva (n=101), ofwel standaardzorg (n=104). Uitkomsten waren NPS (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home [NPI-NH]) en kwaliteit van leven (Qualidem) op 16 weken.

-
- 1 Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden
 - 2 Leids Universitair Medisch Centrum, Centrum voor Ouderengeneeskunde, Leiden
 - 3 Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Interne Geneeskunde sectie Gerontologie en Geriatrie, Leiden
 - 4 Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Klinische Epidemiologie, Leiden
 - 5 Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Biomedische Datasciences sectie Medische Statistiek, Leiden
 - 6 Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland, Leiden
- * Correspondierend auteur: r.k.e.poortvliet@lumc.nl

Resultaten. Na randomisatie van 205 deelnemers (mediane leeftijd 86 jaar [IQR 80–90]; 79.5% vrouw; mediane SBP 134mmHg [IQR 123–146]) werd randomisatie, 29 maanden na de start, vroegtijdig gestopt vanwege een geobserveerd hoger veiligheidsrisico van afbouwen bij een gebrek aan voordeel. Er werden geen significante verschillen gezien voor de NPI-NH (gemiddelde verschil 1.6 [95%BI –2.3 tot 5.6]) en Qualidem (gemiddelde verschil –2.5 [95%BI –6.0 tot 1.0]). Ernstig ongewenste effecten, zoals cardiovasculaire events en overlijden traden op bij 36% van de deelnemers van de afbouwgroep en bij 24% van de standaardzorggroep (gecorrigeerde hazard ratio 1.65 [95%BI 0.98 tot 2.79], na een mediaan van 135 (IQR 66–209) dagen in afbouwgroep en 103 (IQR 54–171) dagen in controlegroep).

Conclusie. Vanwege het gebrek aan voordeel en een geobserveerd hoger veiligheidsrisico wordt het proactief afbouwen van antihypertensiva bij ouderen met dementie niet geadviseerd.

Een deel van deze resultaten zijn eerder gepubliceerd in *Age and Ageing* (Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM, Le Cessie S, Mooijaart SM, van der Mast RC, Achterberg WP, Poortvliet RKE. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2024;53(7):afae133.l). De resultaten uit dit onderzoek zijn onderdeel van het proefschrift *High blood pressure and its treatment in the very old – Balancing benefits and risks*. Dit proefschrift wordt in dit Tijdschrift besproken in de rubriek 'Voor u gesignaleerd'.

Trefwoorden: behandeling hypertensie, dementie, deprescriben, hypertensie, gecontroleerde gerandomiseerde studie

Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON)

A multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial

Jonathan M. K. Bogaerts,^{1,2} Jacobijn Gussekloo,^{1,2,3} Bianca E. M. de Jong-Schmit,^{1,2} Saskia Le Cessie,^{2,4,5} Willeke M. Ravensbergen,^{1,2} Simon P. Mooijaart,^{2,3} Wilco P. Achterberg,^{1,2,6} Rosalinde K. E. Poortvliet^{1,2*}

Abstract

Background. The benefit-harm balance of antihypertensive treatment in older adults with advanced dementia is unclear. This study assesses whether discontinuing antihypertensive treatment reduces neuropsychiatric symptoms (NPS) and maintains quality of life (QoL) in nursing home residents with dementia.

Methods. This outcome-blinded RCT (trial registration: NL7365) randomised Dutch long-term care residents with moderate-to-severe dementia and systolic blood pressure (SBP) ≤ 160 mmHg during antihypertensive treatment (planned sample size n=492) to either antihypertensive treatment discontinuation (n=101) or usual care (n=104). Outcomes were NPS (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home [NPI-NH]) and QoL (Qualidem) at 16 weeks.

-
- 1 Leiden University Medical Center, Department of Public Health and Primary Care, Leiden
 - 2 Leiden University Medical Center, Center for Geriatric Medicine, Leiden
 - 3 Leiden University Medical Center, Department of Internal Medicine, Section Gerontology and Geriatrics, Leiden
 - 4 Leiden University Medical Center, Department of Clinical Epidemiology, Leiden
 - 5 Leiden University Medical Center, Department of Biomedical Data Sciences, Medical Statistics Section, Leiden
 - 6 University Network for the Healthcare Sector South Holland, Leiden
- * Corresponding author: r.k.e.poortvliet@lumc.nl

Results. 205 participants (median age 86 years [IQR 80–90]; 79.5% female; median SBP 134mmHg [IQR 123–146]) were included. Randomisation ceased prematurely 29 months after start randomisation because of safety concerns, combined with lacking benefits. No significant differences were found between groups for NPI-NH (mean difference 1.6 [95%CI –2.3 to 5.6]) or Qualidem (mean difference –2.5 [95%CI –6.0 to 1.0]). Serious adverse events, such as cardiovascular events or death, occurred in 36% (discontinuation) and 24% (usual care) of the participants (adjusted hazard ratio 1.65 [95%CI 0.98 to 2.79], at a median of 135 (IQR 66–209) days in the discontinuation and 103 (IQR 54–171) days in the usual care group).

Conclusion. Because of lacking benefits and an observed increase in adverse events, proactive discontinuation of antihypertensive treatment is not recommended in older adults with dementia.

Some of these results were previously published in *Age and Aging* (Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM, Le Cessie S, Mooijaart SM, van der Mast RC, Achterberg WP, Poortvliet RKE. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptom and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicenter, open-label, blinded, randomized controlled trial. *Age and aging*. 2024;53(7):afae133.l). The results from this study are part of the dissertation *High blood pressure and its treatment in the very old – Balancing benefits and risks*. This dissertation is discussed in this Journal in the section 'Voor u gesignaleerd'.

Keywords: Antihypertensive treatment, Dementia, Deprescribing, Hypertension, Randomised controlled trial

Observationele cohortstudies laten zien dat een lage bloeddruk bij gebruik van anti-hypertensiva bij ouderen met fysieke en cognitieve beperkingen geassocieerd is met cognitieve achteruitgang en sterfte.¹⁻³ Gerandomiseerde studies (RCTs), zoals HYVET⁴, SPRINT⁵ en STEP⁶, tonen echter een afname van cardiovasculaire events en sterfte na het starten van antihypertensiva met een strakke streefwaarde (systolische bloeddruk (SBP) <140 mmHg) bij mensen van 75 jaar en ouder.

In geen van de interventiestudies zijn ouderen met dementie meegenomen. Dementie is geassocieerd met een geleidelijke afname van de SBP⁷ en antihypertensiva in combinatie met dementie leidt mogelijk tot meer bijwerkingen, zoals hypotensie, anticholinerge klachten en vallen.^{8, 9} Daarnaast is het gebruik van anti-hypertensiva geassocieerd met neuropsychiatrische symptomen (NPS) bij patiënten met dementie in observationele studies^{10, 11}, wat sterk bijdraagt aan een afgenomen kwaliteit van leven.¹²

Vanwege de balans tussen voor- en nadelen is het mogelijk gunstig om antihypertensiva af te bouwen bij oudere verpleeghuisbewoners met matige-tot-ernstige dementie.^{8, 13} Enkele RCTs naar het afbouwen van antihypertensiva bij thuiswonende ouderen laten op de korte termijn geen negatieve effecten zien.¹⁴⁻¹⁶ Tot op heden is er in RCTs niet gekeken naar de balans tussen voor- en nadelen van het afbouwen van antihypertensiva bij ouderen met dementie of bij verpleeghuisbewoners.

Deze studie onderzoekt of het afbouwen van antihypertensiva, vergeleken met het continueren hiervan, leidt tot afname van NPS en behoud van kwaliteit van leven in oudere verpleeghuisbewoners met matige-tot-ernstige dementie.

Methoden

Studieopzet

De DANTON (Discontinuation of ANtihypertensive Treatment in Older people with dementia living in a Nursing home) studie was een open-label, uitkomst-geblindeerde RCT in 32 Nederlandse zorgorganisaties, met follow-up op 16 (primaire eindpunt) en 32 (lange termijn follow-up) weken na randomisatie.

Medisch-ethische goedkeuring werd gegeven door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie Leiden-Den Haag-Delft (METC-Protocol-ID NL65719.058.18). Het volledige studieprotocol is online beschikbaar.¹⁷

Opzet inclusie

De inclusie van verpleeghuizen verliep in eerste instantie via het Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH). Vanwege het te verwachten grote aantal benodigde deelnemers, werden ook buiten dit netwerk landelijk verpleeghuizen geworven. Er werd ingezet op twee manieren van werven om de inclusie te bespoedigen. Allereerst werden veel zorgorganisaties telefonisch en per post/e-mail geïnformeerd door een getrainde onderzoeksmedewerker en bij interesse snel uitgebreid (telefonisch en op locatie) geïnformeerd door één van de studieartsen. Tegelijkertijd werd er gebruik gemaakt van diverse academische netwerken, waaronder aan SANO (Samenwerkende Netwerken Academische Ouderenzorg) verbonden netwerken, zoals het UNC-ZH, en het persoonlijke netwerk van het studieteam.

Deelnemers

Verpleeghuisbewoners met dementie werden geselecteerd door hun behandelend arts op geschiktheid voor deelname. Bewoners konden geïnccludeerd worden bij matige- tot-ernstige dementie volgens de Reisberg Global Deterioration Scale (score 5, 6 of 7),¹⁸ een SBP ≤ 160 mmHg, en actieve behandeling voor hypertensie met een angiotensine-converting enzym (ACE) inhibitor, angiotensine-II-receptor blokker, bètablokker, calciumantagonist, of diureticum. Exclusiecriteria waren een levensverwachting van minder dan vier maanden (zoals ingeschat door de behandelend arts), hartfalen NYHA klasse III-IV, actuele klachten van angina pectoris of recent (<12 maanden) myocardi infarct, herseninfarct, of coronaire interventie in de voorgeschiedenis.

De wettelijk vertegenwoordigers van de door de behandelend arts geselecteerde patiënten ontvingen een informatiebrief over de studie. Zij konden interesse in de studie kenbaar maken door middel van een retourformulier. Hierop nam een getrainde onderzoeksverpleegkundige contact op met de wettelijk vertegenwoordiger om vragen te beantwoorden en geïnformeerde toestemming te verkrijgen.

Randomisatie en blinding

Na een baseline meting werden deelnemers centraal digitaal gerandomiseerd (1:1 ratio) naar afbouwen van antihypertensiva (interventie) of standaardzorg (controle). Er werd gebruik gemaakt van gestratificeerde blokrandomisatie met variabele blok grootte (2 of 4) en stratificatie op basis van zorgorganisatie en NPS op baseline (score ≤ 12 vs. >12 op de Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version [NPI-NH]).¹⁹ De onderzoeksmedewerkers die de data verzamelden, waren geblindeerd voor de toegewezen behandeling. De behandelend arts, verantwoordelijk voor het afbouwen van de medicatie, en twee datamanagers, alleen verantwoordelijk voor randomisatie en communicatie met de arts, waren op de hoogte van de toegewezen behandeling.

De deelnemers, wettelijk vertegenwoordigers en verplegend/verzorgend personeel waren ook niet geblindeerd voor de toegewezen behandeling in deze open-label studie.

Procedures

Na randomisatie in de afbouwgroep werd de behandelend arts gevraagd de antihypertensiva met als indicatie hypertensie stapsgewijs, volgens studieprotocol af te bouwen (zie Appendix 1, Figuur S1 van Bogaerts, et al.²⁰). Antihypertensiva voorgeschreven met een andere indicatie (waaronder atriumfibrilleren en hartfalen) werden niet afgebouwd. Het stapsgewijs afbouwen duurde ongeveer zes weken en ging door tot alle antihypertensiva waren gestaakt óf tot een maximale SBP van 180mmHg werd bereikt.¹⁴ Bij een ongewenste gebeurtenis en/of abnormale meting kon de behandelend arts het afbouwprotocol staken of de antihypertensiva zo nodig herstarten. Tijdens het afbouwen werden de SBP en diastolische bloeddruk (DBP) wekelijks gemeten. Bij een DBP >120mmHg, SBP >200mmHg (<180mmHg bij diabetes mellitus of cardiovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis), of toename van SBP $\geq$ 60mmHg ten opzichte van baseline, werden de eigen antihypertensiva weer herstart. Deelnemers in de standaardzorggroep gingen door met hun antihypertensiva en kregen dezelfde wekelijkse bloeddrukmetingen in de eerste zes weken na randomisatie.

Op baseline, en 16 en 32 weken na randomisatie werd de bloeddruk gemeten door een onderzoeksmedewerker in het verpleeghuis. Het gemiddelde van twee, met een gekalibreerde digitale sphygmomanometer in rust aan de rechterarm gemeten, bloeddrukmetingen werd gebruikt. Vanwege COVID-19 werden de bloeddrukmetingen vanaf maart 2020 gedaan door de eerst verantwoordelijk verzorgende of behandelend arts volgens hetzelfde protocol. De periode tussen metingen was langer als de behandelend arts en/of eerst verantwoordelijk verzorgende tijdelijk niet beschikbaar waren.

Uitkomsten

De co-primaire uitkomstmaten waren verandering vanaf baseline in NPS en kwaliteit van leven op 16 weken na randomisatie. NPS werden gemeten met de NPI-NH¹⁹ (range 0-144, hogere score betekent meer NPS) en kwaliteit van leven met de Qualidem²¹ (lineair getransformeerde versie met range 0-100, hogere score betekent hogere kwaliteit van leven).

Secundaire uitkomstmaten waren zorgafhankelijkheid (Care Dependency Scale²²; range 15-75, hogere score betekent minder afhankelijkheid), apathie symptomen (verkorte Apathy Evaluation Scale²³; range 10-40, hogere score betekent meer apathie symptomen) en aanwezigheid van delier (verkorte versie van Confusion Assessment

Methods (CAM)²⁴; categorieën “geen delier”, “mogelijk delier” en “delier”). NPS en delier werden via interviews met de eerst verantwoordelijk verzorgende vastgesteld. Andere uitkomsten werden gemeten met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten. Een extra uitkomst was geobserveerd discomfort (Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer’s Type (DS-DAT)²⁵; range 0-27, hogere score betekent meer discomfort). Daarnaast werd de valfrequentie van 16 weken voor baseline tot de laatste follow-up meting uit het elektronische patiëntendossier gehaald.

Tot slot werd het verloop van werving en inclusie in de studie (o.a. aantallen en moeilijkheden) bijgehouden en geanalyseerd.

Ernstig ongewenst voorval en Data Safety Monitoring Board

Een ernstig ongewenst voorval (SAE) werd gedefinieerd als een levensbedreigende aandoening, inclusief cardiovasculaire ziekten en niet-electieve ziekenhuisopnames. Na afloop van de dataverzameling werden alle geregistreerde SAEs door een onafhankelijk panel van artsen gelabeld als “cardiovasculair”, “niet cardiovasculair” of “niet vast te stellen”.

De onafhankelijke Data Safety Monitoring Board (DSMB) voor deze studie bestond uit een cardioloog, neuroloog en een statisticus. Zij werden gevraagd om advies over de veiligheid van de studie voor deelnemers op basis van hun klinische en statische perspectief, zonder formele stopregels. De DSMB kwam samen na afronden van de 16-weeken meting door de eerste 50 studiedeelnemers en daarna bij iedere volgende 100 deelnemers. Zij had toegang tot alle ongeblindeerde metingen. Hiermee beoordeelden ze de veiligheid tegen het (positieve) effect op de uitkomsten. De statisticus kon een conditionele power analyse doen indien nodig.

Groepsgrootte

Om een gemiddeld verschil in verandering van de NPI-NH van vier punten tussen baseline en 16 weken follow-up met een verwachte standaard deviatie (SD) van 11, een power van 90% en een tweezijdige alfa van 0.05 vast te stellen met een verwachte dropout rate van 35%, wilden we 492 deelnemers includeren (246 per groep).²⁶ Deze groepsgrootte kon een gemiddeld verschil van een lineair getransformeerde Qualidem score van zeven punten vaststellen met een verwachte SD van 13.²⁷

Analyse

Alle analyses werden uitgevoerd volgens het intention-to-treat principe. Het (aangepaste) gemiddelde verschil voor de primaire uitkomsten werd berekend met een lineair mixed regressiemodel, met verschillen tussen de follow-up score en baseline als afhankelijke variabele, de baseline score van de te onderzoeken uitkomst als

covariaat, randomisatiegroep en baseline totale NPI-NH score (binair, ≤ 12 vs. > 12) als vast effect en zorgorganisatie als random effect. Secundaire uitkomsten werden op vergelijkbare wijze geanalyseerd met gegeneraliseerde lineaire mixed modellen. Voor de aanwezigheid van delier werd ordinale logistische regressie gebruikt (cumulatief logit model). Verschil in valfrequentie werd bepaald met Poisson regressie met dezelfde vaste en random effecten.

De incidentie van SAEs werd weergegeven als Kaplan-Meier plot per randomisatiegroep, met tijd tot eerste SAE of overlijden. Een Cox proportioneel hazard model is gebruikt om hazard ratios (HRs) te berekenen, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, voorgeschiedenis van cardiovasculaire ziekte, NPI-NH score op baseline (binair, ≤ 12 vs. > 12) als vast effect en zorgorganisatie als random effect (met Gaussian frailty).

