



TIJDSCHRIFT VOOR

Gerontologie en Geriatrie

2025 · jaargang 56 · nummer 3

Redactioneel 1

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Wat beweegt verpleeghuisbewoners? Een interviewstudie naar de drijfveren en obstakels voor beweging 3
[Steven van Andel](#), [Milou Logtenberg](#)

OPINIE

De kracht van registratiedata: een voorbeeld van de DHFA 21
[Hanne Eva van Bremen](#), [Franka Wurdemann](#), [Elvira Flikweert](#), [Hanna Willems](#)

Woonzorgcentra laten kansen liggen door onvoldoende te investeren in het coachen van hun bezoek 27
[Koen Geenen](#)

KLINISCHE LES

Voorbij de dorst: dehydratie in de palliatieve fase 32
[Hans van Delden](#), [Willemijn van Erp](#), [Alexander de Graeff](#), [Brigitt Borggreve](#)

PRAKTIJKVRAGEN

Beter door de dag met Turkse avatar: de ontwikkeling van instructiematerialen voor ouderen met een biculturele achtergrond en beginnende dementie 41
[Yvonne Kerkhof](#), [Zohrah Malik](#), [Mirte Disberg-van Geloven](#), [Marjolein den Ouden](#), [Karin Dijkstra](#)

VOOR U GESIGNALEERD

Convergeren van expertise in de zorg: orthogeriatrisch co-management voor ouderen met een majeure osteoporotische fractuur 52
[Sigrid Janssens](#), [Marian Dejaeger](#), [Mieke Deschodt](#), [An Sermon](#)

Complexiteit van symptomen bij kwetsbare ouderen 54
[Jeanine Rutten](#)

BE-EMPOWERed: een Belgische studie ter bevordering van de implementatie en effectiviteit van een multifactoriële valpreventie interventie bij thuiswonende oudere personen 55
[Sara Vandervelde](#)

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Colofon TGG jaargang 56 nummer 3 – september 2025

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (TGG) is een Nederlandstalig, open acces wetenschappelijk tijdschrift voor iedereen met interesse in de biologische, psychologische, sociale en medisch wetenschappelijke gebieden van de gerontologie en geriatrie. TGG biedt de mogelijkheid aan (toegepast) wetenschappers en geschoolde professionals om zonder kosten in een Medline geïndexeerd en in PubMed opgenomen tijdschrift te publiceren. TGG verschijnt vier keer per jaar en alle artikelen zijn digitaal beschikbaar en kosteloos te downloaden. Het tijdschrift publiceert dubbel blind peer reviewed artikelen en klinische lessen, praktijkbijdragen, opinies, voor u gesignaleerd (proefschriften, oraties). Daarnaast publiceert TGG de abstracts van relevante Nederlandse en Belgische congressen. Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie is een diamond open access tijdschrift. Het biedt de mogelijkheid aan (toegepast) wetenschappers en professionals om zonder kosten te publiceren. Artikelen zijn ook gratis voor lezers. Financiering van het tijdschrift komt van ZonMw en Radboud University Press.

Redactieleden

Prof. dr. D. L. (Debby) Gerritsen, ouderenpsychologie (voorzitter)
Dr. M. (Marian) Dejaeger, klinische geriatrie
Prof. dr. E. (Eva) Dierckx, psychogerontologie en neuropsychologie
Dr. M. S. (Marije) Holstege, geriatrie revalidatie en e-health
Dr. S. S. (Silvia) Klokgieters, medische sociologie en sociale epidemiologie
Prof. dr. L. B. (Louise) Meijering, gezondheidsgeografie en sociale demografie
Dr. E. M. (Eefje) Sizoo, specialisme ouderengeneeskunde
Dr. R. (Rikje) Ruiters, interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, klinische farmacologie

Redactiesecretaris

Jojanneke Smeenk

Vormgeving

Texcetera, Den Haag

Website

www.tvgg.nl

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

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

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

Redactioneel

Beste lezer,

Voor u ligt de septemberuitgave van 2025 van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (jaargang 56). In deze uitgave geven wij invulling aan alle rubrieken die het tijdschrift rijk is.

Om te beginnen is er een peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijk artikel over de drijfveren en obstakels voor beweging bij verpleeghuisbewoners. Gevolgd door een bijdrage in de rubriek Praktijkvragen. Inhoudelijk gaat deze bijdrage over het ontwikkelen van instructiematerialen voor het gebruik van ondersteunende technologie. In dit geval is dat de digitale assistent Anne4Care, die wordt gebruikt door ouderen met dementie – met een biculturele achtergrond – en door hun naasten en zorgprofessionals. De rubriek Klinische Les geeft aan de hand van een fictieve casus een overzicht van overwegingen in de besluitvorming rondom dehydratie in de palliatieve fase. Naast klinische factoren en de medisch-technische mogelijkheden worden bij deze overwegingen ook ethische, spirituele en psychosociale aspecten in acht genomen.

De rubriek Opinie bestaat uit twee bijdragen. In de eerste wordt de potentie en impact van registratiedata in de zorg voor ouderen beschreven, met een focus op de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA). De tweede bijdrage wordt gepleit om te investeren in het profiel van een bezoeker-coach in woonzorgcentra. Dit heeft als doel om naast de druk op de zorg, de kwaliteit van wonen te borgen via het bezoek van bewoners.

Tot slot signaleren wij voor u drie relevante proefschriften over zeer uiteenlopende onderwerpen. De eerste bijdrage gaat over een onderzoek naar effectiviteit, kosteneffectiviteit en implementatie van orthogeriatrisch co-management bij patiënten van 75 jaar en ouder die in een ziekenhuis werden opgenomen met een majeure osteoporotische fractuur. De tweede bijdrage richt zich op onderzoek naar het passend voorschrijven van antibiotica voor urineweginfecties bij verpleeghuisbewoners, in combinatie met een studie naar 30-dagenmortaliteit en gerelateerde risicofactoren tijdens de COVID-pandemie in verpleeghuizen. Het laatste

artikel beschrijft de ontwikkeling en evaluatie van BE-EMPOWERed: een Belgische studie ter bevordering van de implementatie en effectiviteit van een multifactoriële valpreventie-interventie bij thuiswonende oudere personen.

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

De redactie wenst u veel leesplezier!

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Wat beweegt verpleeghuisbewoners? Een interviewstudie naar de drijfveren en obstakels voor beweging

Steven van Andel,^{1*} Milou Logtenberg¹

Samenvatting

Bewegen is goed, toch bewegen ouderen wonend in een verpleeghuis vaak te weinig. In tegenstelling tot het algemene cohort ouderen, is er over verpleeghuisbewoners maar weinig bekend wat betreft hun motivatie om te bewegen. Deze studie richt zich op het vergroten van het inzicht in drijfveren en obstakels voor beweging onder verpleeghuisbewoners, aan de hand van deelvragen over de betekenis van bewegen, obstakels, drijfveren en verantwoordelijkheid. Acht bewoners van één verpleeghuis namen deel aan semigestructureerde interviews. Het begrip 'bewegen' blijkt onder te verdelen in lichamelijke activiteit, het beweegaanbod en de mogelijkheid om een eigen leven te leiden. Het thema 'een eigen leven leiden' is een beweegreden die specifiek lijkt te zijn voor verpleeghuisbewoners. Een belangrijke belemmering die is gevonden zijn niet-helpende (soms feitelijk onjuiste) overtuigingen, zoals de overtuiging dat meer bewegen toch geen zin meer zou hebben. Andere beweegredenen en belemmeringen komen overeen met bevindingen uit eerdere studies over zelfstandig wonende ouderen. De verantwoordelijkheid voor bewegen leggen bewoners vooral bij zichzelf. Sommige bewoners zien ook een rol weggelegd voor naasten, de organisatie en de (lokale) overheid. De gevonden helpende en belemmerende factoren kunnen dienen als input voor het ontwikkelen van beweegprogramma's.