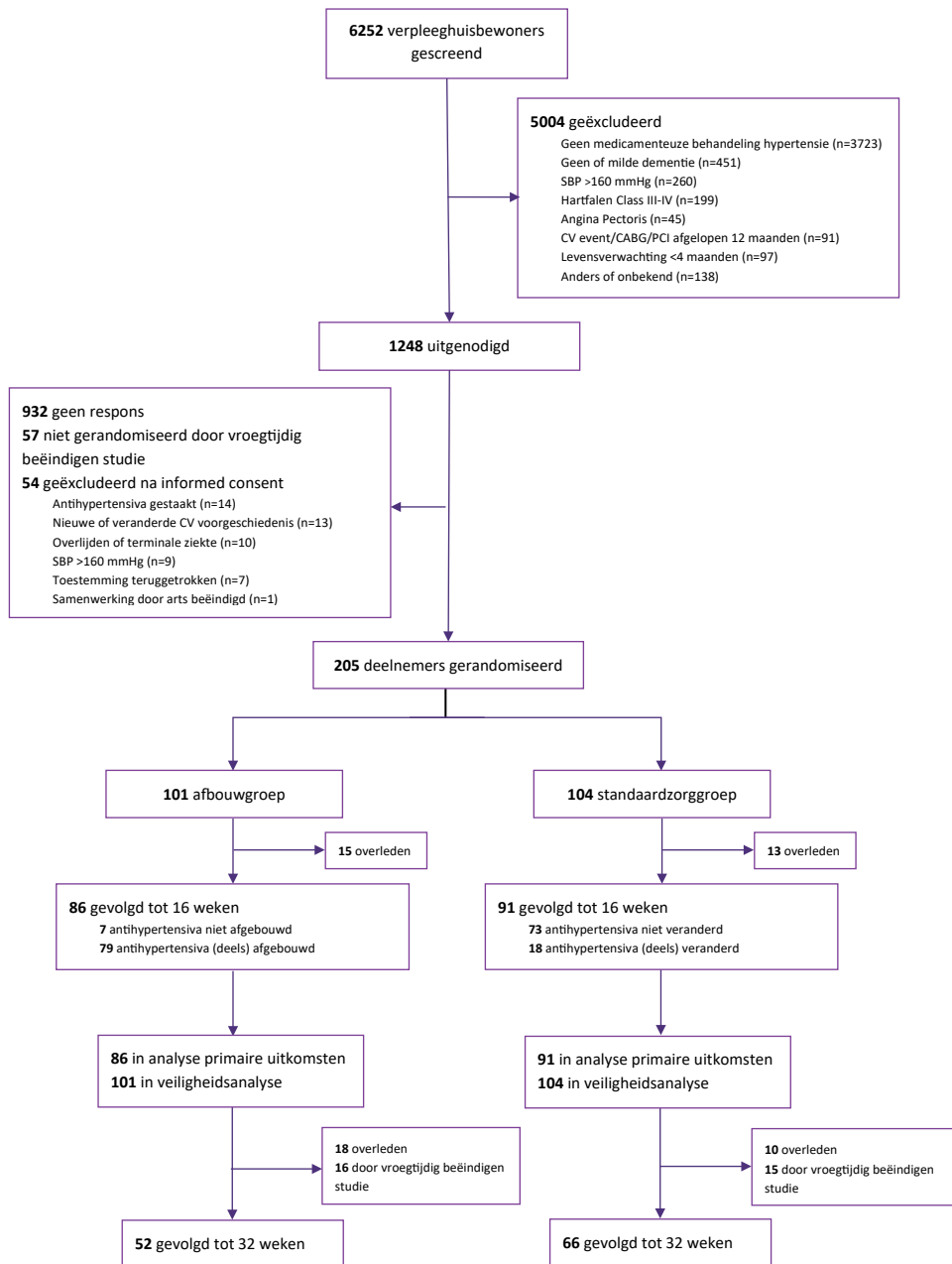
Post-hoc werd een subgroup analyse voor stratificatie op baseline SBP (< 134 mmHg vs. ≥ 134 mmHg [mediaan SBP op baseline]) toegevoegd.

Analyses zijn uitgevoerd met SPSS (versie 25.0; IBM Corp). De analyse van de SAEs werd gedaan met R versie 4.1.2, met software pakketten rms, survival, en Hmisc.

Deze studie is opgenomen in het Netherlands Trial Register (ID-NL7365).

Resultaten

Tussen november 2018 en mei 2021 werden 6252 bewoners van 85 verpleeghuizen gescreend voor inclusie. Informed consent werd verkregen van 316 van de 1248 potentiële studiedeelnemers. De DSMB adviseerde op 15 mei 2021, bij hun zevende niet-geblindeerde beoordeling, met data van 194 gerandomiseerde deelnemers waarvan 136 met complete 16-weekse follow-up, om de randomisatie van nieuwe deelnemers te staken. Reden hiervoor waren zorgen over de veiligheid van de deelnemers, met daarbij de gecalculeerde verwachting dat de studie geen positief effect op de primaire eindpunten zou tonen. Op basis van dit advies en in overleg met de METC, werd besloten dat alle deelnemers die al gerandomiseerd waren nog een follow-up meting kregen. Uiteindelijk hebben 26 zorgorganisaties studiedeelnemers geïnccludeerd, in de overige 6 zorgorganisaties was inclusie ten tijde van het stopadvies van de DSMB nog niet gestart. Van de 210 benaderde Nederlandse zorgorganisaties, bleken er 32 (15.2%) bereid tot en geschikt voor deelname. Problemen met personeelsbezetting, langzame interne besluitvorming, gebrek aan interesse of weinig ervaring met wetenschappelijk onderzoek en COVID-gerelateerde stress waren factoren die meespeelden bij het niet willen en/of kunnen deelnemen.



Figuur 1 Flowchart

SBP = systolische bloeddruk. NYHA = New York Heart Association. CV = cardiovasculair. CABG = Coronary artery bypass grafting. PCI = Percutane coronaire interventie.

In totaal waren 205 deelnemers gerandomiseerd naar afbouwgroep (n=101) of standaardzorg (n=104) (Figuur 1), waarvan er 177 de 16-weken follow-up en 118 de 32-weken follow-up hebben afgerond. De mediane leeftijd was 85.8 jaar (IQR 79.6-89.5) en 79.5% (n=163) was vrouw. De mediane SBP was 134mmHg (IQR 123-146) en de mediane DBP 72mmHg (IQR 64-80). Het mediane aantal antihypertensiva per deelnemer was 2 (IQR 1-2), 127 (62%) deelnemers hadden cardiovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis (Tabel 1).

Tabel 1 Baseline patiëntkarakteristieken

		Afbouwen (n=101)	Standaardzorg (n=104)
Leeftijd in jaar, mediaan (IQR)		85.3 (80.1–88.4)	86.6 (79.2–89.8)
Vrouw, n (%)		77 (76.2)	86 (82.7)
SBP in mmHg, mediaan (IQR)		134 (122–147)	133 (124–145)
DBP in mmHg, mediaan (IQR)		72 (62–81)	73 (65–80)
Voorgeschiedenis cardiovasculaire ziekte, n (%)*		59 (58.4)	68 (65.4)
Diabetes Mellitus, n (%)†		25 (24.8)	29 (27.9)
Aantal antihypertensiva, mediaan (IQR)		2 (1–2)	1.5 (1–2)
Type antihypertensiva, n (%)			
	ACE-remmer	42 (41.6)	38 (36.5)
	Angiotensine-receptorblokker	24 (23.8)	20 (19.2)
	Betablokker	49 (48.5)	53 (51.0)
	Calciumantagonist	26 (25.7)	29 (27.9)
	Lisdiureticum	15 (14.9)	15 (14.4)
	Kaliumsparend diureticum	5 (5.0)	4 (3.8)
	Thiazide diureticum	18 (17.8)	17 (16.3)
Aantal psychotropische medicijnen, mediaan (IQR)		1 (0–2)	1 (0–2)
Andere cardiovasculaire medicijnen, n (%)			

		Afbouwen (n=101)	Standaardzorg (n=104)
	Anticoagulantia	26 (25.7)	18 (17.3)
	Plaatjesaggregatie-remmer	32 (31.7)	40 (38.5)
	Statine	29 (28.7)	19 (18.3)
Aantal ATC-gecodeerde medicijnen, mediaan (IQR)		10 (7-12)	10 (7-11.5)
Dementie type, n (%) [‡]			
	Alzheimer	45 (44.6)	37 (35.6)
	Vasculair	18 (17.8)	14 (13.5)
	Frontotemporaal	2 (2.0)	2 (1.9)
	Lewy Body	1 (1.0)	0
	Gemengd of anders	19 (18.8)	20 (19.2)
	Onbekend	16 (15.8)	31 (29.8)
Dementie stadium, n (%)			
	Reisberg GDS Stadium 5	45 (44.6)	41 (39.4)
	Reisberg GDS Stadium 6	50 (49.5)	52 (50.0)
	Reisberg GDS Stadium 7	6 (5.9)	11 (10.6)
Neuropsychiatrische symptomen, mediaan (IQR)	NPI-NH	15 (2-31)	12 (3-24)
Dementie-specifieke kwaliteit van leven, mediaan (IQR)	Lineair getransformeerde Qualidem	64.8 (51.9-81.5)	70.4 (55.6-79.6)
Dementie-gerelateerd discomfort, mediaan (IQR)	DS-DAT	6 (4-7)	5.5 (4-7)
Apathie symptomen, mediaan (IQR)	AES-10	28 (24-33)	30 (24-35)
Zorgafhankelijkheid, mediaan (IQR)	CDS	40 (32-51)	40 (30-51)

		Afbouwen (n=101)	Standaardzorg (n=104)
Aanwezigheid delier (verkorte CAM), n (%)			
	Geen delier	71 (70.3)	77 (74.0)
	Mogelijk delier	18 (17.8)	18 (17.3)
	Delier	12 (11.9)	9 (8.7)
Aantal vallen in voorgaande 112 dagen, mediaan (IQR)		0 (0–1)	0 (0–1)

ACE = Angiotensine-converting enzym. AES-10 = verkorte Apathie Evaluatie Schaal. ATC = Anatomical Therapeutic Chemical. CAM = Confusion Assessment Method. CDS = Care Dependency Scale. DBP = diastolische bloeddruk. DS-DAT = Discomfort scale for patients with dementia of the Alzheimer type. GDS = Global Deterioration Scale. IQR = interkwartielafstand. NPI-NH = Neuropsychiatric Inventory Nursing Home. SBP = systolische bloeddruk. *Myocard infarct, angina pectoris, CVA, TIA, hartfalen, perifeer arterieel vaatlijden, (coronaire) bypass chirurgie, reperfusie therapie of atriumfibrilleren. †Diagnose in elektronisch patiëntendossier of patiënt krijgt bloedglucose verlagende medicatie (inclusief insuline) *Gerapporteerd door behandelend arts

Op 16-weeken follow-up was gemiddeld 1.3 (SD 0.9) van de antihypertensiva gestaakt in de afbouwgroep en 0.1 (SD 0.4) in de standaardzorggroep (gemiddelde verschil -1.2 [95% BI -1.4 tot -1.0]). Dit verschil was op 32 weken -1.0 (95% BI -1.2 tot -0.8), waarbij in 5.8% van de patiënten in de afbouwgroep behandeling met antihypertensiva was herstart. Op 16 weken was het aangepaste gemiddelde verschil van SBP 11.0mmHg (95% BI 5.6 tot 16.4), op 32 weken 4.9mmHg (95% BI -0.8 tot 10.6). Het aangepaste gemiddelde verschil in DBP was 4.6mmHg (95% BI 1.1 tot 8.1) op 16 weken en 3.3mmHg (95% BI -0.5 tot 7.2) op 32 weken follow-up.

Er werden geen verschillen gevonden op de primaire eindpunten op 16 weken in zowel NPI-NH (aangepaste gemiddelde verschil 1.6 [95% BI -2.3 tot 5.6]) als Qualidem (aangepaste gemiddelde verschil -2.5[95% BI -6.0 tot 1.0]) (Tabel 2).

Op 32 weken had de standaardzorggroep minder NPS, met een aangepast gemiddelde verschil van 6.2 punten (95% BI 1.9 tot 10.6), terwijl het aangepaste gemiddelde verschil in Qualidem score niet statistisch significant was (-3.5 [95% BI -8.1 tot 1.1]).

Tabel 2 Uitkomsten op 16 en 32 weken na randomisatie

	Gemiddelde verandering vanaf baseline (standaard deviatie)			Gemiddelde verschil in verandering (afbouwen-standaardzorg) (95% BI)		Odds ratio (afbouwen vs. standaardzorg) (95% BI)		Incidentie ratio (95% BI)	
	n	Afbouwen	n	Standaardzorg	Niet aan-gepast	Aange-past*	Niet aan-gepast	Aange-past*	P waarde
NPI-NH									
16 weken	86	-2.6 (15.3)	91	-2.8 (14.2)	0.2 (-4.2 tot 4.5)	1.6 (-2.3 tot 5.6)			0.42
32 weken	52	-1.2 (15.6)	66	-6.4 (13.3)	5.3 (0.0 tot 10.5)	6.2 (1.9 tot 10.6)			0.0050
Qualidem (LT)									
16 weken	86	0.6 (13.6)	91	2.0 (12.2)	-1.4 (-5.2 tot 2.5)	-2.5 (-6.0 tot 1.0)			0.15
32 weken	52	4.1 (15.4)	65	5.2 (13.2)	-1.2 (-6.4 tot 4.1)	-3.5 (-8.1 tot 1.1)			0.13
DS-DAT									
16 weken	86	-0.8 (2.9)	91	-1.0 (2.5)	0.2 (-0.6 tot 1.0)	0.4 (-0.2 tot 1.0)	—	—	0.16
32 weken	52	-2.1 (3.1)	66	-2.0 (3.2)	-0.1 (-1.3 tot 1.0)	0.7 (0.0 tot 1.3)	—	—	0.046
AES-10									
16 weken	84	0.4 (8.2)	84	0.7 (6.1)	-0.3 (-2.5 tot 1.9)	-1.1 (-3.0 tot 0.8)	—	—	0.24
32 weken	48	1.6 (6.9)	61	2.0 (6.9)	-0.4 (-3.1 tot 2.2)	-0.8 (-3.2 tot 1.6)	—	—	0.51

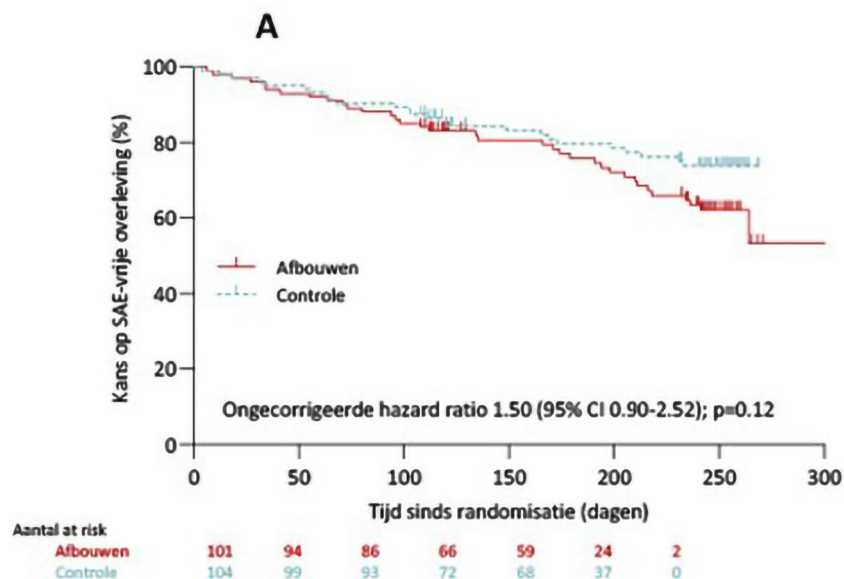
Tabel 2 Uitkomsten op 16 en 32 weken na randomisatie (vervolg)

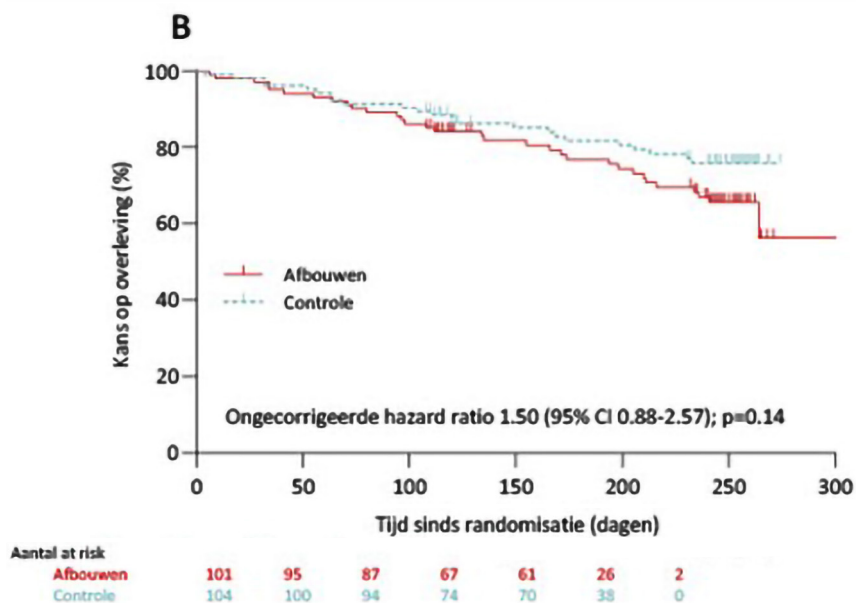
	Gemiddelde verandering vanaf baseline (standaard deviatie)			Gemiddelde verschil in verandering (afbouwen-standaardzorg) (95% BI)		Odds ratio (afbouwen vs. standaardzorg) (95% BI)		Incidentie ratio (95% BI)	
	n	Afbouwen	n	Standaard- zorg	Niet aan- gepast	Aange- past*	Niet aan- gepast	Aange- past*	P waarde
CDS									
16 weken	86	-2.1 (9.3)	91	-1.3 (8.7)	-0.8 (-3.5 tot 1.8)	-0.2 (-2.8 tot 2.4)	—	—	0.87
32 weken	52	-5.2 (11.7)	65	-2.8 (9.2)	-2.3 (-6.1 tot 1.5)	-1.4 (-5.1 tot 2.3)	—	—	0.47
Verkorte CAM									
16 weken		—		—	—	—	1.70 (0.85 tot 3.41)	1.66 (0.79 tot 3.48)	0.18
32 weken		—		—	—	—	3.00 (1.25 tot 7.19)	3.07 (1.23 tot 7.66)	0.017
Vallen									
16 weken		—		—	—	—	—	1.02 (0.76 tot 1.38)	0.95 (0.70 tot 1.29)
32 weken		—		—	—	—	—	2.09 (1.50 tot 2.92)	2.21 (1.56 tot 3.13)

AES-10 = abbreviated Apathy Evaluation Scale. BI = betrouwbaarheidsinterval. CAM = Confusion Assessment Method. CDS = Care Dependency Scale. DS-DAT = Discomfort scale for patients with dementia of the Alzheimer type. LT = lineair getransformeerd. NPI-NH = Neuropsychiatric Inventory Nursing Home. *Gecorrigeerd voor: baseline waarde bestudeerde uitkomst, baseline NPI-NH score (binair, ≤12 vs >12) en verpleeghuisorganisatie.

Er was geen verschil tussen de groepen in de secundaire uitkomsten op 16 weken (Tabel 2). Op 32 weken werden in de afbouwgroep meer deliria (aangepaste odds ratio 3.1 [95% BI 1.2 tot 7.7]), meer discomfort (aangepast gemiddelde verschil 0.7 [95% BI 0.0 tot 1.3]) en een verhoogde valincidentie (aangepaste gemiddelde ratio 2.2 [95% BI 1.6 tot 3.1]) gezien.

In totaal waren er 63 SAEs gerapporteerd bij 61 deelnemers, waarvan 37 SAEs bij 36 deelnemers (35.6%) in de afbouwgroep na een mediaan van 135 (IQR 66-209) dagen en 26 SAEs bij 25 deelnemers (24.0%) in de standaardzorggroep na een mediaan van 103 (IQR 54-171) dagen. De gecorrigeerde HR voor een eerste SAE op 16 weken was 1.38 (95% BI 0.67 tot 2.82) en voor sterfte 1.55 (95% BI 0.73 tot 3.31). Op 32 weken was het risico van een SAE 1.65 (95% BI 0.98 tot 2.79) en op sterfte 1.65 [95% BI 0.95 tot 2.85]) voor de afbouwgroep (Figuur 2).





Figuur 2 Ongecorrigeerde Kaplan-Meier curve van een event-vrije (A) en totale (B) overleving vanaf randomisatie tot dag 300. SAE = Ernstig ongewenst voorval

Extra subgroepanalyses gestratificeerd naar baseline SBP lieten zien dat verschillen in de primaire uitkomsten tussen de randomisatiegroepen nadeliger uitpakten voor deelnemers met een hogere SBP op baseline (Tabel 3). De HR voor eerste SAE op 16 en 32 weken was echter hoger voor deelnemers met een lagere SBP op baseline.

Tabel 3 Primaire en veiligheidsuitkomsten op 16 en 32 weken follow-up gestratificeerd naar systolische bloeddruk op baseline

Gemiddelde verschil in verandering tussen groepen (95% BI)				Hazard ratio (95% BI)			
NPI-NH				Qualidem (LT)			
	n	Gecorri-geerd*	p*	n	Gecorri-geerd*	p*	n
SAE				Sterfte			
					Ongecor-rigeerd	p	n
16 weken							
Totaal	177	1.6 (-2.3 tot 5.6)	0.42	177	-2.5 (-6.0 tot 1.0)	0.15	205
SBP	<134	-3.5 (-8.9 tot 1.9)	0.20	93	1.2 (-3.4 tot 5.8)	0.60	106
	≥134	7.4 (1.7 tot 13.2)	0.011	84	-6.6 (-12.0 tot -1.3)	0.015	99
32 weken							
Totaal	118	6.2 (1.9 tot 10.6)	0.0050	117	-3.5 (-8.1 tot 1.1)	0.13	205
SBP	<134	6.7 (0.4 tot 13.0)	0.038	61	-1.0 (-7.5 tot 5.4)	0.75	106
	≥134	6.0 (-0.5 tot 12.5)	0.069	56	-5.6 (-12.6 tot 1.3)	0.11	99

BI = betrouwbaarheidsinterval. LT = lineair getransformeerd. NPI-NH = Neuropsychiatric Inventory Nursing Home. SAE = ernstig ongewenst voorval. SBP = systolische bloeddruk.

*Gecorrigeerd voor: baseline waarde bestudeerde uitkomst, baseline NPI-NH score (binair, ≤12 vs >12) en verpleeghuisorganisatie.

Discussie

In deze multicenter open-label RCT zorgde het afbouwen van antihypertensiva niet voor verbetering van NPS of kwaliteit van leven bij ouderen met matige-tot-ernstige dementie na 16 en 32 weken. Er leek wel een toename in ongewenste effecten.

Het vroegtijdig stoppen van de randomisatie resulteerde in een kleinere studiepopulatie dan gepland. De effectschatters met bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen suggereren echter dat er geen voordeel van het afbouwen gevonden zou zijn als de studie volgens plan was afgerond. Een andere limitatie van deze studie is dat er geen uitgebreidere metingen gedaan zijn zoals (serum) laboratoriumbepalingen, echocardiogrammen of neurovasculair beeldvormend onderzoek. Hoewel dit een diepere fysiologische en mogelijk causale interpretatie van de resultaten mogelijk zou hebben gemaakt, was de belasting van deze testen in strijd met de comfortgeoriënteerde zorgdoelen van verpleeghuisbewoners met dementie. Daarbij wordt de interne validiteit van de studie wel bevestigd door de consistente bevindingen op verschillende instrumenten. Verder zou een dubbel-geblindeerde placebo-gecontroleerde studie, zoals gepubliceerd door Etherton-Beer, et al.²⁸ het meest passend zijn geweest bij de onderzoeksvraag. Dit vonden wij echter niet haalbaar in de praktijk van Nederlandse verpleeghuizen.

Voor zover wij weten is dit de eerste open-label RCT die de verhouding tussen gewenste en ongewenste effecten van het afbouwen van antihypertensiva bij ouderen met matige-tot-ernstige dementie systematisch exploreert door middel van een landelijke RCT in verpleeghuizen. Deze studie bouwt voort op de DANTE studie¹⁴, waarin het afbouwen van antihypertensiva, met een 4 maanden follow-up, bij ouderen met milde cognitieve beperkingen geen voordeel maar ook geen nadelen gaf. Ook een meta-analyse van Reeve, et al.¹⁵ van studies naar het afbouwen van antihypertensiva als primaire cardiovasculaire preventie bij 50-plussers, concludeerde dat er geen effect was van het afbouwen van antihypertensiva op sterfte of myocardinfarct. Er bleek slechts beperkt bewijs. De OPTIMISE studie¹⁶, gepubliceerd na deze meta-analyse, toonde dat het afbouwen van antihypertensiva bij 80-plussers met een SBP<150mmHg niet nadelig was vergeleken met normale zorg wat betreft SBP en ongewenste effecten na 12 weken. Vergeleken met de DANTE en OPTIMISE studie^{14,16}, hadden deelnemers in onze studie een slechter cognitief functioneren en meer chronische ziekten. Daarnaast was de toename van SBP in de DANTON studie hoger dan in de DANTE studie en de OPTIMISE studie (11 vs 7.4 vs 3.4 mmHg). Ook de follow-up was in onze studie langer.

Er zijn een aantal mogelijke verklaringen voor de negatieve balans tussen gewenste en ongewenste effecten van het afbouwen van antihypertensiva in de huidige studie.

Een eerste verklaring is dat het afbouwen van antihypertensiva de fragiele homeostase in kwetsbare ouderen met dementie verstoort. Een vergelijkbaar mechanisme werd gezien in een meta-analyse naar het afbouwen van cholinesterase remmers en memantine waarin afbouwen leidde tot een slechter cognitief, neuropsychiatrisch en dagelijks functioneren.²⁹ Een andere verklaring kan zijn dat het afbouwen van antihypertensiva leidt tot verslechtering en toenemende achteruitgang van subklinisch cerebrovasculaire ziekte of ongediagnosticeerd hartfalen. Een derde verklaring is dat bij het afbouwen van antihypertensiva andere positieve effecten van deze medicatie, zoals antioxidante activiteit en verminderde productie van pro-inflammatoire eiwitten, ook afnemen. Dit leidt tot meer endotheel dysfunctie en vasculaire ontsteking, wat resulteert in meer SAEs.³⁰ Tot slot kan niet worden uitgesloten dat de verhoogde incidentie van SAEs in de afbouwgroep een toevalsbevinding is.

Deze studie laat zien dat het uitvoeren van een groot gerandomiseerd onderzoek in een verpleeghuissetting mogelijk is. Het onderzoeksteam heeft vijf factoren geïdentificeerd die kunnen bijdragen aan een succesvolle studie-inclusie in de verpleeghuissetting: Tijd, Open houding, Affiliatie, Subject en Team (TOAST). Allereerst is het van belang voldoende tijd te nemen voor het informeren en enthousiasmeren van de verschillende stakeholders in het verpleeghuis met vaak beperkte onderzoekservaring. Een open houding zorgt voor meer aansluiting bij de specifieke wensen en (on)mogelijkheden in het veld. Daarnaast is een gepersonaliseerde aanpak van zowel inclusie als het proces daarna van belang voor een duurzame relatie met de verschillende stakeholders (affiliatie). Verder verbetert een herkenbaar onderwerp van de studie de studiedeelnemers van professionals en (naasten van) deelnemers (subject). Tot slot is het belangrijk dat het onderzoeksteam aansluiting heeft bij alle betrokken professionals in het verpleeghuis. Hiervoor is een goede afspiegeling van de verschillende (para)medische professies in het onderzoeksteam helpend. In de huidige studie versnelde de combinatie van bulkwerving en persoonlijke detailwerving de inclusie en hielp tevens bij het continueren van het DANTON onderzoek tijdens de COVID-19 pandemie.

Samenvattend, halverwege deze studie toonde een interim-analyse een niet-significante toename in het risico op ernstige ongewenste voorvallen in de afbouwgroep. Tegelijkertijd bleek de kans op het vinden van een significant positief effect gerelateerd aan het afbouwen van antihypertensiva onwaarschijnlijk. Vanwege deze negatieve balans wordt het proactief afbouwen van antihypertensiva bij oudere verpleeghuisbewoners met matige-tot-ernstige dementie afgeraden. Er zullen echter altijd redenen zijn om de antihypertensiva wel af te bouwen, bijvoorbeeld in het geval van hinderlijke klachten die mogelijk veroorzaakt worden door het gebruik van de antihypertensiva, maar dan gaat het om reactief afbouwen.

Dankwoord

We willen alle studiedeelnemers, hun vertegenwoordigers en hun families bedanken. We bedanken de deelnemende verpleeghuizen, hun medewerkers en alle deelnemende specialisten ouderengeneeskunde die deze studie mogelijk maakten. We willen alle leden van de veiligheidscommissie (DSMB) bedanken: Dr.ir. N. van Geloven, Prof.dr. W.A. van Gool, en Prof.dr. J.W. Jukema (voorzitter). Tot slot dank aan Dr. JP Bayley van medicalediting.nl (Haarlem) voor de redactionele ondersteuning.

Financiering

Deze studie is gefinancierd door een subsidie van het onderzoeks- en innovatieprogramma 'Memorabel' van ZonMw (projectnummer 733050835). De subsidiegever (ZonMW) en sponsor (Leids Universitair Medisch Centrum) hadden geen invloed op de studieopzet, het studieverloop en publicatie van de resultaten.

Literatuur

1. Benetos A, Labat C, Rossignol P, et al. Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents: The PARTAGE Study. *JAMA Intern Med* 2015;175:989-95.
2. Mossello E, Pieracciolli M, Nesti N, et al. Effects of low blood pressure in cognitively impaired elderly patients treated with antihypertensive drugs. *JAMA Intern Med* 2015;175:578-85.
3. Streit S, Poortvliet RKE, Gussekloo J. Lower blood pressure during antihypertensive treatment is associated with higher all-cause mortality and accelerated cognitive decline in the oldest-old. Data from the Leiden 85-plus Study. *Age Ageing* 2018;47:545-50.
4. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
5. Wright JT, Jr., Williamson JD, Whelton PK, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
6. Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. *N Engl J Med* 2021;385:1268-79.
7. Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet* 1996;347:1141-5.
8. Harrison JK, Van Der Wardt V, Conroy SP, et al. New horizons: the management of hypertension in people with dementia. *Age Ageing* 2016;45:740-46.
9. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JRF. Treatment of Hypertension in People With Dementia: A Multi-center Prospective Observational Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20:1111-15.
10. Bassiony MM, Steinberg MS, Warren A, Rosenblatt A, Baker AS, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:99-107.
11. Steinberg M, Hess K, Corcoran C, et al. Vascular risk factors and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:153-9.
12. Shin IS, Carter M, Masterman D, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:469-74.
13. Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circ Res* 2019;124:1045-60.

14. Moonen JE, Foster-Dingley JC, de Ruijter W, et al. Effect of Discontinuation of Antihypertensive Treatment in Elderly People on Cognitive Functioning--the DANTE Study Leiden: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:1622-30.
15. Reeve E, Jordan V, Thompson W, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;6:Cd012572.
16. Sheppard JP, Burt J, Lown M, et al. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;323:2039-51.
17. Poortvliet RKE, Achterberg WP, Gussekloo J. DANTON - Research Protocol version 8.0. 2020. <https://osf.io/45eg8> (accessed 01 february 2024).
18. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1982;139:1136-9.
19. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997;48:S10-6.
20. Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM, Le Cessie S, Mooijaart SM, van der Mast RC, Achterberg WP, Poortvliet RKE. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2024;53(7):afae133.
21. Bouman AI, Ettema TP, Wetzels RB, van Beek AP, de Lange J, Dröes RM. Evaluation of Qualidem: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings; scalability and reliability of subscales in four Dutch field surveys. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:711-22.
22. Dijkstra A, Buist G, Moorers P, Dassen T. Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *J Clin Nurs* 1999;8:380-8.
23. Lueken U, Seidl U, Völker L, Schweiger E, Kruse A, Schröder J. Development of a short version of the Apathy Evaluation Scale specifically adapted for demented nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:376-85.
24. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.
25. Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Res Nurs Health* 1992;15:369-7.
26. Tariot PN, Cummings JL, Katz IR, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of the Efficacy and Safety of Donepezil in Patients with Alzheimer's Disease in the Nursing Home Setting. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1590-99.
27. Klapwijk MS, Caljouw MA, Pieper MJ, van der Steen JT, Achterberg WP. Characteristics Associated with Quality of Life in Long-Term Care Residents with Dementia: A Cross-Sectional Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2016;42:186-97.
28. Etherton-Beer C, Page A, Naganathan V, et al. Deprescribing to optimise health outcomes for frail older people: a double-blind placebo-controlled randomised controlled trial-outcomes of the Opti-med study. *Age Ageing* 2023;52:afad081.
29. Parsons C, Lim WY, Loy C, et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;2:Cd009081.
30. Silva IVG, de Figueiredo RC, Rios DRA. Effect of Different Classes of Antihypertensive Drugs on Endothelial Function and Inflammation. *Int J Mol Sci* 2019;20:3458.

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Zingeving: aandacht voor wat echt belangrijk is. Ervaringen in een verpleeghuis van bewoners en naasten

Niecky T. Z. Fruneaux-van Amerongen^{1*}, Anke Persoon², Yvonne M. P. Engels³

Samenvatting

De verhuizing naar een verpleeghuis heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. De relatie met zorgmedewerkers is vaak intensief en biedt volop kansen om aandacht voor zingeving te hebben. Tot nu toe is onduidelijk in welke mate zorgmedewerkers aandacht hebben voor de zingevingsdimensie en dit toepassen in hun dagelijkse contacten. Om inzichtelijk te maken hoe bewoners en naasten aandacht voor zingeving ervaren in de dagelijkse praktijk van een verpleeghuis, zijn bij vier bewoners en vier naasten semigestructureerde interviews afgenomen. De transcripten werden geanalyseerd volgens de principes van reflexieve, inductieve thematische analyse. Er werden drie thema's en zeven sub-thema's geïdentificeerd die bijdragen aan aandacht voor zingeving en die we 'zingevingsvaardigheden' hebben genoemd: afstemmen (met aandacht aanwezig zijn en eigenheid bewoner erkennen), verbinden (benadering aanpassen, communicatie aanpassen en zorgrelatie opbouwen) en verdiepen (contact verdiepen en levensvragen erkennen). Uit ons onderzoek blijkt dat zorgmedewerkers vaardigheden toepassen in hun dagelijkse contact met bewoners die hen helpen af te stemmen en te verbinden. Wat echter niet duidelijk uit de interviews naar voren komt is het tot verdieping komen in het contact. Een combinatie van training, intervisiebijeenkomsten en coaching-on-the-job, zoals onderdeel was van de bredere studie, sluit aan op de wijze waarop zorgmedewerkers leren en wat zij nodig hebben om hun zingevingsvaardigheden verder te verdiepen in de praktijk.