Trefwoorden: beweging, motivatie, obstakels, beweegprogramma

¹ IJsselheem, Kampen

* Corresponderend auteur: s.vanandel@ijsselheem.nl

What moves nursing home residents? An interview study into motivators and barriers for physical activity

Steven van Andel,^{1*} Milou Logtenberg¹

Abstract

Physical activity is beneficial, yet older adults living in nursing homes often move too little. Compared to the general population of older adults, less is known about nursing home residents regarding their motivation to engage in physical activity. This study focuses on gaining insight into the drivers and barriers to movement among nursing home residents, based on sub-questions addressing the meaning of physical activity, obstacles, motivations, and responsibility. Eight residents from one nursing home participated in semi-structured interviews. The concept of 'physical activity' could be divided into physical exercise, available activity programs, and the ability to lead an independent life. The theme of 'leading an independent life' appears to be a motivation specific to nursing home residents. An important barrier identified was the presence of unhelpful (and sometimes factually incorrect) beliefs, such as the notion that increasing physical activity would no longer have any benefit. Other motivations and obstacles aligned with findings from previous studies on independently living older adults. Residents primarily place the responsibility for physical activity on themselves. Some also see a role for family, the organization, and (local) government. The identified helpful and obstructive factors can serve as input for developing exercise programs.

Keywords: Movement, Physical activity, Motivators, Barriers, Exercise programs

¹ IJsselheem, Kampen

* Corresponding author: s.vanandel@ijsselheem.nl

Introductie

Bewegen is goed voor de gezondheid en het lichamelijk functioneren. Onder mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) blijkt dat beweging leidt tot minder depressie en angst, en tot een verbetering van het lichamelijk functioneren en de gezondheid-gerelateerde levenskwaliteit¹. Ook voor verpleeghuisbewoners heeft beweging een positieve uitwerking op de gezondheid². Specifiek voor verpleeghuisbewoners met dementie is aangetoond dat meer bewegen gerelateerd is aan een verbetering van cognitie, stemming, mobiliteit en algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), en aan een vermindering van agitatie³. Ook wanneer fysieke beperkingen de mogelijkheden tot bewegen inperken is er nog steeds winst te behalen met behulp van beweegprogramma's. Zo bieden ook stoel-gebonden beweegprogramma's voordelen in het fysiek en cognitief functioneren en het welbevinden van verpleeghuisbewoners⁴.

Mede door de toename in wetenschappelijk bewijs over de voordelen van bewegen voor de oudere leeftijdsgroep, is ook het overheidsbeleid in Nederland gericht op het stimuleren van bewegen. Sinds 2017 is er een vaste beweegrichtlijn voor ouderen, die gelijk is aan de richtlijn voor jongere volwassenen: minimaal 150 minuten per week matig intensief bewegen, twee keer per week spier- en botversterkende oefeningen, en het voorkomen van veel stilzitten, met als toevoeging voor ouderen het doen van balansoefeningen⁵. Data van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) laten zien dat 45% van mensen in de leeftijd van 65 tot 75 jaar en 29% van de 75+'ers deze norm haalt. Vooral deze oudste groep vormt een afwijking van de trend, aangezien de gemiddelden voor alle andere gerapporteerde leeftijdsgroepen (vanaf 18 jaar) tussen de 44 en 48% liggen⁶. Deze cijfers geven een beeld over ouderen in het algemeen en zijn niet specifiek voor verpleeghuisbewoners. Over de bewoners van verpleeghuizen is weinig recente data bekend. Wel weten we dat deze groep vaak achterblijft in het bewegen. Data van het Sociaal en Cultureel Planbureau van 2008 en 2009 lieten zien dat destijds slechts vier procent van de bewoners in het somatische verpleeghuis de (toen geldende) norm haalde⁷. Bovendien liet een studie uit 2016 zien dat verpleeghuisbewoners met dementie veel minder actief waren dan zelfstandig wonende mensen met dementie en dan gezonde ouderen⁸. In het licht van deze beweegarmoede onder verpleeghuisbewoners is het relevant om beter te begrijpen wat deze groep beweegt, en vooral ook welke obstakels hen weerhouden om meer te bewegen.

Drijfveren en obstakels tot bewegen zijn al vaker onderzocht, maar ook hier mist specifieke kennis over verpleeghuisbewoners^{9,10}. Vaak worden deze factoren onderzocht in een socio-ecologisch model. In dit model worden invloeden op gedrag onderverdeeld in verschillende schillen om een individu heen, die op verschillende

afstand tot het individu staan¹¹. Het individu staat centraal en zijn of haar kennis, motivatie en persoonlijkheid bepalen het beweeggedrag. Onder ouderen worden hierin fysieke gezondheid en plezier vaak genoemd als motiverende factoren, terwijl fysieke beperkingen, tijdgebrek, vermoeidheid, valangst, gebrek aan interesse of motivatie en pijn beperkend zijn voor beweging¹⁰. Hierna volgt de interpersoonlijke schil, die interacties tussen mensen omvat (zoals vrienden, directe familie en het sociaal netwerk), waarbij vooral de sociale component van beweeginterventies motiverend werkt¹⁰. Verder zijn van invloed het organisatorische niveau (invloed vanuit bijvoorbeeld werk of zorginstelling), het gemeenschapsniveau (bijvoorbeeld buurt, kerk of uitgebreide familie) en, ten slotte, het beleidsniveau (bijvoorbeeld gemeente en overheid). Hieruit komt vooral de geschiktheid van de omgeving naar voren als een belangrijke factor bij het bepalen van het beweeggedrag, idealiter met zo min mogelijk fysieke barrières voor het lopen¹⁰. Ten slotte wordt het weer genoemd als beperkende omgevingsfactor¹⁰.

Samenvattend stellen we dat, hoewel onduidelijk is hoeveel verpleeghuisbewoners precies bewegen, wél duidelijk is dat de inactiviteit onder deze groep groot is en dat beweging ook voor hen meerdere gezondheidsvoordelen met zich meebrengt. Het doel van deze studie is daarom het vergroten van het inzicht in de drijfveren en obstakels voor beweging onder verpleeghuisbewoners. Om dit doel te bereiken werken we met drie onderzoeksvragen: i. wat betekent beweging voor verpleeghuisbewoners? ii. wat zijn drijfveren en obstakels voor deze groep, passend bij deze definitie van bewegen? En iii. waar (in het socio-economische model) ligt volgens verpleeghuisbewoners de verantwoordelijkheid voor beweging?

Methode

Deze studie maakte gebruik van een fenomenologische benadering van kwalitatief onderzoek, waarbij semigestructureerde interviews zijn afgenomen om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Er is een deductieve aanpak van thematische analyse toegepast, waarbij de deelvragen zijn gebruikt om de thema's te bepalen.

Ethische aspecten

Het protocol van deze studie werd vooraf gelezen en goedgekeurd door de institutionele ethische stuurgroep. Volgens de kaders van de CCMO betrof het hier geen medisch-wetenschappelijk onderzoek, waardoor toetsing door een METC niet noodzakelijk was¹². Deelnemers gaven schriftelijk toestemming voor deelname aan het onderzoek en voor het maken van audio-opnames. De dataopslag werd georganiseerd volgens institutionele en nationale richtlijnen, in samenwerking met een privacy officer.