Trefwoorden: zingeving, spiritualiteit, langdurige zorg, ouderen

1 Geestelijke verzorging, Liemerij, Zevenaar

2 Eerstelijns- en gemeenschapszorg, Radboudumc, Nijmegen

3 Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen

* Correspondierend auteur: niecky.fruneaux@liemerij.nl

Meaning in life: attention to what is really important. Experiences in a nursing home of residents and relatives

Niecky T. Z. Fruneaux-van Amerongen^{1*}, Anke Persoon², Yvonne M. P. Engels³

Abstract

Moving to a nursing home has a major impact on the lives of residents and their relatives. The relationship with healthcare workers is often intensive and offers plenty of opportunities to pay attention to the spiritual dimension. Until now, it is unclear whether healthcare professionals pay attention to the spiritual dimension and how they apply it in daily contact. To provide insight into how residents and relatives experience attention for spirituality in the nursing home, semi-structured interviews were conducted with four residents and four relatives. Transcripts were analyzed according to the principles of reflexive, inductive thematic analysis. We identified three themes and seven sub-themes that contribute to attention for meaning in life and which we have named 'spiritual skills/meaning in life skills': Alignment (being present with attention and acknowledging individuality), connecting (aligning approach, aligning communication and building a care relationship) and deepening (deepening contact and acknowledging life-questions). Our study shows that healthcare professionals apply skills in their daily contact with residents that help them align and connect. However, it was not apparent from the interviews if they also deepened their contact. A combination of training, intervision-meetings and on-the-job coaching, as was also part of the broader study, is in line with the way care workers learn and what they need to further deepen their spiritual skills in practice.

Keywords: Meaning in life, Spirituality, Long-term care, Older adults

1 Spiritual care, Liemerijje, Zevenaar

2 Primary and Community Care, Radboudumc, Nijmegen

3 Anaesthesiology, Pain, and Palliative Medicine, Radboudumc, Nijmegen

* Corresponding author: niecky.fruneaux@liemerijje.nl

De verhuizing naar een verpleeghuis heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. In verschillende onderzoeken wordt de situatie die voor veel bewoners speelt duidelijk geschetst.¹ Iemand die verhuist naar een verpleeghuis laat zijn vertrouwde omgeving, vaak voorgoed, achter. Alles verandert in de relaties met naasten en het bredere sociale netwerk dat iemand had. In de instelling heeft de bewoner steeds wisselende zorgmedewerkers en medebewoners om zich heen die iemand niet zelf gekozen heeft. Daarbij moeten mensen omgaan met één of meerdere aandoeningen die hun mobiliteit en autonomie op de proef stellen. Bewoners realiseren zich bovendien dat het verpleeghuis hun laatste woonlocatie zal zijn. De verwachting voor veel bewoners is dat de resterende levensfase niet erg lang zal zijn, waardoor men moet leren leven met de nabije dood. De relatie met zorgmedewerkers is vaak intensief waardoor bewoners, naasten en medewerkers relatief veel tijd en ruimte hebben om elkaar te leren kennen en een band op te bouwen.

Het kunnen aansluiten van zorgmedewerkers bij een ander is daarbij belangrijk. Baart en Grypdonck beschrijven onder meer hoe presentie werkelijke aansluiting op de ander mogelijk maakt.² Presente zorg zien zij als uitweg uit haastige, bedrijfsmatig ingerichte zorg die met regels en protocollen kort wordt gehouden.² Internationaal is er consensus over de invulling van persoonsgerichte zorg, bekend als Fundamentals of Care.^{3,4} Presentie en persoonsgerichte zorg geven beide invulling aan het verlenen van zorg waarin de relatie fundamenteel is. Het relationele denken wordt door van Heijst nader uitgewerkt.⁵ Ze benadrukt het zorgproces als een medemenselijk gebeuren van geven en nemen. De onzekerheid van elke unieke situatie moet niet worden weggeorganiseerd, maar hoort bij zorg op echt menselijke maat.⁵ Deze vorm van aansluiting bij de ander en het vinden van de menselijke maat in de zorg is terug te zien in het nieuwe Kwaliteitskompas, het vervolg op het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Hierover wordt toegelicht: 'Goede zorg, ondersteuning en behandeling die aansluiten bij de kwaliteit van bestaan zetten de mens centraal en sluiten aan op diens manier van leven, mogelijkheden en wensen.'⁶ Dit vraagt naast de medemenselijke betrekking om multidimensionale zorg: zorg waarbij er naast de fysieke, sociale en psychologische dimensies, ook aandacht is voor de zingeving-dimensie.

De zingevingdimensie is één van vier dimensies die geadresseerd wordt binnen de palliatieve zorg.⁷ De palliatieve zorg loopt op dit vlak vooruit op andere gebieden van zorg waardoor er al meer kennis in onderzoeken over is opgedaan. In de palliatieve fase blijkt zingeving en de aandacht die zorgmedewerkers hiervoor hebben, een grote rol te spelen in de kwaliteit van leven van mensen.⁸⁻¹¹ In Nederland raakt zingeving explicieter ingebed in de conceptualisering van goede zorg, ondersteuning

en behandeling in de benaderingen van bijvoorbeeld 'Positieve gezondheid'¹² en de 'Sociale benadering dementie'.¹³

In 2018 verscheen een richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. De termen zingeving en spiritualiteit worden in deze richtlijn als synoniemen gebruikt. De consensusdefinitie van de European Association for Palliative Care (EAPC) is in deze studie gebruikt als uitgangspunt: 'Spiritualiteit (of: zingeving) is de dynamische dimensie van het menselijk leven die betrekking heeft op de manier waarop personen (zowel individueel als in gemeenschap) zin, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of zoeken en waarop zij zich verbinden met/verhouden tot het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige'.¹⁴ De zingevingdimensie wordt in deze studie dus niet gezien als een apart aspect van het leven, maar als een laag van betekenis, die onder allerlei aspecten van het leven zit. Aandacht voor de zingevingdimensie is in deze studie geoperationaliseerd als het zien en horen van wat iemand in het bijzonder bezig houdt.

Van der Leer heeft zich in zijn onderzoek gericht op wat er aan zingeving oplicht binnen de interactie tussen bewoners en medewerkers van het verpleeghuis. Hij komt in zijn analyse uit op zes gemeenschappelijke zingevingbehoeften en -waarden: gezien en gehoord worden (erkenning), eigen regie (vrijheid), plezier hebben (humor), band opbouwen (vertrouwen), van betekenis zijn (ertoe doen) en meeleven (zorgzaamheid).¹⁵ Op deze manier verheldert Van der Leer wat zingeving inhoudt.

Wanneer zorgmedewerkers het signaleren en verkennen van wat de bewoner bezig houdt integreren in het dagelijks contact, draagt dat bij aan goede zorg waarbij 'de mens centraal' staat. Doordat iemand doorgaans niet rechtstreeks zegt wat hem of haar in het bijzonder bezighoudt, kan het voor zorgmedewerkers lastig zijn de zingevingdimensie te herkennen. Dit bleek uit een studie naar verpleegkundigen op een oncologische verpleegafdeling in het ziekenhuis.¹⁶ Ander onderzoek laat zien dat hoewel zorgverleners het moeilijk vinden en zich vaak onvoldoende competent voelen, zij er wel graag over spreken.¹⁶⁻¹⁸ Aandacht voor zingeving en spiritualiteit is ook in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) sector geen vanzelfsprekend onderdeel van werkprocessen. Hoewel een geestelijk verzorger van het verpleeghuis in één of meerdere contactmomenten ondersteuning en begeleiding kan bieden, biedt de relatie met zorgmedewerkers in dagelijkse zorg- en contactmomenten volop kansen om aandacht voor de zingevingdimensie te hebben. In terloopse uitingen na bijvoorbeeld het hebben van een mindere dag, slecht nieuws of juist bij het uitkijken naar een gebeurtenis kunnen verschillende betekenissen herkend en verdiept worden.¹⁹

Tot nu toe is onduidelijk in welke mate zorgmedewerkers daadwerkelijk aandacht voor de zingevingsdimensie hebben en toepassen in hun contact met bewoners. Het doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de ervaringen van bewoners en naasten met de aandacht die zorgmedewerkers van het verpleeghuis hebben voor hun zingeving in de dagelijkse praktijk. De onderzoeksvraag luidt: Waaraan merken bewoners en naasten dat zorgmedewerkers aandacht hebben voor wat hen in het bijzonder bezig houdt, en wat zien zij als beïnvloedende factoren?

Methoden

Design

Deze kwalitatieve studie is onderdeel van het door ZonMw gefinancierde studie: 'Zicht op zingeving'.²⁰ Hierin staat centraal hoe zorgmedewerkers in het verpleeghuis kunnen worden geschoold en gecoacht om aandacht voor zingeving te integreren in hun dagelijkse contacten en werkzaamheden. Na afloop van een praktijkinterventie bestaande uit training, intervisiebijeenkomsten en coaching-on-the-job, zijn acht semigestructureerde interviews afgenomen bij bewoners en naasten om meer inzicht te krijgen in wat belangrijk is bij het aansluiten bij bewoners en wat hen in het bijzonder bezig houdt. In de bredere onderzoeksopzet zijn ook andere observaties en analyses gedaan, die we voor dit artikel buiten beschouwing laten.

De aandacht die zorgmedewerkers hebben voor de zingevingsdimensie is geoperationaliseerd als het zien en horen wat iemand in het bijzonder bezig houdt. De zingevingsdimensie is in dit onderzoek gedefinieerd zoals beschreven in de Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase.²¹ Het omvat de zin, doel en betekenis die het leven voor iemand heeft. Dit kan van persoon tot persoon sterk verschillen en in de loop van het leven veranderen.

Alle interviews werden afgenomen door één onderzoeker (NF), geestelijk verzorger met uitgebreide ervaring en scholing in kwalitatief onderzoek en interviewen. De topiclijst is ontwikkeld op basis van opgedane kennis tijdens de praktijkinterventie, zie tabel 1. Tijdens de dataverzameling zijn de interviewvragen op basis van de eerste zes interviews éénmaal aangepast om aanvullende informatie en inzichten te krijgen door actiever te verkennen of besproken vaardigheden werden herkend in de laatste twee interviews. Eén interview betrof een echtpaar, beiden bewoner van de zorginstelling, dat samen geïnterviewd werd. Van de interviews werd een geluidsopname gemaakt. De interviews vonden plaats op de kamer van de bewoner, een werkkamer op de psychogeriatrische afdeling (PG) of bij de naaste thuis en duurden 30 tot 60 minuten.x

Tabel 1. Topiclijst interviews

1. Kunt u me iets vertellen over wat u op dit moment in het bijzonder bezig houdt?
2. Hebt u het gevoel dat de zorgmedewerkers die u gezien hebt de afgelopen week, hier aandacht voor hebben gehad?
- 3a. Kunt u me een voorbeeld geven van hoe er aandacht en ruimte voor was?
- 3b. (interview 7 en 8) *In de interviews tot nu toe noemden mensen vooral dat ze merkten dat er aandacht en ruimte was door (...) herkent u dat? Merkt u nog iets anders?*
4. Zijn er medewerkers die wat u betreft goed in de gaten hebben wat u bezighoudt?
5. Kunt u vertellen waar u dat aan merkt?
6. Hebt u ook een voorbeeld wanneer er geen aandacht was voor wat u bezighoudt?

Setting en deelnemers

Het onderzoek werd uitgevoerd op één somatische afdeling (18 bedden) en één PG-afdeling (36 bedden) van een middelgrote verpleeghuisinstelling (469 bedden) in het Oosten van Nederland (de Liemers). Op deze afdelingen werken zorgmedewerkers variërend van helpende zorg- en welzijn (niveau 1) t/m verpleegkundige (niveau 6), waarbij de meerderheid (44-56%) verzorgende voor de individuele gezondheidszorg (IG) is (niveau 3). Daarnaast zijn er andere zorgmedewerkers werkzaam op de afdeling: artsen, fysio-, ergo- en logotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers en geestelijk verzorgers. Zij maken minder structureel onderdeel uit van het zorgteam maar worden betrokken indien nodig of gewenst. Wanneer in de interviews gesproken werd over zorgmedewerkers, spraken deelnemers meestal over zorgmedewerkers van de afdeling en in mindere mate over de overige zorgmedewerkers.

De deelnemers bestonden uit twee groepen: bewoners van de somatische afdeling en naasten van mensen met dementie die op de PG-afdeling wonen. Er werden zeven bewoners benaderd waarvan er vier instemden met een interview. Naasten werden telefonisch benaderd door NF. Er zijn vijf naasten benaderd, waarvan er één afzag van deelname wegens overbelasting. Vooraf vond afstemming plaats met de verpleegkundige van de somatische afdeling om een inschatting te kunnen maken welke bewoners benaderd konden worden voor een gesprek van maximaal één uur. Er waren geen andere exclusiecriteria dan het niet in staat geacht worden tot het voeren van een gesprek van ongeveer één uur.

Deelnemers werden geïnformeerd over het onderzoek en verleenden schriftelijk toestemming indien zij geïnterviewd wilden worden. Methoden werden uitgevoerd in overeenstemming met de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. Er werden geen medische handelingen opgelegd en data werden anoniem verwerkt. De studie was daarom niet WMO-plichtig volgens de Medisch Ethische

Commissie (2022-13622). De wetenschapscommissie van de betrokken zorgorganisatie heeft het onderzoek goedgekeurd.

Data-analyse

De geluidsopnames van alle interviews werden letterlijk getranscribeerd en thematisch geanalyseerd met behulp van software ATLAS.ti 9 volgens het stappenplan van Braun en Clarcke.⁶ Twee onderzoekers (NF en AP) codeerden de eerste twee interviews afzonderlijk om initiële codes te genereren. De overige interviews werden door NF gecodeerd. NF en AP bespraken de codes en de eerste rangschikking en formuleerden (sub)thema's totdat er overeenstemming ontstond. Inter-beoordelaars betrouwbaarheid werd gezocht door de thema's in diverse overleggen met AP, YE en NF te bespreken en waar nodig aan te passen. Daarnaast werden de resultaten besproken en afgestemd met twee zorgmedewerkers, een verpleegkundige en verzorgende waarna de formulering werd vastgesteld.

Resultaten

Er namen acht bewoners en naasten deel aan dit onderzoek. Één mannelijke en drie vrouwelijke bewoners (82-89 jaar) van de somatische afdeling werden geïnterviewd, zie Tabel 2. Drie mannelijke en één vrouwelijke naasten (twee partners, één zoon en één dochter in de leeftijd 54-70 jaar) werden geïnterviewd van de psychogeriatrische afdeling, zie Tabel 3.

We identificeerden drie thema's met in totaal zeven sub-thema's over vaardigheid van zorgmedewerkers om aandacht te hebben voor zingeving:

- Afstemmen: met aandacht aanwezig zijn, erkennen eigenheid bewoner.
- Verbinden: aanpassen benadering, aanpassen communicatie, opbouwen zorgrelatie.
- Verdiepen: Verdiepen contact, herkennen levensvragen.

De thema's en sub-thema's worden nader toegelicht en besproken aan de hand van voorbeelden uit de interviews.

Tabel 2 Beschrijving geïnterviewde bewoners van de somatische afdeling

Code	Geslacht	Wat houdt u in het bijzonder bezig?
Bewoner 1	Vrouw	Ik vind het naar omstandigheden fijn in het verpleeghuis, de zorgmedewerkers zijn allemaal schatten maar ik vind het moeilijk om te gaan met een medebewoner die zich voor mijn gevoel negatief uit. Ik probeer behulpzaam te zijn naar zorgmedewerkers.
Bewoner 2	Vrouw	De zorgmedewerkers zijn eigenlijk allemaal vriendinnen. Ik ben dol op hen en vind wederkerigheid in onze relatie belangrijk. Er was meteen ruimte voor mijn verhaal toen ik hier kwam wonen en net mijn man had verloren.
Bewoner 3	Vrouw (partner B4)	Het is dat het moet, maar fijn is het niet. De verzorging is hier goed maar ik ben mijn vrijheid kwijt. Aan de andere kant is het een fijn gevoel dat als er iets is, dat zorgmedewerkers er met een druk op de knop zijn.
Bewoner 4	Man (partner B3)	Je moet leren leven met de situatie. Ik denk er niet hele dagen over na, het is nu eenmaal niet anders. Ik heb me hierbij neergelegd en op het moment gaat het aardig goed. Maar er zijn dagen bij dat ik heel veel last heb van de situatie. Gelukkig kan ik nog een beetje fietsen.

Tabel 3 Beschrijving geïnterviewde naasten van bewoners met dementie

Code	Geslacht	Relatie	Wat houdt u in het bijzonder bezig?
Naaste 1	Man	Partner	Mijn echtgenote is vaak onrustig, boos en agressief. Op deze manier heeft ze eigenlijk geen leven. Geen moment dat ze zich gelukkig voelt, behalve als ik haar vasthoud. Ik vraag me soms af waar ik het nog voor doe en wat zij zelf nog van situaties meekrijgt.
Naaste 2	Man	Partner	Ik probeer een goede weg te vinden in de nieuwe situatie met mijn echtgenote die boos en verdrietig kan reageren door haar ziekte. Daarbij zoek ik nu mijn weg om ook mijn eigen leven opnieuw vorm te geven nu we gescheiden wonen.
Naaste 3	Man	Zoon	Mijn moeder gaat achteruit hoewel ze lichamelijk nog goed in orde is. Het is voor haar heel moeilijk dat ze steeds minder kan en snapt. Ik probeer ervoor te zorgen dat ze zoveel mogelijk nog kan genieten en zich niet onnodig druk maakt omdat haar overbezorgde aard nu zo belastend voor haar kan zijn.

Code	Geslacht	Relatie	Wat houdt u in het bijzonder bezig?
Naaste 4	Vrouw	(schoon) Dochter	Ik ben bezorgd om de medewerkers die op hun tenen lopen en uiten dat ze meer tijd zouden willen hebben voor de bewoners om er echt te zijn voor hen. Ik probeer er zelf te zijn voor mijn moeder en kan ondanks een complexe gezinssituatie vroeger, nu een band met haar opbouwen. Mijn schoonvader heeft ook op deze afdeling gewoond tot aan zijn overlijden.

Thema 1: Afstemmen

Onder dit thema verstaan we de vaardigheid van afstemmen; vanuit de interviews kwam dit thema naar voren als een proces en houding van zoeken in het contact. Wie is deze persoon, wat wil of vindt hij/zij belangrijk en hoe gaan wij met elkaar in contact? Er kwamen twee sub-thema's van dit afstemmen naar voren in de interviews: met aandacht aanwezig zijn en de eigenheid van de bewoner erkennen.

Met aandacht aanwezig zijn

Bewoners en naasten vertelden geregeld over ervaringen met zorgmedewerkers, waaruit een manier van aanwezigheid bleek die uitnodigend was voor de bewoner en/of naaste. Deze houding is voorwaardelijk voor een contact waarin aandacht ervaren wordt voor wat iemand in het bijzonder bezighoudt. Het komt treffend naar voren in een herinnering van een naaste aan het stervensproces van haar schoonvader. Ze beschrijft een gerichtheid op en aandacht voor wat écht belangrijk is voor de bewoner en diens familie tijdens de stervensfase.

Mijn schoonvader, die heeft het natuurlijk niet zo gemerkt, maar ik heb gewoon echt het gevoel gehad dat bij wijze van spreken alles om ons draaide. (...) Ja, ik kan niet eens omschrijven wat dat met je doet (...) Hoe belangrijk dat is, dat je het gevoel krijgt dat je naaste die op dat moment aan het sterven is, dat daar gewoon, dat er gewoon 24/7 bij wijze van spreken iemand naast staat om hem te verzorgen. Als wij vragen hadden of iets signaleerden, of er was iets, dat er gewoon altijd iemand voor ons was. Voor mijn schoonvader, maar ook voor ons. Nou dat was meer dan waardevol. (Naaste 4, (schoon)dochter)

Ook werd benoemd dat deze manier van aanwezig zijn ervaren werd door de manier van luisteren van medewerkers.

De meeste mensen vinden het ook heel interessant hoe ik haar heb leren kennen. Ik woonde in (plaatsnaam X) en zij in (plaatsnaam Y). Om daarover te vertellen. Hoe

kwamen jullie dan eigenlijk bij elkaar? (lacht). En wat meer verhalen van vroeger. Dat ze je wat willen leren kennen.

I: Waar merk je dat aan?

Nou aan de manier waarop ze met je in gesprek gaan. Dat ze echt luisteren en niet zo van ja, en weer door. (Naaste 2, partner)

Erkennen eigenheid bewoner

Voordat de eigenheid van een bewoner erkend kan worden, moet de zorgmedewerker deze eigenheid eerst kunnen herkennen in het proces van zoeken in het contact. Die eigenheid kan gaan over de (on)mogelijkheden van bewoners of naasten, hun individuele behoeften, de persoonlijkheid en de 'klik' die er tussen mensen gevoeld kan worden. Deze aspecten kunnen naar voren komen in het proces van afstemmen van de zorgmedewerker op bewoners en naasten.

In onderstaand citaat vertelt een bewoonster over het afstemmen op haar (on)mogelijkheden. Na haar verblijf in een andere organisatie merkte ze een verschil op in de manier waarop er op haar lichamelijke beperkingen wordt afgestemd:

Nou, Dat is zo'n dag en nacht verschil. Ik heb ook 8 maanden ergens anders gezeten. Dat was wel een verzorgingshuis, maar daar was het heel anders (...)

"mevrouw (eigen naam), u kunt alles zelf wel." (...). En dan had ik zoveel pijn, en dan kun je niet veel. (...) Maar daar, zeiden ze van: "Ja, dat kun je nog wel. Dat kan je nog wel, probeer het maar." Weet je wel. En als ik dan wat vroeg, dat kon dan niet. (Bewoner 1)

Thema 2: Verbinden

Dit thema verbinden kwam bij participanten ter sprake als het zoeken van wederzijdse betrokkenheid vanuit de zorgmedewerker in het contact met bewoners en naasten. Er gebeurt dus iets tussen twee mensen in de (zorg)relatie. In de interviews komen voorbeelden naar voren waaruit drie sub-thema's zichtbaar werden: dat er ruimte is voor verbinding wanneer de benadering wordt aangepast aan de ander. En: dat verbinding ontstaat wanneer de communicatie wordt aangepast. De actie van de zorgmedewerker is in benadering of (non-)verbale communicatie dan passend bij de bewoner en/of naaste. Een derde sub-thema van verbinden is het opbouwen van de zorgrelatie. Hieronder staan citaten waar aspecten van zowel benadering als communicatie in terug te zien zijn. Met communicatie bedoelen we de (non)verbale uitwisseling tussen mensen en met benadering bedoelen we de manier waarop er met iemand wordt omgegaan.

Benadering aanpassen

Een partner beschrijft hoe hij geconfronteerd werd met het belang om voor zichzelf te zorgen, en zichzelf niet te verliezen in de zorgen om zijn vrouw. Tijdens een overleg met de verzorgende gaf ze hem "op zijn kop" en hij vertelde dat de benadering die zij hierin koos aansloot bij wat hij op dat moment nodig had.

Precies. Ja. Ja het betekent ook, nou ehm hoe moet ik dat nou zeggen dat laatst eh. Nou (naam zorgmedewerker) had me laatst echt wel een beetje op mijn kop gegeven. "Je moet ook eens een keer aan jezelf gaan denken nou. Wij zorgen hier voor (naam echtgenote)." Toen heeft ze me een beetje stevig aangepakt maar daar heeft ze wel gelijk in gehad. Ja... denk gewoon ook eens een keer aan jezelf. (Naaste 2, partner)

Een echtpaar vertelde met bewondering over een verzorgende. Hoe zij in haar benadering precies deed wat voor mevrouw zeer belangrijk was en dat de manier waarop precies passend was voor haar. Ze bleek veel waarde te hechten aan haar uiterlijke verzorging, maar staat met grootse moeite hier hulp bij toe van zorgmedewerkers. De juiste benadering vinden en kunnen toepassen, blijkt in de praktijk nog een hele kunst. Als zorgmedewerkers erin slagen, dragen ook dergelijke praktische handelingen bij aan de verbinding tussen bewoner en zorgmedewerker.

Echtpaar:

Bewoner 4: Dat is gewoon ongelooflijk. Als ze met (naam echtgenote) rustig gaat zitten voor de haren. Omdat ze dun haar heeft. Toen deed ze het een keer zo-

Bewoner 3: Ja. Ik heb zo'n kale vlek op het hoofd, ik heb een tumor in het hoofd gehad door de bestraling. Nou lijkt het wel wat, maar daaronder is het helemaal kaal. Ik kan de haren beetje naar voren kammen. En af en toe, zakt dat wel eens weg. En dan zegt ze (naam zorgmedewerker) "zal ik een beetje de haren weer-" Ik zei ja dat doe maar (naam zorgmedewerker). Een heel lief mens. (Bewoners 3 en 4)

Communicatie aanpassen

Verbinden komt duidelijk naar voren wanneer het zorgmedewerkers lukt om de communicatie goed aan te passen aan de bewoner of naaste.

Want ik denk dat ze wel precies weten hoe ze iemand aan moeten pakken en bij de een moeten ze heel vriendelijk zijn, een ander heeft een wat strengere aanpak nodig. (Naaste 3, zoon)

Het zijn vaak kleine uitingen van zorgmedewerkers waardoor bewoners en naasten zich gezien en gehoord voelen.

En nou van de week [zei een zorgmedewerker]: (...) "Als je wat hebt, zei ze dan moet je het echt zeggen!" Ik zei: dat weet ik wel, maar ik ben niet zo. [waarop medewerker zegt:] "Ja maar dan moet je het echt zeggen!" (...) Ik ben altijd zo een beetje bescheiden geweest. (Bewoner 3)

Zorgrelatie opbouwen

In de interviews kwam naar voren dat er niet alleen in handelen, passend bij de functie als zorgverlener contact ontstaat. Ook kan er contact ontstaan van mens tot mens. Als zorgmedewerkers vaardig zijn in het opbouwen van een zorgrelatie is er ruimte voor wederkerigheid in het contact.

Een zoon beschrijft waarderend het contact van een zorgmedewerker met zijn moeder:

Ja dat ze [elkaars namen naar elkaar roepen wanneer ze elkaar zien]: "(naam medewerker!)" "(naam moeder!)" [de zorgmedewerker zegt dan:] "Ja en ik zit nu daar [op een ander deel in de afdeling], maar straks kom ik nog even met je kletsen. We kunnen het goed met elkaar vinden he." En dan gaan ze samen een broodje zitten eten of iets dergelijks. Dat vertelde ze [bewoonster] dan weer aan mij toen ik op bezoek kwam. (Naaste 3, zoon)

In zorgrelaties kan dan een vertrouwdheid met elkaar ontstaan. Zorgverleners worden een onderdeel van het leven van bewoners, én andersom. Zorgverleners verlenen niet enkel zorg, maar voegen, door die verbinding waardoor een zorgrelatie opgebouwd kan worden, ook iets waardevols toe aan het leven van bewoners. Die band wordt in de interviews vaak beschreven en het gaat dan meestal om een aantal zorgmedewerkers in het bijzonder die de bewoner of naaste erg waarderen.

Ja, ja, die vrouw die [ons rondleidde tijdens de bezichtiging] toen we hier konden worden ingeschreven ook: het is inmiddels net of het onze moeder is. (Bewoner 4)

Thema 3: Verdiepen

Onder verdiepen vonden we in de interviews twee sub-thema's: enerzijds het verdiepen van het contact, door ruimte te bieden om van betekenis te zijn en het kunnen doorvragen, en anderzijds het kunnen erkennen van levensvragen. Dit wordt ingezet door een medewerker middels een (proactief) verkennen van zingeving en betekenislagen in contacten, zoals ook geoefend werd in de training.^{22, 23}

Contact verdiepen

Een dochter vertelt over een moeilijke periode in het jaar voor haar moeder en haarzelf. Ze laat hierbij iets zien van de ruimte die zorgmedewerkers kunnen bieden voor het verhaal van haar moeder.

Nou ja, september is voor mijn moeder altijd een hele lastige maand. Dat is de sterfmaand van mijn broertje en ook nou ja, de geboortemaand van mijn broertje; dat ligt dicht bij elkaar die twee data. En dan is ze gewoon niet in haar hum, en dat weten ze. Dat lees ik ook in haar dossier van als ze nou ja niet, niet graag wil eten bijvoorbeeld en dat ze wat minder naar binnen krijgt en dat er even een praatje met haar wordt gemaakt dat er ruimte wordt gegeven, dat ze even haar verhaal kwijt kan. (...) en daar merk je dat daar oog voor is hier. En dan denk ik, oh ja, weet je dat is mooi. Zij kan haar verhaal bij anderen kwijt. (Naaste 4, dochter)

Toch blijkt uit de interviews dat de zorgmedewerkers met name sterk zijn in het afstemmen en verbinden, maar niet altijd ingaan op mogelijkheden om te verdiepen. In onderstaand fragment vertelt een zoon over multidisciplinaire overleggen, waar niet expliciet wordt gesproken over wat kwaliteit van leven is voor zijn moeder.

R: Nee daar wordt niet over gesproken [wat kwaliteit van leven is voor bewoner].

I: Zou dat kunnen? Denkt u, dat er in zo'n afspraak daar ook ruimte voor of hè, dat daar wat...?

R: Ja, ik denk ongeveer tot ze dusdanig ook ervaring hebben, weten waar mijn moeder van geniet en zo, en een arts die kan ook heel goed dingen bepalen en denken. Maar als de arts zegt, ik zou adviseren om niet verder te gaan, daar ga ik niet zeggen van ja het moet en het zal. (Naaste 3, zoon)

Deze zoon lijkt vertrouwen te hebben in expertise van de arts en andere zorgmedewerkers terwijl dergelijke onderwerpen juist veel ruimte kunnen bieden voor zorgmedewerkers om te verdiepen in persoonlijke betekenissen van grote thema's als kwaliteit van leven.

Levensvragen erkennen

Ook het erkennen van levensvragen is een specifieke vaardigheid die bijdraagt aan verdieping. Het gaat om het zien én benoemen van vragen die complex en ingrijpend zijn voor de bewoner of naaste. In de interviews uiten bewoners en naasten geregeld levensvragen maar daarbij komt vaak naar voren dat er door de zorgmedewerkers geen verdieping gemaakt wordt in het contact door deze vragen te erkennen en benoemen.

Ja. Je hoopt op... Ik hoop alleen dat ze op een keer niet wakker wordt. Dat geeft haar rust. En ons. Want nou neem je, dat zei ik net ook tegen die collega, iedere keer afscheid. Als iemand dood is, dan kun je afscheid nemen. (...) Kun je rouwen, en dat slijt. Nu wordt dat vuurtje iedere keer aangestoken. Oh het duurt al zo lang. En dat kon ze [de zorgmedewerker] ook begrijpen. (Naaste 1, partner)

Beïnvloedende factoren

In de interviews kwam een aantal factoren duidelijk naar voren die invloed hebben op de wijze waarop er ruimte wordt ervaren voor het kunnen geven of ontvangen van aandacht voor zingeving.

Een veelgehoorde factor is tijdsdruk.

Tijdsdruk

Wat me op dit moment bezighoudt en ook wel een beetje zorgen baart, is dat ik gewoon heel erg zie dat de medewerkers hier op hun tenen lopen. (...) En ik hoor het ook mensen gewoon echt letterlijk zeggen: "ik wou dat ik meer tijd had voor de mensen" (...) ik denk van. Goh je je, kiest voor dit beroep met volle overtuiging. Dat is niet alleen omdat je mensen gewoon wilt wassen aankleden en in de stoel wil zetten. En nou ja, een boterham wil geven. Maar dat je er ook gewoon echt wilt zijn. En ik zie gewoon dat er daar gewoon op dit moment geen tijd voor is. (Naaste 4, (schoon)dochter)

Personeelstekorten en de klik

R: Nou dat laat mijn moeder ook wel merken [dat ze de ene persoon wel graag mag en de ander minder]. Denk ik.

I: Ja, en doen ze er wat mee? [Houden ze rekening met de 'klik'?]

R: Ja, ik denk dat ze weinig keuze hebben. Als je ziet dat er een aantal zieken zijn. Dan ben je blij als je iemand hebt. (Naaste 3, zoon)

Toename van complexere zorgvragen met daarin ook uiteenlopende behoeften

Deze naaste heeft te maken met een zeer complexe situatie voor zijn vrouw, die vaak onbegrepen gedrag laat zien en snel is overprikkeld. De wijze waarop zorg op dit moment wordt georganiseerd, op een grote afdeling met gezamenlijke activiteiten, blijkt hierin niet goed aan te sluiten op haar behoeften. Het blijkt ook erg moeilijk om goed te zien en te horen wat echt belangrijk is voor haar.

Ik probeer de zorg te laten bij de werknemers die er werken. Alleen wordt het gewoon echt lastig om de zorg echt goed te verlenen en dat zeg ik dan wel eens, dat het ook pittig moet zijn voor hen. "Ja dat is het zeker, wij hebben er zo 11 waar we voor moeten zorgen." Op zaterdag was ik er ook, dan zou ik hun ontlasten. Want dan zijn ze bezig: spelletjes, gymnastiek wordt er gedaan en noem het maar op. Maar mijn vrouw heeft daar de rust niet voor. (Naaste 1, partner)

Discussie

In deze interviewstudie met bewoners en naasten van een verpleeghuis onderzochten we waaraan zij merken dat zorgmedewerkers proberen aan te sluiten bij wat de bewoner en de naaste in het bijzonder bezig houdt, en wat zij zien als beïnvloedende factoren. Dit resulteerde in de identificatie van drie thema's, ondergebracht in zeven sub-thema's. Er kwamen zeven vaardigheden op de zingevingsdimensie naar voren: *met aandacht aanwezig zijn, eigenheid bewoner erkennen, benadering aanpassen, communicatie aanpassen, zorgrelatie opbouwen, contact verdiepen en levensvragen herkennen*. Uit deze ervaringen blijkt dat zorgmedewerkers vaardigheden in hun dagelijkse contact met bewoners en naasten toepassen die hen helpen af te stemmen en te verbinden. Echter, doorvragen op of verdiepende vragen stellen over bepaalde uitingen of betekenissen en het expliciet erkennen van levensvragen kwam in de interviews weinig naar voren. Dit laatste komt overeen met de bevindingen van Van Meurs et. al. tijdens observaties van verpleegkundigen op een oncologieafdeling in het ziekenhuis en tijdens een coaching-on-the-job interventie.^{16, 23} Aandacht voor zingeving werd door deze onderzoekers uitgesplitst in het signaleren en verkennen van wat patiënten bezighoudt. Vergelijkbare interviews als in ons onderzoek zijn er in deze ziekenhuiscontext echter niet gehouden.^{23, 24} Dat verkennen niet benoemd werd in de interviews van ons onderzoek heeft waarschijnlijk te maken met terughoudendheid van bewoners en verzorgenden om verder te durven exploreren.¹⁸ Uit ander onderzoek blijkt ook dat hoewel bewoners het zeer waarderen, zij aandacht voor de zingevingsdimensie niet vanzelfsprekend vinden vanuit de zorgmedewerkers.^{25, 26} Hierin speelt mogelijk voor sommige bewoners en naasten ook mee dat medewerkers worden gezien als experts in het omgaan met bewoners van het verpleeghuis, zoals uit het verhaal van één van de participanten blijkt. Wanneer bijvoorbeeld gesproken wordt over kwaliteit van leven voor een bewoner, gaat het erom hoe de bewoners en hun naasten in het leven staan. Op dit gebied zijn bewoners en naasten zelf expert. Het is nog niet vanzelfsprekend dat er ook ruimte is voor deze manier van verdiepen in het contact tussen zorgmedewerkers, bewoners en naasten.²⁶ Dit vraagt ook in het verpleeghuis meer aandacht, bijvoorbeeld in opleiding en trainingen en in (beleids)keuzes van een organisatie of afdeling. In een scoping review werden interessante bevindingen beschreven over het onderwijs rond zingeving aan

zorgmedewerkers.²⁷ Hieruit bleek dat vooral gestreefd wordt naar bewustwording en integratie van zingeving in de dagelijkse praktijk. Ze stellen dat er in de gezondheidszorg meer consensus nodig is over hoe zingeving beschreven wordt. In de zorg is specifiek rond de implementatie van persoonsgerichte zorg onderzoek gedaan.^{3, 28} Met name interactieve leervormen rond casuïstiek en werkplekleren worden in deze onderzoeken beschreven als veelbelovende manieren om persoonsgerichte zorg in de praktijk te brengen.