Deelnemers

Voor deelname aan dit onderzoek werden verpleeghuisbewoners benaderd in de langdurige ouderenzorg van een Nederlandse zorginstelling. Deelnemers werden geworven via een uitnodigingsbrief, gevolgd door een persoonlijke benadering. De uitnodigingsbrief werd mee gestuurd met een vragenlijstonderzoek dat gelijktijdig in de instelling werd uitgevoerd. De exclusiecriteria waren verblijf op een psychogeriatrische (PG) afdeling of een andere reden waardoor zelfrapportage niet betrouwbaar of onmogelijk was. De Nederlandse versie van de Mini Mental State Examination (MMSE)¹³ werd gebruikt om te beoordelen of deelnemers zelfstandig informed consent konden geven. Daarbij werd de afkapwaarde voor matige cognitieve achteruitgang (score <18)¹⁴ gehanteerd als exclusie criterium. Hiervoor is geen gebruik gemaakt van het zorgdossier of van overleg met de behandelend arts, omdat dit een extra inbreuk zou vormen op de privacy van de cliënt. Omdat de MMSE als screenings-tool werd gebruikt, is deze ingezet nadat deelname informeel was besproken, maar voordat er formeel toestemming gegeven kon worden. Om te voorkomen dat de MMSE onterecht werd afgenomen, werd deelname tijdig besproken en werd een geprinte informatiebrief achtergelaten, zodat deelnemers dit ook met hun naasten konden bespreken. De PG afdeling werd bewust uitgesloten van deelname, om te voorkomen dat de MMSE onterecht werd afgenomen bij bewoners die hiervoor zelf geen geïnformeerde toestemming konden geven. Om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de doelgroep, werden verder geen exclusiecriteria gehanteerd. Deelnemers konden zich op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken, zonder opgaf van reden.

Dataverzameling

De interviews vonden plaats in de persoonlijke omgeving van de verpleeghuisbewoners, zodat zij in een vertrouwde setting konden blijven. Twee onderzoekers namen, onafhankelijk van elkaar, semigestructureerde interviews af op basis van een vooraf opgestelde interviewgids (zie bijlage). De interviewers waren beiden werkzaam bij de instelling waar de deelnemers verbleven (als psycholoog en als onderzoeker) en hadden geen bestaande werkrelatie of persoonlijke relatie met de deelnemers. De interviews duurden circa 45 minuten en werden opgenomen met een audiorecorder. De interviewgids bestond uit open en gesloten vragen die ingingen op de volgende onderwerpen: de betekenis van beweging, drijfveren en obstakels om te bewegen, mening over het beweegaanbod op de woonlocatie en de verantwoordelijkheid om te bewegen (appendix 1). De interviewgids werd samengesteld aan de hand van het vooronderzoek en de verwachte thema's. Het eerste interview diende als pilotinterview, waarbij beide onderzoekers aanwezig waren. Na afloop werd de interviewgids definitief vastgesteld. Omdat dit niet leidde tot grote aanpassingen, is ook dit interview meegenomen in de analyse. Per onderwerp werd eerst een open vraag gesteld

om de deelnemer de ruimte te geven zelfstandig te antwoorden. Vervolgens werd met gesloten vragen doorgevraagd om voldoende diepgang in het gesprek aan te brengen.

Het gesprek werd verbatim getranscribeerd in twee stappen. Geluidsopnames werden eerst omgezet naar tekst met de transcriptiefunctie in Microsoft Word. De resultaten werden vervolgens gecontroleerd aan de hand van de audio-opnames, om fouten op te sporen en te corrigeren.

Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. Alle transcripten werden in eerste instantie gecodeerd door de onderzoeker die het interview had afgenomen. Vervolgens las de andere onderzoeker het transcript om te controleren of de analyse correct en compleet was uitgevoerd. In onderling overleg werden de codes ondergebracht in subthema's, passend bij de thema's waren afgeleid van de deelvragen, met behoud van de ruimte om tot een betere indeling van thema's te komen. Het opstellen van codes, subthema's en thema's was een iteratief proces, waarbij continue verfijning plaatsvond om te komen tot een beter begrip van de deelnemers. Beide onderzoekers bereikten consensus over de codes, subthema's en thema's door herhaaldelijke discussie en door de transcripten meermaals te herlezen en analyseren.

Resultaten

Aan dit onderzoek namen acht verpleeghuisbewoners deel. Alle deelnemers behaalden een MMSE-score boven de vastgestelde afkapwaarde, ondertekenden informed consent en gaven toestemming voor het maken van audio-opnames. Er werden geen bewoners uitgesloten van deelname, en niemand trok zich voortijdig terug.

Er deden vijf vrouwen en drie mannen mee, met een leeftijd variërend van 56 tot en met 93 jaar (gemiddelde: 76,5 jaar; SD: 11,2). Vier deelnemers waren rolstoelafhankelijk. De overige deelnemers waren afhankelijk van een rollator en gebruikten voor langere afstanden eventueel een rolstoel of scootmobiel.

Betekenis van het concept 'beweging'

Uit de reacties van de deelnemers kwamen drie subthema's naar voren met betrekking tot de betekenis van beweging, namelijk: 1) het beweegaanbod, 2) een eigen leven leiden en 3) lichamelijke activiteit (tabel 1). Al snel bleek dat de term 'sport' bij deze groep respondenten niet goed aansloeg en eerder aversie teweeg bracht.

Om die reden werd in latere gesprekken niet meer expliciet naar 'sport' gevraagd. Sommige respondenten relateerden hun dagelijkse vormen van beweging wel aan sport en inspanning: "Sport? Ik heb vroeger op badminton gezeten, maar verder niet zo'n sporter. [...] Nee, verder helemaal niet. Dit is al sport genoeg, dat trippelen".

Deelnemers benoemden 'fysiotherapie' wanneer er werd gesproken over de betekenis van beweging. Daarnaast refereerden deelnemers aan (plezierige) vrijetijdsactiviteiten die beroep doen op een vorm van beweging. Hierbij werden zowel (creatieve) hobby's als spel- en beweegactiviteiten genoemd. Een illustratieve quote van één van de deelnemers: "Ik heb twee keer in de week fysio. En de jeu de boules is ook een beetje arm slingeren. Nou, en ik kan zelf kiezen of ik die week wel of niet ga fietsen dus boven."

Meerdere deelnemers zagen alledaagse taken – zowel ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) als HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) – als een vorm van beweging. Een deelnemer: "Ik moet zo op dat ding staan. Ja, dat is best veel op dat ding staan. Je moet op de wc. Je moet weer op dat ding staan. Je moet weer in bed rollen. Dat is al een heleboel beweging." Bovendien kwam uit de interviews naar voren dat deelnemers waarde hechten aan het leiden van een eigen leven. Een deelnemer: "Ik heb heel, heel erg hekel aan als iemand achter me komt: 'zal ik even duwen mevrouw?'. Dan denk ik 'ik ben geen invalide'. Maar ja, dat denk ik dan. 'Nee hoor, doet u maar niet, ik trippel wel even'". Ten slotte werd het kunnen verplaatsen genoemd, zowel in houding als in omgeving. Een deelnemer: "Ja, dat ik van A naar B kan en ja, wat ik net opnoem ook naar de stad".

Drijfveren en obstakels voor beweging

Bij het analyseren van de resultaten op de tweede deelvraag bleek tijdens het iteratieve analyseproces dat de drijfveren en obstakels beter te vatten waren in drie thema's. De drijfveren werden opgesplitst in 'beweegredenen' en 'helpende factoren', en de obstakels werden samengevat onder het thema 'belemmerende factoren'. De structuur van deze thema's, met bijbehorende subthema's en codes, is weergegeven in tabel 2.

Tabel 1 Subthema's en codes gerelateerd aan de betekenis van het concept 'beweging'

Thema	Subthema	Code
Het concept 'Beweging'	Lichamelijke activiteit	Bewegen
		Bezig zijn
		Lopen
		Niet stil zitten
		Verandering van houding
	Beweegaanbod	Fysiotherapie
		Georganiseerde activiteiten
		Vrije tijds beweging
	Eigen leven leiden	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
		Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen
		Normaal leven
		Zelfredzaamheid
		Verplaatsen

Tabel 2 Thema's, subthema's en codes gerelateerd aan drijfveren en obstakels m.b.t. beweging.

Thema	Subthema	Code
Beweegredenen	Algehele gezondheid	Achteruitgang tegengaan
		Gezondheid
	Mentaal functioneren	Cognitief functioneren
		Mentaal welzijn
	Lichamelijk functioneren	Lichamelijk welzijn
	Eigen leven leiden	Actieve leefstijl
		Participatie
		Zelfstandigheid
		HDL
	Sociaal contact	Sociaal contact
	Uiterlijk	Gewicht
		Postuur
	Mobiliteit	Mobiliteit
		Verandering omgeving
		Verplaatsing

Thema	Subthema	Code
Helpende factoren	Faciliteiten	Aanpassingen woning
		(Beweeg)tuin
		Beweegapparaten
		Hulpmiddelen
		Oefenzaal
	Sociale omgeving	Hulp personeel
		Mantelzorg
		Motivatie naasten
		Motivatie personeel
		Toezicht
		Vrijwilligers
	Therapieaanbod	Fysiotherapie
	Plezier	Plezier
Weersomstandigheden	Beter weer	
	Droog weer	
Belemmerende factoren	Afhankelijkheid	Afwezigheid toezicht
		Beperkingen partner/naaste
		Hulpbehoevendheid
		Hulp moeten vragen
		Lichamelijke beperking
		Vermoeidheid/ energiegebrek
		Toezicht noodzakelijk
	Obstakels fysieke omgeving	Beweegruimte tweepersoons-appartement
		Drukke omgeving
		Faciliteiten woning
		Hulpmiddelafhankelijkheid
		Regulier meubilair
		Stoep
		Snelheid automatische deur
		Verre afstanden
		Hoeveelheid licht

Thema	Subthema	Code
	Valrisico	(Val)angst
		Afgenomen veiligheid
	Mentale belemmeringen	Niet-helpende gedachten
		(Val)angst
		Afgenomen zelfvertrouwen
	Personele bezetting	Tijd personeel
		Personeelstekort
	Weeromstandigheden	Koud weer
		Regen
		Wind
	Beperkingen georganiseerde bewegactiviteiten	Voelt zich niet deel van de doelgroep vanwege cognitie
		Desinteresse
		Ongeschikt met hulpmiddel
		Voelt zich niet deel van de doelgroep vanwege leeftijd
		Ongeschikt met fysieke beperkingen

Beweegredenen

De beweegredenen werden gezien als redenen waarom de deelnemer(s) zouden bewegen. Hierbij kwamen zeven subthema's naar voren: 1) algehele gezondheid, 2) mentaal functioneren, 3) lichamelijk functioneren, 4) eigen leven leiden, 5) sociaal contact, 6) uiterlijk en 7) mobiliteit. Deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden hun functioneren te behouden of achteruitgang te voorkomen. Daarbij benoemden zij eveneens het sociale component en een vorm van zelfstandigheid. Zo zei een van de deelnemers: "Nou, dat ik niet zo'n suffig oud wijf wil worden in een stoel. [...] Dan denken ze 'moet ik daar weer naartoe'. Je moet wel blijven". Een andere deelnemer gaf daarentegen expliciet aan dat sociaal contact voor haar geen reden was om te bewegen. Wat betreft mobiliteit kwam naar voren dat men het belangrijk vond om van houding te veranderen, te kunnen verplaatsen van A naar B en in een andere omgeving te kunnen zijn. Bij dit laatste werd ook gerefereerd aan een eigen leven kunnen leiden en/of sociaal contact. Bovendien gaven deelnemers aan dat zij bewegen om uiterlijke redenen, zoals het postuur. Zo zei een van hen: "Dat vind ik wel belangrijk. Ik wil [er] niet [uitzien] als een uitgezakte pudding".

Helpende factoren

Uit de gevonden codes bleek dat niet alle drijfveren konden worden gecategoriseerd als beweegredenen. Waar beweegredenen werden gezien als directe aanleidingen om te bewegen, beschreven deelnemers ook factoren die wel helpend waren, maar niet direct aanleiding gaven tot beweging. Bijvoorbeeld, de aanwezigheid van een beweegtuint is niet direct een reden om in beweging te komen, maar kan wel helpend zijn op het moment dat de deelnemers de ambitie ontwikkelen meer te gaan bewegen. Deze codes werden gecategoriseerd als 'helpende factoren'. Er kwamen vijf subthema's naar voren, te weten: 1) faciliteiten, 2) sociale omgeving, 3) plezier, 4) therapieaanbod en 5) weersomstandigheden. De meerderheid van de deelnemers noemde één of meer reeds aanwezige faciliteiten die hen helpen om te bewegen. Zo vertelden deelnemers dat het hen helpt dat er een (beweeg)tuin aanwezig is bij het verpleeghuis. Bovendien verwezen deelnemers naar andere aanwezige faciliteiten, zoals woningaanpassingen, hulpmiddelen, beweegapparaten in en om het verpleeghuis, en de oefenzaal van de fysiotherapie. De aanwezige virtuele zitfietsen, waarmee op een scherm een fietstocht kan worden gemaakt door bekende en onbekende landschappen, werden specifiek genoemd. Dit speelt in op het plezier van bewegen: "Ja, en dan denk ik: 'oh daar ben ik ook geweest', 'oh dat ken ik ook'. Dat is heel leuk en je doet meteen je hersens gebruiken." Een deelnemer gaf aan dat het haar zou helpen om meer te bewegen als er een oefenzaal met toezicht aanwezig was, waarvan men met een vrijblijvend karakter gebruik kan maken. Deelnemers ervoeren de sociale omgeving als een helpende factor om te bewegen. Daarbij werd zowel de stimulans van buitenaf genoemd als het toezicht dat door de sociale omgeving geboden kan worden. De aard van de sociale omgeving loopt uiteen van naasten, mantelzorgers, vrijwilligers en personeel. Wat betreft personeel werden met name het zorgpersoneel en de fysiotherapeuten als helpend gezien. Deelnemers gaven ook aan dat fysiotherapie hen helpt om te bewegen. Een deelnemer benoemde specifiek dat hij de fysiotherapie – waarvan hij momenteel gebruikmaakt – niet zou missen. Ten slotte gaven sommige deelnemers aan dat weersomstandigheden, zoals droog weer, bepalend kunnen zijn om meer te bewegen.

Belemmerende factoren

De belemmerende factoren die in de gesprekken naar voren kwamen, waren afhankelijkheid, obstakels in de omgeving, valrisico, mentale belemmeringen, personele bezetting, kenmerken van activiteiten en weersomstandigheden. Een aantal van deze factoren werd in de gesprekken aan elkaar gerelateerd: door verminderde lichamelijke mogelijkheden werd een grotere afhankelijkheid van anderen om te bewegen waargenomen. Dit, gecombineerd met een waargenomen krapte in de personele bezetting, niet-helpende gedachten en een afgenomen zelfvertrouwen kan er toe leiden dat verpleeghuisbewoners inactief worden. Een deelnemer vat dit samen: "Ik

moet de gelegenheid krijgen om het te doen, maar het moet wel onder toezicht want anders dan ken ik mezelf, dan ga ik te ver.” Daarnaast vielen er bij meerdere deelnemers niet-helpende gedachten en overtuigingen ten aanzien van beweging op. Zo gaf een van de deelnemers het volgende aan: “Nou, ik kan gewoon helemaal niks meer. Dus het [beweging] heeft ook geen zin meer”.

De deelnemers spraken ook over de fysieke omgeving als een belangrijke factor. Zo werden de drukte op straat en de kwaliteit van de stoepen als beperking gezien. Ook het weer was hierbij bepalend voor het naar buiten gaan om te bewegen. Daarnaast speelden de hulpmiddelafhankelijkheid en de beperkte beweegruiimte in de appartementen een rol. Valangst en valrisico waren zowel binnen als buiten van belang, vooral wanneer respondenten eerdere een val hadden mee gemaakt.