Vaardigheden rond afstemmen en verbinden werden duidelijk genoemd in onze interviews. Dit zijn concepten die nauw aansluiten bij presentie en mens- of persoonsgerichte zorg.^{2, 4, 5, 29} Dit zijn meer alledaagse manieren van met mensen in contact gaan, die zeker bijdragen aan zingeving. We werden verrast hoe zorgmedewerkers op uiteenlopende manieren bezig waren rond de alledaagse zingeving van bewoners. Er is hierdoor meer verhelderd over de alledaagse zingeving in het verpleeghuis en hoe medewerkers dit bewuster kunnen integreren in hun werkzaamheden. Onze bevindingen sluiten aan op het eerder gemaakte onderscheid dat gemaakt wordt tussen alledaagse zingeving en existentiële zingeving.^{30, 31} Alledaagse zingeving betreft dagelijkse dingen en hoe je het leven betekenisvol invult (zin 'in' het leven), terwijl existentiële zingeving gaat om het zoeken naar antwoorden op levensvragen (zin 'van' het leven). Ook sluit het aan bij de bevindingen van Derkx en de wijze waarop ouderen zingeving in hun dagelijks leven ervaren.³²

Bij het afstemmen en aansluiten op de ander is het perspectief van de bewoner in het verpleeghuis het belangrijkste uitgangspunt. Toch zijn er situaties, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van gedragsproblematiek, waarin er juist gekozen wordt voor een begrenzende reactie. Een dochter vertelt dat ze verschillen ervaart tussen medewerkers in het afstemmen op de persoonlijkheid van haar moeder en haar beperkingen. Het is belangrijk om in zulke situaties gezamenlijk te onderzoeken welke overwegingen en oordelen rond gedrag hieraan ten grondslag liggen en welke handelingsopties er zijn om het perspectief van de bewoner zoveel mogelijk recht te doen. Wat wil of vindt de bewoner? Wat is zijn of haar bedoeling achter bepaald gedrag? Omgaan met gedragsproblematiek vraagt vaak een psychologische interventie en daarnaast inzicht en handvatten voor zorgmedewerkers.³³

Met behulp van thematische analyse vonden we vaardigheden rond drie thema's: afstemmen, verbinden en verdiepen. Deze komen gedeeltelijk overeen met de reeks zoals Smit deze heeft geformuleerd in zijn proefschrift rond basismethodiek voor geestelijke verzorging: naderen-verdiepen-laten-verbinden-vieren.^{34, 35} Zijn uitwerking richt zich op te onderscheiden fasen in de gesprekken van geestelijk verzorgers en geeft daarmee inzicht in gesprekken rond existentiële zingeving. Het door

ons gevonden onderscheid tussen vaardigheden is gericht op verschillende typen zorgmedewerkers die existentiële én alledaagse zingeving kunnen integreren in hun dagelijkse handelen. De invulling van de begrippen is inhoudelijk grotendeels verschillend, hoewel er ook overeenkomsten zijn tussen afstemmen en aftasten; in dit onderzoek afstemmen. De betekenis van verdieping via relatie sluit aan op wat in dit onderzoek verbinding wordt genoemd en verdieping via betekenisgeving wordt in dit onderzoek als verdieping aangeduid.

Ons onderzoek richt zich op vaardigheden op de zingevingsdimensie. Dit houdt in dat zorgmedewerkers signalen kunnen herkennen die bewoners en naasten afgeven over de zingevingsdimensie en vervolgens hierop passend (non-)verbaal reageren. Wanneer zorgmedewerkers zingevingsvaardigheden kunnen toepassen: afstemmen op de ander, verbinding aangaan vanuit zichzelf en verdieping zoeken in het contact, worden de diverse relationele (en wederkerige) aspecten van zingeving ervaren en versterkt.

Sterkten en beperkingen

Sterk aan dit onderzoek is dat we zowel bewoners als naasten hebben geïnterviewd. In de interviews is aangesloten bij wat iemand in het bijzonder bezighoudt, waardoor de zingevingsdimensie laagdrempelig is besproken. Er is ingegaan op de wijze waarop zorgmedewerkers hier aandacht voor hebben. Ook is het belangrijk te noemen dat de naasten veelal enthousiast waren om deel te nemen, maar dat er bij bewoners merkbaar aarzeling was en zij een interview afhielden door te zeggen 'nee hoor, ik hoef geen interview want alles is hier goed.' Het is mogelijk dat zij vanuit de afhankelijkheid van zorg vooral positieve ervaringen op de afdeling willen delen. Negatieve ervaringen, waar de onderzoeker wel van op de hoogte is door gesprekken met zorgmedewerkers, zijn zelfs niet gedeeld na zo open mogelijk en meermaals vragen naar minder positieve ervaringen met zorgmedewerkers. Omdat de studie slechts in één ouderenzorginstelling heeft plaatsgevonden, kunnen de bevindingen niet worden gegeneraliseerd worden naar alle Nederlandse langdurende zorginstellingen.

Conclusie

Om aandacht te hebben voor wat voor bewoners en naasten echt belangrijk is, hebben we zeven vaardigheden onderscheiden: met aandacht aanwezig zijn, eigenheid bewoner erkennen, benadering afstemmen, communicatie afstemmen, zorgrelatie opbouwen, contact verdiepen en levensvragen herkennen. Uit de ervaringen van bewoners en naasten blijkt dat zorgmedewerkers veel vaardigheden toepassen in hun dagelijkse contact met bewoners die hen helpen af te stemmen en te verbinden. Het zijn vaardigheden die aansluiten bij alledaagse zingeving. Deelnemers aan deze

studie benoemde minder het aangaan van verdieping door zorgmedewerkers, een vaardigheid die vooral betrekking heeft op existentiële zingeving. Met name existentiële zingeving; het exploreren van zingeving en durven te verdiepen in verschillende betekenislagen in contacten vraagt extra aandacht in trainingen rond gespreksvaardigheden en reflectievaardigheden van zorgmedewerkers. Mogelijk vraagt het ook van zorgorganisaties een verandering om verdieping in betekenissen van uitingen en gedrag en dat wat mensen in het bijzonder bezighoudt zo te faciliteren, dat het vanzelfsprekender onderdeel wordt van dagelijkse contacten in het verpleeghuis.

Dankwoord

We willen alle betrokkenen bij de interviews en de praktijkinterventie van Zicht op zingeving van Tesma 3 en de Meridiaan van Liemerij bedanken voor hun inzet en openheid.

Financiering

Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij een subsidie van ZonMW.

Literatuur

1. Derkx P, Bos P, Laceulle H, Machielse A. Meaning in life and the experience of older people. *International Journal of Ageing and Later Life*. 2020;14(1):37-66.
2. Baart A, Grypdonck M. Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2008.
3. Todd J-A, Shanahan B, Fabbro LD, Armit L, Grealish L. Translating Person-Centered Care Policy Into Practice: A Pre-Post Study of a Work-Based Learning Intervention for Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2024;55(6):303-8.
4. Kitson AL, Conroy T, Jeffs L, Carr D, Huisman-Dewaal GJ, Muntlin A, et al. 'No more heroes': The ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. *J Adv Nurs*. 2023;79(3):922-32.
5. Heijst A van. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: uitgeverij Klement; 2005.
6. Zorginstituut Nederland. Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis; 2023.
7. WHO. Definition of palliative care; 2002.
8. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(3):604-18.
9. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship Between Spirituality, Meaning in Life, Psychological Distress, Wish for Hastened Death, and Their Influence on Quality of Life in Palliative Care Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(4):514-22.
10. Back AL. Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):866-76.
11. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, Ripamonti CI, Scotté F, Strasser F, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol*. 2018;29(1):36-43.
12. (IPH) IfPH. Spinnenweb Mijn Positieve Gezondheid. <https://mijnpositievegezondheid.nl/>.

13. The, A.M. Wij blijven mensen. Wat de sociale benadering bijdraagt aan leven met dementie. Amsterdam: Uitgeverij Beausan B.V; 2025. <https://socialebenadering.nl/het-probleem>.
14. Nolan S, Saltmarsh P, Leget CJW. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*. 2011;86-9.
15. van der Leer N. Zingeving in het verpleeghuis. *Nurse Academy O&T*. 2023;4:4.
16. van Meurs J, Smeets W, Vissers KCP, Groot M, Engels Y. Nurses Exploring the Spirituality of Their Patients With Cancer: Participant Observation on a Medical Oncology Ward. *Cancer Nurs*. 2018;41(4):E39-e45.
17. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Price M, Webster F. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliat Support Care*. 2015;13(5):1335-61.
18. Best M, Butow P, Olver I. Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *J Clin Med*. 2016;5(9).
19. Fruneaux-van Amerongen NB, K., Slöetjes, A. Hoe je het hart van de zorg kunt verdiepen. *Nurse Academy O&T*. 2024;2:22-7.
20. Fruneaux-van Amerongen N. Zicht op zingeving. ZonMW; 2022. <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/zicht-op-zingeving>.
21. Nederland IK. Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn: Pallialine; 2018. p. 68.
22. Hijweege N, Smeets W. Luisteren met ruimte. Uitgeverij van Warven; 2024.
23. Modderkolk L, van Meurs J, de Klein V, Engels Y, Wichmann AB. Effectiveness of Meaning-Centered Coaching on the Job of Oncology Nurses on Spiritual Care Competences: A Participatory Action Research Approach. *Cancer Nurs*. 2023;48(1):55-63.
24. van Meurs J, Wichmann AB, van Mierlo P, van Dongen R, van de Geer J, Vissers K, et al. Identifying, exploring and integrating the spiritual dimension in proactive care planning: A mixed methods evaluation of a communication training intervention for multidisciplinary palliative care teams. *Palliat Med*. 2022;36(10):1493-503.
25. Hupkens S, Goumans M, Derkx P, Machielse A. Nurse's attunement to patient's meaning in life - a qualitative study of experiences of Dutch adults ageing in place. *BMC Nurs*. 2020;19:41.
26. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(11):1320-8.
27. Rykkje L, Søvik MB, Ross L, McSherry W, Cone P, Giske T. Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2022;31(11-12):1440-64.
28. Zadvinskis IM, Hoying J, Martini K, Taylor T, Czaja R, Terry AE, et al. Improving Self-Reported Person-centered Care Competency in Nursing Students: A Pilot Study Using Interactive Case Studies. *Nurse Educator*. 2024;49(5):E286-E91.
29. Baart A, Dijke J van, Ouwerkerk M, Beurskens E. Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht. Den Haag: Uitgeverij Boom/Lemma; 2011.
30. Westerhof EBG. Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid. Amsterdam: Boom; 2010.
31. Machielse A. 'I'm a fighter and I do not give up' -Socially isolated older adults' experiences with meaning in life. *Ageing & Society*. 2024;1-22.
32. Derkx P. Humanisme, zinvol leven en nooit meer 'ouder worden': Een levensbeschouwelijke visie op ingrijpende biomedisch-technologische levensverlenging. Brussel: ASP, VUBPRESS; 2011.
33. Van Alphen, Sp.P.J. & Bollen, S. De aanpak van gedragsproblemen vanuit de persoonlijkheid: Cognitive Model for Behavioural Interventions (CoMBI). *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2021;3.
34. Smit JS, W. De basismethodiek van geestelijke verzorging op handelingsniveau. *Psyche en geloof*. 2018;29:86-95.
35. Smit J. Antwoord geven op het leven zelf. Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging. Delft: Eburon; 2015.
36. van der Leer N. Zinvolle zorg in het verpleeghuis. Een onderzoek naar de samenhang tussen zorg en zin en de rol van de geestelijk verzorger. Kokboekencentrum Non-fictie; 2020.

KLINISCHE LES

Een wankel evenwicht: een case studie over gehechtheid, controle en intiem partnergeweld bij ouderen

Lies Van Assche,^{1,2} Luc Van de Ven¹

Samenvatting

Intiem partnergeweld (IPG) komt bij ongeveer één op zes partnerrelaties voor. Doorheen de levensloop evolueert de aard van het geweld, waarbij op latere leeftijd meer emotioneel en financieel geweld optreedt. In deze klinische les komen factoren aan bod die IPG bij ouderen beïnvloeden. Zo kunnen veranderende levensomstandigheden op late leeftijd een bestaand evenwicht binnen de partnerrelatie verstoren. We gaan aan de hand van een casus dieper in op de rol van gehechtheid, macht en controle. Concluderend formuleren we enkele aandachtspunten in de begeleiding door de hulpverlener.

Trefwoorden: ouderen, intiem partnergeweld, gehechtheid, controle

1 Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven, dienst Ouderenpsychiatrie, Leuven
2 Corresponderend auteur: Lies.vanassche@upckuleuven.be

A delicate balance: a case study on attachment, control and intimate partner violence in late life

Lies Van Assche,^{1,2} Luc Van de Ven¹

Summary

One in six couples is confronted with intimate partner violence (IPV). Throughout the lifespan the nature of IPV may change, and in late life emotional or financial violence become more prevalent. In this paper we discuss factors that have an impact on IPV in older couples. Changing life circumstances may alter an existing balance. We elaborate on the role of attachment, power and control. Finally, guidelines for the healthcare professional are summarized.

Keywords: Old age, Intimate partner violence, Attachment, Control

Intiem partnergeweld (IPG) is gedrag dat plaatsvindt tussen partners in een intieme relatie en dat fysieke, seksuele of emotionele schade veroorzaakt.¹ Het gaat over fysieke agressie, seksuele dwang of verwaarlozing en psychologische mishandeling of verwaarlozing. Een conceptueel onderscheid wordt gemaakt tussen situationeel geweld en intiem terrorisme. In het eerste geval ontstaat geweld in de interactie tussen partners, bijvoorbeeld vanuit een escalerend conflict. Het is bi-directioneel. Intiem 'terrorisme' verwijst daarentegen naar geweld dat één van beide partners systematisch pleegt met het oog op het domineren en controleren van de ander. In de realiteit is er niet steeds een helder onderscheid. Soms ontstaat geweld in de interactie, waarbij een gedomineerde partner bewust een opmerking geeft, wetende dat de andere partner hierop zal reageren met geweld. Beiden hebben dan een aandeel in de escalatie. Met 'aandeel' wordt geen schuldvraag bedoeld: wie is de

1 University Psychiatric Center KU Leuven, department of geriatric psychiatry, Leuven

2 Corresponding author: Lies.vanassche@upckuleuven.be

verantwoordelijke? Wel wordt in de hulpverlening gekeken naar mechanismes in het ontstaan van geweld om zo escalatie te voorkomen.

IPG komt overigens vrij veel voor. Minstens één op zes koppels wereldwijd zullen het meemaken. Twee decennia geleden werd er nog van uitgegaan dat dit onbehandelbaar was.² Hulpverleners keken op een gepolariseerde manier (dader versus slachtoffer) naar IPG, met als voornaamste interventie een scheiding van beide partners ter beveiliging van de situatie. Tegenwoordig is de visie genuanceerder. Helpend daarbij zijn enkele interessante onderzoeksbevindingen die erop wijzen dat de meeste 'daders' ooit zelf slachtoffer waren en geen agressie *willen* gebruiken, dat veel geweld in relaties bi-directioneel is, en dat een partner die geweld ondergaat lang niet altijd uit de situatie gehaald wenst te worden. Ongeveer 70% van de partners in vluchthuizen zullen uit eigen beweging terugkeren naar een thuissituatie met geweld.² Soms is er angst. Soms is er loyaliteit en hopen beide partners samen te blijven in een relatie zonder geweld. In ieder geval is grondige diagnostiek belangrijk bij het plannen van interventies. Eerst en vooral dient men zicht te hebben op risicofactoren.