Ten slotte leefde bij een aantal deelnemers het idee dat de georganiseerde beweegactiviteiten niet echt voor hen bedoeld waren. Zo gaf een aantal respondenten aan de activiteiten niet leuk of oninteressant te vinden, of vatte men de activiteiten samen als ‘simpele’ of ‘kinderachtige’ spelletjes. Een deelnemer gaf dit als volgt weer: “Ik zie mezelf ook nog niet op een rijtje zitten met een ballon voor je. Dat is misschien goed voor mensen met, mijn schoonzus in [...] doet dat wel. [...] Maar die is dus echt verregaand dementerend. En die vindt dat dan wel leuk, ja.”

Verantwoordelijke

Op de vraag wie voornamelijk de verantwoordelijkheid draagt voor het bewegen van de deelnemers, was het meest eenduidige antwoord dat de persoon zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar beweegmogelijkheden. Respondenten waren meer verdeeld over de rol van naasten voor hun bewegingsmogelijkheden. Zo zag de ene deelnemer dit expliciet niet als deel van een bezoek: “Nee, die komen op visite, brengen wat lekkers mee, drinken thee en koffie, die wassen voor me af en gaan weer.” Een andere deelnemer gaf in deze context aan dit niet als taak voor naasten te zien, omdat “het heel belastend voor anderen [is], om hulp te gaan vragen.” Daarentegen gaven andere deelnemers wel aan dat vooral hun kinderen hen helpen om actief te blijven. Een deelnemer benoemde dat de kinderen ondersteunen, maar dat hun mogelijkheden beperkt zijn: “ik heb maar één dochter en die heeft beperkt tijd [...]”.

Reacties op de verantwoordelijkheid van de organisatie, gemeente en overheid voor de beweegmogelijkheden van verpleeghuisbewoners waren divers. Hierbij viel op dat vooral de deelnemers die dit stellig als een eigen verantwoordelijkheid zagen, minder een rol toeschreven aan de organisatie en de overheid.

Discussie

De eerste onderzoeksvraag gaat over de betekenis die verpleeghuisbewoners geven aan beweging. Uit de resultaten blijkt duidelijk dat verpleeghuisbewoners over beweging spreken in drie dimensies. Ten eerste hebben ze het over beweging als lichamelijke activiteit; beweging is gelijk aan bezig zijn, niet stil zitten en lopen – of, waar lopen niet meer gaat: “een verandering van houding”. Hiermee geven de deelnemers een heel letterlijke definitie van wat beweging is. Opvallend is dat het gebruik van de term ‘sport’ niet goed aansloeg. Daarnaast is te merken dat de vraag “Wat betekent beweging voor u?” al snel de associatie oproept met georganiseerde beweegactiviteiten. Onder de deelnemers zijn velen voornamelijk actief tijdens de fysiotherapie; dit blijkt dan ook een belangrijk onderdeel te zijn van de betekenis die zij aan beweging geven. Ten slotte is er een associatie met zelfstandigheid en ‘een eigen leven leiden’. Beweging geeft de vrijheid om dingen zelf te blijven doen en om een eigen leven te leiden. Kortom, de respondenten zien beweging als een lichamelijke activiteit die kan worden uitgevoerd tijdens therapie, maar die ook belangrijk is voor het leiden van een zelfstandig leven.

De tweede onderzoeksvraag is gericht op het blootleggen van drijfveren en obstakels om te bewegen. Hierbij zijn de drijfveren op basis van de analyse onderverdeeld in beweegredenen en helpende factoren. Beweegredenen zijn gezondheid, mentaal of lichamelijk functioneren, zelfstandigheid, sociaal contact, uiterlijk en mobiliteit. Helpende factoren zijn de aanwezigheid van faciliteiten, stimulans vanuit de sociale omgeving, het therapieaanbod, plezier en het weer. Belemmerende factoren zijn gevonden in de afhankelijkheid van anderen, dat anderen soms te veel overnemen, obstakels in de fysieke omgeving, valrisico, mentale belemmeringen, personele bezetting, het weer en de beperkingen van de beweegactiviteiten.

Net zoals in de reviewstudie van Yarmohammadi en collega's¹⁰ komen het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid, plezier en sociaal contact naar voren als motiverende factoren, terwijl (val)angst, fysieke problemen, gebrek aan interesse, fysieke obstakels bij het lopen en weersomstandigheden worden genoemd als obstakels. Een opvallende beweegreden die in de huidige studie naar voren komt, maar niet wordt genoemd in de systematische review van Yarmohammadi en collega's, is het bewegen om zelfstandig een eigen leven te kunnen leiden. Een mogelijke reden voor deze bevinding is het verschil in cohort. Waar Yarmohammadi en collega's studies includeerden naar drijfveren en obstakels van senioren (iedereen met de leeftijd van 65+), richt het huidige onderzoek zich specifiek op verpleeghuisbewoners. Het is mogelijk dat verpleeghuisbewoners, door hun gemiddeld beperktere fysieke mogelijkheden, zich meer bewust zijn van het feit dat ADL- en HDL-taken ook inspanning kosten. Fysieke inspanning werkt aan de ene kant beschermend voor

het functioneren¹⁵, aan de andere kant is het uitvoeren van alledaagse taken ook een oefening op zich, wat het sedentaire gedrag kan doorbreken¹⁶.

Wat betreft belemmerende factoren is valangst zowel in deze studie als in die van Yarmohammadi en collega's gevonden als een belangrijke factor¹⁰. Daarnaast komen in het huidige onderzoek ook specifiek niet-helpende overtuigingen ten aanzien van beweging naar voren. Bijvoorbeeld in de veelal foutieve overtuiging dat beweging niet (meer) zinvol is, of dat er niets meer mogelijk is.

De derde onderzoeksvraag was gericht op de verantwoordelijkheid voor beweging. De antwoorden kenmerken verpleeghuisbewoners zelf als de voornaamste personen die verantwoordelijkheid dragen voor bewegen. Toch zagen sommige deelnemers ook een rol weggelegd voor naasten, de organisatie en de (lokale) overheid. Het is interessant dat veel deelnemers de verantwoordelijkheid voor beweging bij zichzelf leggen, maar dat dit hen niet allen direct aanzet tot meer bewegen. Dit kan te maken hebben met waargenomen niet-helpende gedachten en een afgenomen zelfvertrouwen met betrekking tot beweging^{17,18}, wat ertoe kan leiden dat juist deze groep de 'waargenomen eigen verantwoordelijkheid' niet of in mindere mate oppakt.

Samen met eerdere bevindingen uit de literatuur heeft deze studie belangrijke implicaties voor het ontwerp van beweegprogramma's voor verpleeghuisbewoners. In een interviewstudie onder mensen in 'assisted living' onderzochten Webster en collega's²⁰ wat ouderen belangrijk vinden in een beweeginterventie. De belangrijkste elementen voor deze groep zijn een korte duur van de interventie, korte sessies en een focus op het bevorderen van lichte inspanning (tegenover een focus op het verminderen van het sedentaire gedrag)²⁰. Mogelijk bieden elementen uit dit recept oplossingen voor bepaalde obstakels die verpleeghuisbewoners ervaren. Een kort programma met korte sessies maakt de drempel om mee te doen lager. Persoonlijke aandacht bij de promotie en opzet van het programma zou een uitkomst kunnen bieden. Zo kunnen ouderen leren wat ze wél kunnen en wat de positieve effecten zijn van die activiteiten¹⁹, om zo niet-helpende overtuigingen ten aanzien van beweging te overwinnen. Het bevorderen van lichaamsbeweging kan daarbij goed inspelen op de in deze studie gevonden drijfveren. Zo wordt bewegen neergezet als een middel om een doel te bereiken (tabel 2; beweegredenen), in plaats van als doel op zichzelf.

Hierboven worden kenmerken geschetst van een interventie passend bij de uitkomsten van deze studie. Voor de uitvoering van dit programma liggen er mogelijkheden binnen participatief actie onderzoek^{21,22}. In deze onderzoeksmethode wordt samen met de doelgroep het gesprek gestart over hoe een probleem kan worden aangepakt. Het onderzoeksproces en het veranderproces lopen parallel en zijn met elkaar

verweven. Zo kan samen met de bewoners een haalbaar beweegprogramma worden ontwikkeld, waarbij oog is voor de drijfveren en de obstakels tot beweging. Dit geeft de bewoner tevens een gevoel van betrokkenheid. Bovendien wordt op die manier de druk op de personele bezetting en de naaste omgeving beperkt.

Het werven van deelnemers bleek een van de voornaamste uitdagingen van dit onderzoek. In eerste instantie werd de werving per brief georganiseerd, in samenhang met een vragenlijstonderzoek dat gelijktijdig op de afdeling plaatvond. Hierop kwam echter slechts een zeer beperkte respons. Daarom werd in tweede instantie een persoonlijke benadering toegepast, waarbij verpleeghuisbewoners die in het vragenlijstonderzoek aangaven hiervoor open te staan, persoonlijk werden benaderd. Zo zijn we tot een deelnemersgroep gekomen met wie we de onderzoeksvragen konden beantwoorden. Toch blijft de generaliseerbaarheid van deze studie een beperking. De relatief kleine groep deelnemers vormt mogelijk geen representatieve afspiegeling van alle bewoners van deze woonlocatie, laat staan van alle verpleeghuisbewoners in Nederland. Tegelijkertijd werd gezien dat ook verpleeghuisbewoners deelnamen die geen interesse hadden in beweging, waardoor er op dit vlak geen sprake was van selectiebias. Bovendien was de groep heterogeen wat betreft geslacht, leeftijd en beperkingen. We raden daarom aan om toekomstig onderzoek met een grotere groep deelnemers beweegprogramma's in de praktijk te laten brengen, waarbij rekening wordt gehouden met de heterogeniteit binnen deze doelgroep. Een verdere beperking van dit onderzoek was de één-op-één interviewmethode. Door de interviews in duo's af te nemen, zou de consistentie tussen interviews kunnen worden vergroot en zou één interviewer zich kunnen richten op het registreren van non-verbale communicatie. Vanwege organisatorische beperkingen binnen dit onderzoek is hier gekozen voor individuele interviews. Toekomstig onderzoek met twee interviewers zou tot een objectiever beeld kunnen komen.

Conclusie

Dit onderzoek verkent de drijfveren en belemmeringen voor beweging bij verpleeghuisbewoners. Bewegen blijkt drie dimensies te omvatten: lichamelijke activiteit, deelname aan beweegaanbod en het leiden van een eigen leven. Naast bekende motieven uit eerdere studies¹⁰, is duidelijk geworden dat bewoners bewegen om hun zelfstandigheid te behouden. Niet-helpende overtuigingen beperken soms het bewegen. Bewoners voelen zich zelf verantwoordelijk, maar zien ook een rol voor naasten, de organisatie en overheid. Deze inzichten helpen bij het ontwikkelen van beweegprogramma's die inspelen op motivatie en obstakels. Participatief actieonderzoek wordt aanbevolen om beter aan te sluiten bij bewoners en personeelstekorten.

Financiering

Dit onderzoek is ondersteund door Fonds SGS, onderdeel van Zilveren Kruis <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-transformatie/financiering-van-innovatie/stichtingen/sgs>

Literatuur

1. Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Benefits and Harms of Exercise Therapy in People with Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Ageing Res Rev.* 2020;63.
2. Arrieta H, Rezola-Pardo C, Zarrazquin I, Echeverria I, Yanguas JJ, Iturburu M, Gil SM, Rodriguez-Larrad A, Irazusta, J. A Multicomponent Exercise Program Improves Physical Function in Long-Term Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *Exp Gerontol.* 2018;103:94-100. DOI:10.1016/j.exger.2018.01.008.
3. Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17:104-116. DOI:10.1016/j.jamda.2015.08.016.
4. Cordes T, Schoene D, Kemmler W, Wollesen B. Chair-Based Exercise Interventions for Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22:733-740.
5. Gezondheidsraad. *Beweegrichtlijnen 2017; 2017.*
6. CBS.nl. <https://www.cbs.nl/NI-NI/Nieuws/2023/37/Ruim-4-Op-de-10-Volwassenen-Bewegen-Voldoende>.
7. Chorus A, Campen C van, Draak M den. Ouderen in Beweging: Van Vitaal Belang. In *Sport: een leven lang rapportage sport 2010*. Tiessen-Raaphorst A, Verbeek D, Haan J de, Breedveld K, red. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): Den Haag, 2010; pp. 137-152. ISBN 97837705041.
8. Van Alphen HJM, Volkers KM, Blankevoort CG, Scherder EJA, Hortobágyi T, Van Heuvelen MJG. Older Adults with Dementia Are Sedentary for Most of the Day. *PLoS One.* 2016;11:e0152457. DOI:10.1371/JOURNAL.PONE.0152457.
9. Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and Barriers for Physical Activity in the Oldest Old: A Systematic Review. *Ageing Res Rev.* 2011;10:464-474.
10. Yarmohammadi S, Saadati HM, Ghaffari M, Ramezankhani A. A Systematic Review of Barriers and Motivators to Physical Activity in Elderly Adults in Iran and Worldwide. *Epidemiol Health.* 2019;41.
11. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q.* 1988;15:351-377.
12. Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet? [Internet]. Ccmo.nl. 2018 [cited 2025 Jun 6]. Available from: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>.
13. Kok R, Verhey F. Dutch Translation of the Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975). Altrecht: GGZ; 2002.
14. Ward A, Caro JJ, Kelley H, Eggleston A, Molloy W. Describing Cognitive Decline of Patients at the Mild or Moderate Stages of Alzheimer's Disease Using the Standardized MMSE. *Int Psychogeriatr.* 2002;14:249-258. DOI:10.1017/S1041610202008451.
15. Morris JN, Fiatarone M, Kiely DK, Belleville-Taylor P, Murphy K, Lock Ooi W, O'Neill E, Doyle N. Nursing Rehabilitation and Exercise Strategies in the Nursing Home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences.* 1999;54:494-500.
16. de Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, Pitkala KH, Weening-Dijksterhuis E, Rodriguez-Mañas L, Barbagallo M, Rosendahl E, Sinclair A, Landi F, et al. Recommendations on Physical

- Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17:381-392. DOI:10.1016/J.JAMDA.2016.01.021.
17. Šare S, Ljubičić M, Gusar I, Čanović S, Konjevoda S. Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *Healthcare.* 2021;9:1035. DOI:10.3390/HEALTHCARE9081035.
 18. Pluzarić J, Ilakovac V, Železnik D. Comparison of Self-Esteem and Quality of Life between Residents of Old People's Home and the Elders Living at Home. *Obzornik zdravstvene nege.* 2016;50. DOI:10.14528/SNR.2016.50.3.108.
 19. Troutman-Jordan M, O'Brien T, Keaton M. Older Adults' Views and Attitudes on Physical Activity; Reasons to Participate and Abstain. *J Community Health Nurs.* 2021; 38:232-243. DOI:10.1080/07370016.2021.1972247.
 20. Webster KE, Seng JS, Gallagher NA, Gothe NP, Colabianchi N, Smith EML, Ploutz-Snyder R, Larson JL. Physical Activity Programming for Older Adults in Assisted Living: Residents' Perspectives. *West J Nurs Res.* 2023;45:105-116. DOI:10.1177/01939459221107579.
 21. Andersen J, Bilfeldt A. Action Research in Nursing Homes. *Action Research.* 2016;14: 19-35. DOI:10.1177/1476750315569082.
 22. Van Malderen L, De Vriendt P, Mets T, Gorus E. Active Ageing in the Nursing Home: Could Participatory Action Research Provide the Answer? *Action Research.* 2017;15: 239-257. DOI:10.1177/1476750316636668.