Factoren die bijdragen aan geweld situeren zich in drie domeinen: omstandigheden (stress, ziekte, sociale isolatie), persoonlijke factoren (voorgeschiedenis van geweld/trauma, persoonlijkheidsproblematiek, depressie of verslaving) en interpersoonlijke factoren (onveilige gehechtheid). Regelmatig zijn er meerdere, samenhangende factoren die bijdragen.² Op latere leeftijd ziet men bovendien specifieke risicofactoren eigen aan de levensfase. Uit huis gaan van kinderen of pensionering brengt voor sommigen verlies aan status en structuur met zich mee. Of er is een frequenter optredende confrontatie met lastige eigenschappen van de partner, aangezien beide partners meer samen thuis zijn of omdat bepaalde karaktertrekken scherper worden. Daarnaast is er een hogere kans op (chronische) ziekte vanaf de leeftijd van 65 jaar en zal men als partner soms instaan voor mantelzorg. Dit kan een romantische relatie overschaduwen; men voelt zich zorgdrager eerder dan geliefde. Maar ook omgekeerd: men voelt zich een zieke, een last, uitsluitend ontvanger van hulp. Troost en steun zal men (bijvoorbeeld bij dementie) weleens elders moeten zoeken. Dergelijke in de levensfase kaderende veranderingen zijn factoren die kunnen zorgen voor spanning en desorganisatie: een verstoring van een langer bestaand evenwicht.³ Vele koppels slagen erin zich aan te passen. Bij sommigen zal de uitdaging groot zijn en kan geweld ontstaan of toenemen wanneer beschermende factoren wegvallen.⁴

Casusbeschrijving

De 63-jarige Maggie meldt zich aan voor therapie. Ze twijfelt aan haar mentale gezondheid. Maggie komt uit een groot gezin. Vader was vaak weg. Moeder was ziek en liet het huishouden aan Maggie over. Diens inspanningen bleven echter onopgemerkt en na het overlijden van moeder, leerde vader een nieuwe vriendin kennen. Die vond dat Maggie te veel te zeggen had in het gezin. Ze deed er alles aan om de positie van Maggie te ondermijnen. Maggie voelde zich heel eenzaam, maar durfde niet te rebelleren. Op haar 16^e leerde ze haar huidige man kennen. Naar eigen zeggen was ze te jong toen ze huwde. Herman was 10 jaar ouder, werkte en wilde snel een gezin. Hoewel ze de eerste jaren van hun huwelijk een goed duo vormden en snel een zoon kregen, liep het toch mis.

Herman vond het niet leuk wanneer Maggie contact had met vrienden. Dat contact werd afgebouwd om conflicten te vermijden. Ze hadden elkaar, dus zeker de eerste jaren miste Maggie haar vrienden niet. Er volgden opmerkingen over telefonisch contact met haar jongere zus. Herman wenste dat dit zou stoppen. Volgens hem had haar zus geen respect en zorgde zij voor spanningen in hun huwelijk. Maggie was volgbaar en verminderde het contact met haar zus. Ondertussen begon Herman te drinken, meestal aan het einde van zijn werkdag om stoom af te blazen. Hij kwam later dan aangekondigd thuis, terwijl zij zat te wachten om te eten. Hij excuseerde zich niet, verweet haar dat ze niet beseftte hoe hard het was als enige kostwinner. Dat ze nooit mocht vergeten dat ze dankzij hem het eten op tafel kon zetten. Het voelde onrechtvaardig, maar het klopte wel. Zij deed het huishouden en zorgde voor de zoon, maar moest nooit uit gaan werken. Zonder haar man stond ze nergens. Toen ze toch eens een opmerking gaf, haalde hij een eerste keer uit.

De daaropvolgende jaren waren voor Maggie zwaar. Er waren dagen dat ze het gezin wilde verlaten, dat ze zich ziek voelde, somber. Ze kon haar zoon echter niet alleen laten en wilde hem het contact met zijn vader niet ontnemen. Maggie had het gevoel vast te zitten en dacht dat het haar eigen 'fout' was. Herman stimuleerde deze overtuiging door haar geregeld te wijzen op haar tekortkomingen. Dat ze zichzelf verdoofde met alcohol belemmerde haar om de analyse van haar man te nuanceren.

De jaren gingen voorbij en de zoon ging het huis uit. Herman bereikte de pensioenleeftijd. Maggie wilde vertrekken. Ze had weliswaar geen inkomen, maar er waren mensen die haar steunden: haar zus en de burens. Toen kreeg Herman een hersenbloeding en hij werd hulpbehoevend. Prikkelbaarheid en verbale agressie namen toe. Herman eiste dat Maggie voortdurend in zijn buurt was. Bezoekjes aan de buurvrouw stopten. Enkel om boodschappen te doen of naar de dokter te gaan, kon Maggie het huis verlaten. Het enige voordeel van de situatie was dat fysieke agressie

en alcoholmisbruik verminderde doordat Herman minder mobiel werd. Maggie besliste – ondanks vele kwetsuren – om voor Herman te blijven zorgen.

Beschouwing

Hoewel IPG soms voor het eerst tot uiting komt op late leeftijd, of dan sterk toeneemt, zal er bij vele koppels een langere voorgeschiedenis zijn. Het eerder meemaken van geweld – in de jeugd of volwassenheid – blijkt niet alleen een risicofactor voor IPG bij ouderen, het heeft tegelijkertijd ook een bestendigende invloed.² Partners blijven langer in situaties van geweld vastzitten. Mogelijk houdt dit verband met de kijk op geweld, doordat men als kind dergelijk gedrag herhaaldelijk ziet of ondergaat, treedt er ‘normalisatie’ op. Ook voelt men zich vaak medeverantwoordelijk en machteloos om een verandering teweeg te brengen, hebben eerdere pogingen om hulp te zoeken niets opgeleverd, of is men financieel afhankelijk en geïsoleerd.⁴ Maggie is via de huisarts verwezen voor therapie. De huisarts kent het koppel al lang. Hij heeft in het verleden verschillende keren met Maggie gesproken nadat ze weer eens ‘gevallen’ was. Er was schaamte die ervoor zorgde dat Maggie zelfs bij haar huisarts, reeds jaren vertrouwenspersoon, de problematiek niet ter sprake bracht. Ze wilde Herman ook niet in diskrediet brengen. Loyaliteit naar de partner is een gekende bijkomende drempel bij het zoeken naar hulp.² Aanvankelijk was het geweld subtiel met kleine-rende opmerkingen, een duw... Na verloop van tijd kwam er ernstige fysieke agressie. Een evolutie in de aard van het geweld is kenmerkend voor IPG, waarbij geweld doorheen de jaren uitbreidt in frequentie en ernst. Op hoge leeftijd ziet men terug een daling. Bovendien zal de aard van het geweld bij de oudste ouderen evolueren van fysiek en seksueel naar meer emotioneel en financieel geweld. Partners worden door de economische ongelijkheid – in oudere generaties nog de regel eerder dan de uitzondering – onder controle gehouden.

En controle is een rode draad in de relatie van Maggie en Herman. Van bij het begin is er een machtsonevenwicht: Maggie is jonger, ze had geen job of opleiding en wilde weg uit haar ouderlijk gezin. Doorheen de jaren kreeg ze weinig kans om zelfstandigheid te ontwikkelen, persoonlijk te groeien en sociale contacten te onderhouden. “Hij wilde mij klein houden.”, zegt Maggie tegen de therapeut. “Ik denk dat hij zelf gewoon heel onzeker was, bang dat ik zou vertrekken.” Herman blijkt evenzeer kwetsuren te hebben. Onderzoek toont een verband tussen trauma in de kindertijd, zeker in relatie tot belangrijke gehechtheidsfiguren zoals de ouders, een onveilige gehechtheid en andere psychopathologie.⁵ Herman vertoont kenmerken van (kwetsbaar) narcisme waarbij een grote nood aan bevestiging en bewondering ontstaat als gevolg van fundamentele onzekerheid. Herman heeft bovendien een grote hechtingsangst die zich uit in de overtuiging dat hij alleen door druk uit te oefenen zich

kan verzekeren van de beschikbaarheid van belangrijke anderen zoals zijn partner. Als kind heeft hij gezien hoe vader vaak afwezig was, veel stress had omwille van harde werkomstandigheden. Hij toonde weinig interesse in Herman en zijn ouders maakten veelvuldig ruzie. Omdat Maggie gelijkaardige kwetsuren heeft, identificeert ze zich met Herman. Dit zorgt ervoor dat ze begrip heeft, maar dat ze zijn gedrag ook vergoelijkt. Maggie mist zelfvertrouwen en zelfrespect, waardoor ze herhaaldelijk toelaat dat Herman haar grenzen overschrijdt. Ze denkt dat ze het verdient en dit maakt haar vatbaar om vast te blijven zitten in een situatie van IPG.⁶

Wanneer de therapeut beide partners uitnodigt, laat Herman weten dat hij geen geld wil spenderen aan onzin, maar hij laat uiteindelijk wel toe dat Maggie gesprekken heeft. In de individuele therapie leert ze aan de hand van life review stilstaan bij haar eigen blinde vlekken en waar deze vandaan komen. Maggie is haar hele leven al op zoek naar erkenning, gezien worden, liefde. Ze heeft dit niet ervaren in de relatie met haar ouders en voelde dit aanvankelijk wel bij Herman. Toen ze elkaar net kenden, was hij heel charmant, hemelde hij haar op. Eens ze getrouwd waren, veranderde de dynamiek. Herman wilde controle hebben, macht uitoefenen en het was voor hem onverdraaglijk dat ze anderen zag. De destabiliserende invloed van een hersenbloeding brengt de machtsverhoudingen binnen het koppel na vele jaren opnieuw in beweging. Maggie krijgt weer iets meer invloed. Herman doet een verkrampde poging om zijn controle te behouden door Maggie voortdurend in zijn buurt te willen hebben. In de loop van de therapie leert Maggie echter om op assertieve wijze toch een positie in te nemen en niet zomaar mee te gaan in de eisen van Herman. Ze gaat meer naar buiten en ontmoet ook andere mensen, echter zonder dat ze Herman in de steek laat. Ze wil goed voor hem zorgen, maar voelt een nood aan extra ondersteuning. Daarom schakelt ze in overleg met de huisarts thuishulp in, aanvankelijk tot groot ongenoegen van Herman. De hulp heeft echter een positieve invloed. Zij is rustig, luistert en neemt de tijd om Herman te ondersteunen. Soms wandelen ze samen. Op deze momenten voelt Maggie zich gerust dat ze het huis kan verlaten en kan afspreken met haar zus of vriendinnen. Er installeert zich een nieuw evenwicht. Maggie kan de agressieve gedragingen van Herman beter begrijpen en incasseren, zonder te vergoelijken. Ze leert grenzen te trekken en Herman leert toelaten dat Maggie eigen contacten onderhoudt en een eigen identiteit ontwikkelt.

Het laatste gesprek van de therapie vindt plaats met de zoon erbij. Er is af en toe nog agressie, maar die is beperkt door de verhuis naar een zorginstelling naar aanleiding van toegenomen hulpbehoefte van Herman.⁴ Maggie rouwt: ze is tevreden over haar blijvende inzet voor Herman, maar voelt nu scherper dan ooit een gemis. Ze rouwt om het leven dat ze niet heeft gehad: een liefdevolle, gelijkwaardige relatie, een warm gezin. Ook de zoon vertelt over zijn verdriet, hoe de confrontatie met het

geweld tussen zijn ouders hem getekend heeft. Hij kiest er dan ook voor om zelf in therapie te gaan en voorlopig het contact met beide ouders te beperken. Hij is bang dat het geweld zich zal herhalen, ook in zijn relatie. En inderdaad, in ongeveer een derde van de gevallen treedt er een intergenerationele overdracht op van geweld.²

Conclusie en leerpunten

Voor de professionele hulpverlener kan een confrontatie met IPG ingrijpend zijn. Het risico bestaat dat men vanuit een polariserende kijk op geweld ingrijpend reageert. Partners scheiden vormt echter in de meeste gevallen geen (langdurige) oplossing. Het heeft wel een grote meerwaarde om IPG op te merken.

We adviseren de hulpverlener om in enkele stappen te werken. Vooreerst kan men bij een vermoeden van IPG proactief bevragen of er sprake is van geweld. Partners kaarten dit thema zelden spontaan aan. Vervolgens kan men omstandigheden, persoonlijke en interpersoonlijke factoren in kaart brengen die bijdragen aan het geweld en in overleg met de partner(s) fysieke en emotionele veiligheid proberen te vergroten door deze risicofactoren (zoals stress of overmatig alcoholgebruik) te verminderen en beschermende factoren (zoals sociale contacten) te stimuleren. In veel gevallen betekent dit ook een uitbreiding van het zorgnetwerk (bijvoorbeeld de huisarts die verwijst naar een relatietherapeut en die thuishulp laat opstarten). Sociale controle neemt hierdoor toe. Bovendien zijn partners iets minder uitsluitend op elkaar aangewezen, waardoor er een lagere kans is op het ontwikkelen van spanningen en irritaties die aanleiding geven tot agressie. Er is daarmee een verhoging van de feitelijke veiligheid en ook het subjectieve gevoel van veiligheid kan toenemen. Slechts bij acute dreiging kan men overwegen partners (tijdelijk) te scheiden.

Preventie van nieuw geweld is een ander belangrijk aspect van de behandeling. Dit kan op twee manieren. Enerzijds is het zinvol om in een behandeling aandacht te besteden aan het formuleren van strategieën om terugval of nieuw geweld te voorkomen. Relatietherapie heeft daarbij een grote impact, vooral wanneer beide partners gemotiveerd zijn om verandering te bewerkstelligen. Anderzijds dient men er alert voor te zijn dat (relatie)therapie – mits ondoordacht toegepast – agressie kan uitlokken. De partner die agressief gedrag stelt, probeert dan op dwingende wijze de controle terug op te eisen bij te veel inmenging van buitenaf. Preventie van nieuw geweld betekent in dit geval dat men de partner die het geweld ondergaat in een individuele therapie steun biedt, samen zoekt naar manieren om te beveiligen in situaties met acute dreiging (koffer met noodspullen bij de burens, telefoon bij de hand), en dat men in individuele gesprekken werkt aan het vergroten van inzicht in persoonlijke kwetsbaarheidsfactoren om zo assertiviteit te stimuleren.

Literatuur

1. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. Handleiding bij de meldcode partnergeweld, 2021. [Internet]. Beschikbaar via: <https://igvm-iefh.belgium.be/nl/documentatie/handleiding-bij-de-meldcode-partnergeweld> [Geraadpleegd op 2 oktober 2023].
2. Van Assche L, Van de Ven L. Gevecht in de echt: Over het wel en wee van partnerrelaties in de tweede levenshelft. Antwerpen/'s-Hertogenbosch: Gompel&Svacina; 2024.
3. Van Assche L, Van de Ven L. Handboek klinische ouderenpsychologie. Antwerpen/'s-Hertogenbosch: Gompel&Svacina; 2022.
4. Schreiber E, Salivar EG. Using a vulnerability-stress-adaptation framework to model intimate partner violence risk factors in late life: A systematic review. *Aggress Violent Behav.* 2021;57:101493.
5. Velotti P, Rogier G, Beomonte Zobel S, Chirumbolo A, Zavattini GC. The relation of anxiety and avoidance dimensions of attachment to intimate partner violence: A meta-analysis about perpetrators. *Trauma Violence Abuse.* 2022;23(1):196-212.
6. Speranza AM, Farina B, Bossa C, Fortunato A, Maggiora Vergano C, Palmiero L, Quintigliano M, Liotti M. The role of complex trauma and attachment patterns in intimate partner violence. *Front Psychol.* 2022;25(12):769584.

VOOR U GESIGNALEERD

Een elektrische boost voor het brein: de impact van niet-invasieve hersenstimulatie op het motorisch leren bij gezonde volwassenen en mensen met de ziekte van Parkinson

Mahyar Firouzi

Bijna al onze dagelijkse motorische activiteiten, zoals uit bed komen, autorijden en wandelen, berusten op het uitvoeren van handelingen in een specifieke volgorde. Bijvoorbeeld, bij het uit bed komen, verwijderen we eerst de deken, rollen op onze zij, zwaaien onze benen over de rand, plaatsen onze voeten op de grond, en staan uiteindelijk op. Ons vermogen om dergelijke sequentiële motorische handelingen te leren, vindt grotendeels onbewust plaats en wordt het impliciet motorisch sequentieel leren (IMSL) genoemd. Deze vaardigheid wordt gereguleerd door twee onderling verbonden hersencircuits: het basale ganglia netwerk en het cerebellaire netwerk, maar hun exacte bijdragen tijdens de verschillende leerfasen van IMSL zijn nog onduidelijk.

Het proefschrift *Neural underpinnings of implicit motor sequence learning: effects of non-invasive brain stimulation in healthy adults and Parkinson's disease* had twee doelen. Een eerste doel was om de neurale basis van deze vaardigheid te onderzoeken a.d.h.v. transcraniële gelijkstroomstimulatie (transcranial direct-current stimulation, tDCS), een niet-invasieve hersenstimulatietechniek die de hersenactiviteit beïnvloedt door een zwakke elektrische stroom toe te dienen via elektroden bevestigd op de hoofdhuid. We onderzochten de effecten van tDCS op de verwerfings- en consolidatiefasen van IMSL bij gezonde volwassenen en individuen met de ziekte van Parkinson. Bij de ziekte van Parkinson is het IMSL aangetast door disfunctie van de basale ganglia (een groep diepgelegen hersenstructuren), wat op zijn beurt leidt tot veranderingen in het cerebellum (de 'kleine hersenen'), waardoor deze ziekte een ideaal neurale model biedt om de bijdragen van deze netwerken aan IMSL te bestuderen. Bovendien hebben tekortkomingen in IMSL een negatieve invloed op het dagelijks leven en de revalidatie van mensen met de ziekte van

Parkinson. Daarom was een tweede doel van dit proefschrift om te bepalen of tDCS hun IMSL kan verbeteren.

Dit proefschrift toont positieve effecten aan van tDCS, via stimulatie van de primaire motorische cortex en het cerebellum, op de sequentiële kennisverwerving van gezonde jongvolwassenen. Het toont ook voor het eerst gelijkaardige positieve effecten aan bij mensen met de ziekte van Parkinson. Op basis van de waargenomen resultaatpatronen stellen we de *verwachtingshypothese* voor: tDCS verbetert de impliciete verwerving van motorische sequenties door de gevoeligheid voor onderbrekingen van de sequentie tijdens het leerproces verhogen. Dit betekent dat mensen gevoeliger worden voor mogelijke verstoringen in de sequentie en hun reacties bijsturen, wat uiteindelijk resulteert in flexibelere reacties tijdens de consolidatiefase. Zowel de waargenomen positieve effecten tijdens de verwervingsfase als de potentieel verbeterde flexibiliteit tijdens de consolidatiefase bieden perspectief voor het dagelijks functioneren en de revalidatie van mensen met de ziekte van Parkinson.