Appendix 1. Interview guide

1. Wat betekent 'Beweging' voor u?
2. Vraag door als het antwoord niet gaat richting lichaamsbeweging: "en wat betekend 'sport' of 'lichaamsbeweging' voor u?"
3. Wat zijn voor u drijfveren of redenen om te bewegen?
 - a. Vraag door: "en wat nog meer?", "Kunt u dat verder toelichten?"
4. Heeft u wel eens het voornemen gehad om (meer) te bewegen? Ja / Nee
 - a. Is dit gelukt? Ja / Nee
 - b. Zo ja, hoe is dit u gelukt?
 - i. Vraag door: "en wat hielp er nog meer"?
5. Wat heeft u nodig om (nog) meer te bewegen?
6. Graag zal ik het nu met u hebben over factoren die het minder makkelijk maken om (meer) te bewegen. Wat ervaart u zelf als een drempel of obstakel om (meer) te bewegen?
 - a. Alternatief: "wat voor dingen weerhouden u om (lichamelijk) actief te zijn?"
 - b. Vraag door: "en wat nog meer?", "Kunt u dat verder toelichten?"

7. Maakt uw woonlocatie het makkelijk voor u om actief te zijn? Ja / Nee / Enigszins
 - a. "Kunt u dat toelichten?"
 - b. "Zijn daarop ook uitzonderingen?"
 - i. Bijvoorbeeld door de bereikbaarheid van activiteit?
 - ii. De hoeveelheid licht in de ruimte?
 - iii. Groepsgrootte?
 - iv. Weersomstandigheden?

8. Wat vindt u van het aanbod van beweegactiviteiten binnen <naam instelling>?
 - a. Eventueel toelichten: "met beweegactiviteiten bedoelen we de mogelijkheden die <naam instelling> biedt voor u om actief te zijn, zoals een wandelgroep, gymnastiek uurtje of andere activiteiten waar u lichamelijk actief bent."
 - b. Eventueel doorvragen: "Wat vindt u goed aan het beweegaanbod binnen <naam instelling>?"
 - c. Eventueel doorvragen: "Wat kan er volgens u beter?"
 - i. "Hoe kan dit volgens u aangepakt worden?"

9. Onderzoek laat zien dat lichaamsbeweging goed is voor de gezondheid. Wie vindt u dat er verantwoordelijk is voor het mogelijk maken van lichaamsbeweging in uw situatie?
 - a. Heeft u zelf daar een rol in?
 - b. En uw naasten?
 - c. Kennissen?
 - d. <naam instelling>?
 - e. De gemeente of overheid?

OPINIE

De kracht van registratiedata: een voorbeeld van de DHFA

Hanne Eva van Bremen,¹ Franka Wurdemann, Elvira Flikweert, Hanna Willems

Wetenschappelijk bewijs, klinische praktijk en het meten van zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden: ze vormen een vicieuze cirkel waarin verkregen bewijs in de praktijk wordt toegepast, vervolgens wordt de praktijk gemeten, wat leidt tot nieuw bewijs over hoe en waar de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd (figuur 1). De Dutch Hip Fracture Audit (DHFA) sluit aan op deze cyclus door praktijkresultaten te meten, feedback te geven ter bevordering van kwaliteitsverbetering en door effecten van deze verbeteringen te monitoren via dataverzameling.¹ De DHFA fungeert sinds 2016 als voorbeeld van hoe het registreren van zorgprocessen bij heupfractuurpatiënten kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Door zorgkwaliteit te meten, wordt variatie in de praktijk zichtbaar en is er een verbetering van de datakwaliteit waargenomen.²



Figuur 1 Schematische weergave van de verbondenheid van wetenschappelijk bewijs, klinische praktijk en het meten van zorg en de rol van DHFA hierin.

1 Amsterdam UMC, h.vanbremen@amsterdamumc.nl – dhfa@dica.nl

In dit artikel vertellen we over het belang van deze drie onderdelen, hoe we met de DHFA hierbij aansluiten en hoe we progressie hebben geboekt.

De geschiedenis van moderne geneeskunde

De “end-result theorie” van Dr. Ernest Amory Codman, daterend uit circa 1910, stelt dat de behandeling van patiënten moet worden vervolgd om de effectiviteit ervan te bepalen. Deze aanpak, waarin de processen bij onsuccesvolle behandelingen worden geanalyseerd en inzichten hiervan worden gebruikt als startpunt voor verbetering van zorg, kan worden beschouwd als eerste conceptualisering van evidence-based medicine (EBM). Echter duurde het nog bijna een eeuw voordat de term EBM werd geïntroduceerd door Guyatt et al. om de klinische praktijk te evalueren en te voorzien van een solide empirische basis.³ In de laatste drie decennia heeft EBM zich ontwikkeld tot evidence-based practice, waarbij naast wetenschappelijk bewijs, ook de ervaringen en wensen van patiënten en van de zorgcontext worden in de praktijk geïntegreerd.⁴ In de afgelopen vijf tot tien jaar is dit doorontwikkeld tot een cyclus van zorgevaluatie en gepast gebruik, waarmee wetenschappelijk ontwikkelde verbetercycli worden ingebed in de dagelijkse praktijk.

EBM waardeert de meta-analyse op basis van gerandomiseerd onderzoek als beste bewijs, gevolgd door observationele studies. Echter niet elk onderzoeksgebied leent zich voor gerandomiseerd onderzoek. Met name in de acute zorg, bijvoorbeeld bij patiënten met een heupfractuur, is vaak geen tijd voor inclusie en randomisatie. Wanneer er in deze acute setting wel een gerandomiseerd onderzoek wordt uitgevoerd, betreft het vaak een relatief gezonde patiëntengroep met minder ernstige ziekte ten tijde van het SEH-bezoek. Dan is er immers tijd en ruimte voor de uitleg over het onderzoek en de randomisatie. De selectiebias die ontstaat beperkt de generaliseerbaarheid van deze resultaten. Dit speelt ook een rol bij patiënten met een heupfractuur omdat kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen bij hen frequent voorkomen.⁵

Mits goed uitgevoerd, kan een observationeel onderzoek de mate van bewijs van een gerandomiseerd onderzoek benaderen.^{6,7} Tegelijkertijd hebben observationele onderzoeken nog enkele voordelen ten opzichte van gerandomiseerd onderzoek. Deze worden besproken in de volgende paragrafen.

Hoe de DHFA bijdraagt aan wetenschappelijk bewijs

De kwaliteitsregistratie DHFA is onderdeel van de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), een non-profit organisatie die als doel heeft om de kwaliteit van zorg te

verbeteren. De DHFA doet dit door het verzamelen van gegevens over de zorg voor patiënten met een heupfractuur, van opname tot follow-up. De database bevat sinds de oprichting van de registratie in 2016 gegevens van meer dan 100.000 patiënten. Deze gegevens worden onder andere gebruikt om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Het monitoren van geleverde zorg in de dagelijkse praktijk biedt daarnaast ook mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