Bovendien lijken deze positieve effecten bij gezonde jongvolwassenen en mensen met de ziekte van Parkinson niet specifiek toe te schrijven aan de stimulatie van de primaire motorische cortex alleen, maar eerder aan co-stimulatie van dit gebied en de omliggende motorische associatiegebieden, waarvan de rol tijdens IMSL eerder werd onderschat. Daarnaast vonden we dat ook cerebellaire tDCS het IMSL verbeterde bij gezonde jongvolwassenen, wat de sequentie-specifieke rol van het cerebellum ondersteunt.

Tot slot toonden onze klinische studies aan dat mensen met de ziekte van Parkinson *met* milde cognitieve beperkingen meer baat hebben bij tDCS dan mensen zonder cognitieve beperkingen. Het is het dus belangrijk om rekening te houden met de cognitieve status van patiënten bij het overwegen van hersenstimulatie.

Samenvattend bieden deze bevindingen waardevolle theoretische inzichten in de neurale basis van IMSL en hebben ze belangrijke implicaties voor zowel onderzoek als de klinische praktijk. Theoretisch gezien verduidelijkt het proefschrift de specifieke rol van motorische corticale gebieden en het cerebellum gedurende de verschillende fasen van het leerproces. Wat betreft de klinische toepassingen tonen de veelbelovende resultaten aan dat niet-invasieve hersenstimulatie het IMSL bij mensen met de ziekte van Parkinson kan verbeteren. Toch is aanvullend onderzoek nodig om optimale protocollen te bepalen, waaronder herhaalde stimulatiesessies en mogelijke combinaties met traditionele revalidatiestrategieën, om duurzame effecten te realiseren. Voorlopig wordt aanbevolen deze techniek vooral in onderzoeks- en

gecontroleerde klinische settings toe te passen, alvorens brede implementatie in de klinische praktijk te overwegen.

Meer informatie over het proefschrift is te vinden op: Neural underpinnings of implicit motor sequence learning: effects of non-invasive brain stimulation in healthy adults and Parkinson's disease - Vrije Universiteit Brussel.

VOOR U GESIGNALEERD

Het verbeteren van antibioticagebruik bij urineweginfecties

Esther Hartman

Kwetsbare ouderen krijgen vaak antibiotica voorgeschreven vanwege een mogelijke urineweginfectie terwijl dit regelmatig niet nodig is. Vaak denken zorgverleners onterecht aan een urineweginfectie bij aspecifieke klachten zoals een gedragsverandering. Daarnaast hebben kwetsbare ouderen vaak asymptomatische bacteriurie. Een urinetest is dan positief zonder dat er sprake is van een urineweginfectie. Hoewel richtlijnen adviseren alleen antibiotica voor te schrijven bij klachten die specifiek zijn voor een urineweginfectie, is dit vaak lastig in de praktijk.

In het proefschrift, *Improving antibiotic prescribing decisions on suspected urinary tract infections in frail older adults: a tailored approach in four European countries*, onderzochten Esther Hartman en haar collega's hoe beslissingen over antibiotica bij urineweginfecties bij kwetsbare ouderen te verbeteren. Ze voerden een internationaal onderzoek uit vanuit de afdeling Ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC en de afdeling Huisartsgeneeskunde & Verpleegswetenchap van het Julius Centrum, UMC Utrecht. Huisartsenpraktijken, verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorgorganisaties in Nederland, Noorwegen, Zweden en Polen deden mee aan het onderzoek.

Als eerste stap voerden de onderzoekers interviews uit met kwetsbare ouderen, mantelzorgers, verzorgenden, verpleegkundigen en artsen. Deze interviews hielpen om de besluitvorming bij mogelijke urineweginfecties beter te begrijpen. Dit onderzoek laat zien dat veel factoren invloed hebben op een besluit zoals bijvoorbeeld de kennis van zorgverleners over urineweginfecties, of de organisatie van zorg. Vervolgens ontwikkelden de onderzoekers een veelzijdige interventie die aansluit bij de huidige richtlijnen om de omgang met urineweginfecties te verbeteren. De interventie bestaat uit een beslishulp, een toolbox met hulpmiddelen, scholingen en evaluatiesessies. Uit de cluster-gerandomiseerde trial die volgde, blijkt dat de veelzijdige interventie het aantal antibioticarecepten voor mogelijke urineweginfecties met de helft vermindert, zonder aanwijzingen voor negatieve effecten.

Momenteel loopt een vervolgproject om de interventie op te schalen voor gebruik in de Nederlandse praktijk.

Het proefschrift is beschikbaar via <https://hdl.handle.net/1871.1/1cd7f6d5-c4cf-4976-bf58-27208a797bad>.

VOOR U GESIGNALEERD

De regio als plek van zorg: een etnografisch onderzoek naar regionale ouderenzorg

Nienke van Pijkeren

Regionalisering wordt steeds vaker gezien als oplossing voor personeelstekorten en een manier om samenwerking en integraliteit in de langdurige zorg te versterken. Maar wie bepaalt eigenlijk wat een regio is? En wat betekent regionaal werken voor de dagelijkse praktijk van zorgverlening?

Op 6 maart promoveerde Nienke van Pijkeren op het proefschrift *Zorgende geografieën: de regio als plek van zorg*. Zij onderzocht hoe de regio een nieuw organiserend principe wordt binnen de medisch-generalistische zorg voor ouderen, met bijzondere aandacht voor landelijke gebieden. De dataverzameling vond plaats door middel van etnografisch onderzoek bij zorginstellingen (met name verpleeghuizen en thuiszorg) en via interviews en focusgroepen met zorgverleners en beleidsmakers. De centrale focus lag op hoe een zorgregio wordt gedefinieerd, wat regionalisering betekent voor de mensen die zorg verlenen en voor de zorgrelaties die zij onderhouden.

Ten eerste stelt het onderzoek dat de regio geen vastomlijnd gebied is. De zorgpraktijk volgt vaak andere lijnen dan de officiële indeling van bijvoorbeeld het zorgkantoor. Deze veelheid aan regio-indelingen biedt ruimte voor nieuwe samenwerkingen zoals een regionaal netwerk van specialist-ouderengeneeskunde, maar zorgt ook voor frictie. Bestuurlijke structuren en verantwoordingssystemen zoals kwaliteitskaders, zijn vaak sterk gericht op organisaties. Dit zorgt ervoor dat het belang van organisaties soms boven het regionale belang komt te staan.

Regionalisering verandert ook hoe nabijheid wordt vormgegeven. Regionale zorg op afstand, via verschillende locaties of technologieën, neemt toe. Denk aan de verschuiving van fysieke artsenzorg naar digitale consulten, of gedeelde verantwoordelijkheid binnen multidisciplinaire teams. Toch blijft, juist in de zorg voor ouderen, lichamelijk werk en nabijheid essentieel, bijvoorbeeld voor het tijdig signaleren van achteruitgang bij cliënten. Deze zorg, vaak uitgevoerd door verzorgenden en verpleegkundigen, is cruciaal maar kwetsbaar, zeker tijdens onderbezette avond-,

nacht- en weekenddiensten. Een belangrijke implicatie is dat het denken over 'goede zorg' en 'passende zorg' verandert. Daarbij spelen morele afwegingen over wie welke zorg kan of moet verlenen, een steeds grotere rol. Triage als zorginfrastructuur kan uitkomsten bieden om dit soort afwegingen bespreekbaar en inzichtelijk te maken, mits alle zorgverleners voldoende betrokken worden bij de ontwikkeling en inzet van dit soort systemen.

Tot slot pleit het proefschrift voor een genuanceerde benadering van beleid. Het is belangrijk om niet alleen te kijken naar schaarste of achterstanden in landelijke gebieden, maar te begrijpen hoe zorgverleners omgaan met beperkingen en welke creatieve oplossingen zij vinden om de zorg anders te organiseren. In sommige gevallen wordt schaarste niet als probleem gezien, maar als een kans om ouderenzorg op een andere manier te organiseren. Deze inzichten zijn niet alleen relevant voor landelijke gebieden, maar ook voor stedelijke gebieden en regionale centra die vergelijkbare uitdagingen tegenkomen.

Samenwerking

Het project werd gefinancierd door Zorgkantoren en uitgevoerd door Erasmus Universiteit Rotterdam, ESHPM, aan de afdeling Healthcare Governance, in samenwerking met kennisorganisatie Vilans.

De thesis is digitaal beschikbaar: <https://pure.eur.nl/en/publications/caring-geographies-the-region-as-a-place-of-care>. Meer informatie over het onderzoeksprogramma en regionaal werken in de ouderenzorg is te vinden op de website van Vilans: <https://www.vilans.nl/kennis/handreiking-samenwerking-medisch-generalistische-zorg-mgz>.

VOOR U GESIGNALEERD

Ouder worden in achterstandsbuurtten: Ervaringen van meervoudige achterstand en sociale uitsluiting onder oudere migranten en autochtone ouderen in Amsterdam

Sabine van der Gref

Door de toenemende vergrijzing, verstedelijking en migratie neemt het aantal ouderen met een niet-Westerse migratieachtergrond toe. Uit onderzoek blijkt dat deze ouderen, in vergelijking met autochtone ouderen, relatief vaak te maken hebben met gezondheids- en inkomensproblemen, en bovendien vaker woonachtig zijn in achterstandsbuurtten in steden. Daarom wordt verondersteld dat migranten-ouderen een groter risico lopen op verschillende vormen van achterstand en sociale uitsluiting.

In het proefschrift *Ageing in place in deprived urban neighbourhoods. Experiences of multiple disadvantage and social exclusion among older migrants and native Dutch older adults living in Amsterdam* onderzocht Sabine van der Gref de ervaringen van meervoudige achterstand en sociale uitsluiting onder niet-Westerse ouderen van Surinaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst in achterstandsbuurtten in Amsterdam, en vergeleek deze met die van autochtone leeftijdsgenoten met een vergelijkbare sociaaleconomische positie.

Het eerste deel van het proefschrift onderzoekt de ruimtelijke spreiding en woonomstandigheden van ouderen in Amsterdam. Tussen 2000 en 2009 is het aantal gebieden met concentraties van migrantenouderen toegenomen. Bovendien wonen zij steeds vaker in buurtten met veel bewoners van dezelfde etnische achtergrond en leeftijd. Toch is er nauwelijks sprake van toegenomen segregatie, aangezien het aandeel van de eigen groep binnen deze concentratiegebieden relatief stabiel is gebleven. Hoewel migrantenouderen vaak in achterstandsbuurtten wonen, leidt dit niet per definitie tot ontevredenheid over sociale relaties of gevoelens van onveiligheid. Dit suggereert dat een zekere mate van etnische homogeniteit voordelen kan bieden. Er zijn echter wel verschillen tussen de groepen: in buurtten met veel Surinaamse ouderen is de veiligheid verbeterd en ook zijn deze ouderen positiever

geworden over hun buurt. Autochtone en Surinaamse ouderen wonen bovendien vaker dan hun Turkse en Marokkaanse leeftijdsgenoten in voor ouderen geschikte woningen.

Het tweede deel van het proefschrift richt zich op de ervaringen van meervoudige achterstand en sociale participatie onder ouderen in achterstandsbuurtten in Amsterdam. Ouderen met een laag inkomen ervaren vaak achterstanden op meerdere levensdomeinen. Dit geldt ongeacht hun afkomst, al bestaan er wel verschillen tussen de groepen. Migrantenouderen ondervinden gezondheidsklachten en beperkingen vaak al op jongere leeftijd dan autochtone ouderen. Daarnaast zijn zij op financieel gebied vaak in het nadeel, doordat zij meestal geconfronteerd worden met een onvolledig ouderdomspensioen en relatief hoge lasten. Autochtone ouderen ervaren daarentegen vaker de negatieve gevolgen van het wonen in een achterstandsbuurt, zoals veranderingen in de bevolkingssamenstelling en in het culturele karakter van lokale voorzieningen, waardoor de buurt niet langer aansluit bij hun leefwereld.

Wat betreft sociale participatie nemen ouderen met een laag inkomen vooral deel aan laagdrempelige sociale activiteiten, al verschilt het type activiteit per groep. De buurt kan deelname aan sociale activiteiten bevorderen of juist belemmeren: problemen zoals slecht onderhouden straten, betaald parkeren en onveiligheid kunnen het voor ouderen moeilijk maken om deel te nemen, terwijl ontmoetingsplekken zoals buurt- en gebedshuizen dit juist kunnen vergemakkelijken. Migrantenouderen in concentratiegebieden ervaren meer mogelijkheden voor sociale participatie doordat er vaker activiteiten en voorzieningen zijn die aansluiten bij hun wensen en behoeften. Autochtone ouderen ervaren daarentegen juist vaker een tekort aan of verlies van passende participatiemogelijkheden.

Het proefschrift is digitaal beschikbaar via: <https://pure.uva.nl/ws/files/217818851/Thesis.pdf>.

VOOR U GESIGNALEERD

Hoge bloeddruk en de behandeling ervan bij de alleroudsten – een balans van baten en risico's

Jonathan M. K. Bogaerts

Recent onderzoek toont aan dat ook ouderen tot op hoge leeftijd baat hebben bij de behandeling van hoge bloeddruk. Er worden echter vraagtekens geplaatst bij de generaliseerbaarheid van deze onderzoeksresultaten naar elke individuele oudere. Meerdere longitudinale bevolkingsstudies hebben immers, aangetoond dat bij kwetsbare ouderen een lage bloeddruk bij behandeling met bloeddrukverlagende middelen geassocieerd is met een versnelde achteruitgang en een hoger risico op overlijden. Hoewel een adequate behandeling van hoge bloeddruk een belangrijk middel is om de algehele gezondheid van fitte ouderen te behouden, zou een minder strenge streefwaarde voor de behandeling van hoge bloeddruk een acceptabele strategie kunnen zijn bij niet-fitte ouderen. Dit om, vooral in de laatste fasen van het leven, de kwaliteit van leven te behouden.

In het proefschrift *High blood pressure and its treatment in the very old – Balancing benefits and risks* was het overkoepelende doel om de baten en risico's van hoge bloeddruk en de behandeling ervan bij de alleroudsten te onderzoeken. De verdiepende vraag bij dit doel was of het verhogen van de bloeddruk, door het afbouwen van bloeddrukverlagende middelen, gunstige effecten heeft op ouderen die fysiek en cognitief kwetsbaar zijn. De gebruikte onderzoeksmethodologie in dit proefschrift omvat een literatuurstudie van klinische richtlijnen (hoofdstuk 2), een meta-analyse van observationele cohortstudies (hoofdstuk 3), een gerandomiseerd klinisch onderzoek (hoofdstuk 4) en een kwalitatieve analyse (hoofdstuk 5).

De literatuurstudie van klinische richtlijnen liet zien dat de aanbevolen streefwaarde voor systolische bloeddruk steeds meer uiteenloopt naarmate de leeftijd van het individu hoger wordt en dat bijna geen enkele richtlijn een concrete streefwaarde voor kwetsbare ouderen adviseert. Verder toonde de meta-analyse van 2500 80-plusers aan dat bij niet-fitte ouderen een hogere systolische bloeddruk geassocieerd is met een significant lagere vijfjaarssterfte, maar niet met een snellere of tragere

fysieke of cognitieve achteruitgang. Daarentegen leidde het gerandomiseerd klinisch onderzoek op landelijk niveau naar het gecontroleerd afbouwen van bloeddrukverlagende middelen bij verpleeghuisbewoners met dementie (de DANTON studie), tot een verhoogd risico op nadelige uitkomsten met daarbij een onwaarschijnlijke kans op enige gezondheidswinst. De opzet en resultaten van deze studie zijn in dit issue gepubliceerd in het artikel 'Effecten van het afbouwen van antihypertensiva op neuropsychiatrische symptomen en kwaliteit van leven in verpleeghuisbewoners met dementie (DANTON): een multicenter, open-label, uitkomst-geblindeerde, gerandomiseerde studie' van Jonathan Bogaerts et al.

Tot slot liet de kwalitatieve analyse zien dat het besluiten over wetenschapsdeelname van ouderen met dementie een afweging is van studie- en patiëntgebonden factoren, die wordt gestuurd door overtuigingen van de vertegenwoordiger, en mede beïnvloed door de inbreng van andere naasten en zorgverleners.

Concluderend, de afgelopen jaren is de visie op de behandeling van hoge bloeddruk bij de alleroudsten sterk geëvolueerd. De resultaten in dit proefschrift bevestigen dat een lage systolische bloeddruk bij de alleroudsten waarschijnlijk een voorspeller is van algehele achteruitgang en een beperkte levensverwachting. Daarentegen leidde het verhogen van de bloeddruk door het afbouwen van bloeddrukverlagende middelen bij verpleeghuisbewoners met dementie tot een verhoogd risico op nadelige uitkomsten. De resultaten van dit proefschrift pleiten tegen het proactief afbouwen van bloeddrukverlagende middelen bij verpleeghuisbewoners met dementie. Verder onderzoek zal moeten verduidelijken welke ouderen mogelijk wel baat hebben bij het afbouwen van bloeddrukverlagende middelen.

Het volledige proefschrift is beschikbaar via: <https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/4212197>.

Radboud University



www.ru.nl/radbouduniversitypress