Een eerder onderzoek met gegevens van de DHFA toont een van de voordelen van observationeel onderzoek ten opzichte van gerandomiseerd onderzoek. In dit onderzoek zijn patiënten met een heupfractuur onderzocht die om diverse redenen geen operatieve behandeling hebben ondergaan.⁸ Er is gekeken naar de kenmerken van deze patiënten en de uitkomsten van hun behandeling. De niet-operatief behandelde patiënten bleken ouder, minder mobiel en hadden een hoger sterftepercentage op zowel de korte als lange termijn, vergeleken met de geopereerde patiënten in de DHFA-database. Een gerandomiseerd onderzoek binnen deze specifieke patiëntengroep zou mogelijk op ethische bezwaren zijn gestuit, maar de DHFA-gegevens, die worden bijgehouden als een observationeel cohort, kennen deze nadelen niet. De DHFA kan zo belangrijke informatie opleveren. Daarnaast kan met de DHFA-database zowel het effect van onderzoeken als de verdere implementatie ervan worden gemonitord. Een voorbeeld is de FRAIL HIP studie waarvan de uitkomsten in maart 2022 werden gepubliceerd.⁹ Dit onderzoek genereerde aandacht voor de niet-operatieve behandeling van heupfracturen bij een selecte groep van zeer kwetsbare ouderen. De DHFA heeft hierop ingespeeld door het niet-operatieve beleid en de pijnbehandeling met fenol te gaan bijhouden als een van de parameters. Hoewel sinds 2022 een stijging wordt gezien in dit percentage, lijkt een deel van de ziekenhuizen nog geen gegevens over deze groep aan te leveren. De DHFA is in staat flexibel te reageren op een dergelijk verzoek om een nieuwe parameter in te voegen. Een tweede voordeel van registratiedatabases is dat deze doorgaans een groot aantal observaties bevatten, waardoor complexe analyses mogelijk worden. Dit kan worden teruggezien in een eerder onderzoek waarbij is gekeken naar de volume-uitkomstrelatie binnen de heupfractuurzorg.¹⁰ Hier kon door het grote aantal patiënten in de DHFA database, volume als continue uitkomstmaat worden meegenomen. In dit onderzoek werd geen effect gevonden van aantal patiënten op doorlooptijd en mortaliteit. Wel werd een negatieve relatie gevonden: in ziekenhuizen met meer behandelde patiënten was de geriatrische medebehandeling lager.

Naast de eerder genoemde voordelen is een kwaliteitsregistratie onderhevig aan bepaalde limitaties die inherent zijn aan cohortonderzoek, zoals missende waarden en vooraf vastgestelde variabelen.

Hoe de DHFA zorg verbetert

Clinical auditing kan zoals in de voorgaande alinea's is aangetoond, dienen als een instrument om praktijkgericht bewijs te verkrijgen en tegelijkertijd het gebruik van EBM stimuleren. Een van de manieren waarop dit gebeurt, is het monitoren van de mate waarin professionals richtlijnen naleven. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op EBM-bewijs, dat vervolgens in de praktijk zou moeten worden toegepast. Voor de richtlijn osteoporose- en fractuurpreventie uit 2022 is een indicator ontwikkeld binnen de DHFA die de implementatie van de richtlijn opvolgt.¹¹ Dit gebeurt middels het meten van het percentage patiënten dat conform de richtlijn op ziekenhuisniveau wordt behandeld. In het meest recente rapport van de DHFA is te zien dat dit percentage in 2023 24% bedraagt. Bovendien kan het interessant zijn, wanneer naleving van richtlijnen achterblijft, de onderliggende redenen hiervoor nader te onderzoeken. Hierdoor kunnen barrières aan het licht komen die de implementatie belemmeren.¹²

Wanneer overeenstemming over de richtlijn is bereikt, zou de volgende stap moeten zijn om te streven naar vermindering van praktijkvariatie. Dit kan een taak zijn voor de professionals om de variatie in de praktijk te evalueren en de onderliggende oorzaken te achterhalen. De DHFA ondersteunt dit proces door spiegelinformatie aan de ziekenhuizen te leveren. Hierbij worden de resultaten vergeleken met de Nederlandse benchmark of met andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld in dezelfde regio, om gegevens met elkaar te kunnen spiegelen. Deze vorm van feedback is wereldwijd de meest gebruikte strategie voor kwaliteitsverbetering.

De toekomst van de DHFA

Binnen de DHFA zijn de uitkomstdata na drie maanden beperkt beschikbaar, met een vullingsgraad van rond de 50%. Om vragen uitgebreider te kunnen beantwoorden binnen de heupfractuurzorg zijn er meer uitkomstdata nodig van betere kwaliteit. Tegelijkertijd moet er oog zijn voor het verminderen van de registratielast.

Hoewel de gegevens van het eerste ziekenhuisbezoek goed worden bijgehouden in de DHFA, ontbreekt het regelmatig aan gegevens over de follow-up. Veel patiënten komen niet meer terug naar het ziekenhuis of zijn onbereikbaar. Indien zij wel terugkomen, vormt het uitvragen van functioneren en mobiliteit vaak een te grote belasting. In de geriatrische revalidatiezorg zijn deze gegevens er wel. Derhalve wordt gekeken naar een koppeling tussen de DHFA database en een database van een revalidatie-instelling voor een completere registratie. Dit biedt de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in het herstel na een heupfractuur, bijvoorbeeld door

Barthel-scores na ontslag te monitoren en de uitstroom naar de WLZ na revalidatie te volgen.

Een andere oplossing voor de vermindering van registratielast is automatische vulling van de DHFA. In het verleden is een project geïnitieerd door de DHFA dat een nationaal zorgpad heupfractuur opleverde.¹³ Deze blauwdruk beschrijft informatie die dagelijks zou moeten worden vastgelegd, vanaf opname tot ontslag en tijdens follow-up. Hierin zijn de variabelen meegenomen die binnen de DHFA worden vastgelegd. Als de automatische extractie van gegevens uit elektronische patiëntendossiers mogelijk wordt, kan dit ook de registratielast verminderen. Gedeeltelijk is dit al mogelijk door automatische uitlevering van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers in combinatie met ingebouwde verificatieprocessen.

Deze ontwikkelingen kunnen de waarde vergroten van gegevens die binnen de DHFA worden verzameld. Dit zal het gebruik van deze gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, feedback en benchmarking bevorderen.

De DHFA heeft al veel opgeleverd en kan, als kwaliteitsregistratie voor onderzoek bij oudere en kwetsbare patiënten, een waardevolle bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorgkwaliteit en het benutten van gegevens voor leerprocessen. Ook op andere gebieden waar onderzoek vergelijkbare obstakels ondervindt, biedt het opzetten van een kwaliteitsregistratie waardevolle kansen.

Jaarrapport 2024: <https://dica.nl/wp-content/uploads/2025/06/DHFA-Jaarrapport-2024.pdf>

Website DHFA: <https://dica.nl/registratie/heupfractuur-dhfa/>

Mogelijkheden wetenschappelijk onderzoek: <https://dica.nl/onderzoek/>

Literatuur

1. Voeten SC, Arends AJ, Wouters MWJM, Blom BJ, Heetveld MJ, Slee-Valentijn MS, Krijnen P, Schipper IB, Hegeman JHH; Dutch Hip Fracture Audit (DHFA) Group. The Dutch Hip Fracture Audit: evaluation of the quality of multidisciplinary hip fracture care in the Netherlands. *Arch Osteoporos*. 2019 Mar 1;14(1):28. DOI: 10.1007/s11657-019-0576-3. PMID: 30825004; PMCID: PMC6397305.
2. Würdemann FS, Krijnen P, van Zwet EW, Arends AJ, Heetveld MJ, Trappenburg MC, Hegeman JH, Schipper IB; Dutch Hip Fracture Audit Group. Trends in data quality and quality indicators 5 years after implementation of the Dutch Hip Fracture Audit. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2022 Dec;48(6):4783-4796. DOI: 10.1007/s00068-022-02012-y. Epub 2022 Jun 13. PMID: 35697872; PMCID: PMC9712331.
3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420-5. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032. PMID: 1404801.

4. Lin HS, Watts JN, Peel NM, Hubbard RE. Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2016 Aug 31;16(1):157. DOI: 10.1186/s12877-016-0329-8. PMID: 27580947; PMCID: PMC5007853.
5. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Zonder context geen bewijs: over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS); 2017.
6. Houwert RM, Beks RB, Dijkgraaf MGW, Roes KCB, Öner FC, Hietbrink F, Leenen LPH, Groenwold RHH. Study methodology in trauma care: towards question-based study designs. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2021 Apr;47(2):479-84. DOI: 10.1007/s00068-019-01248-5. Epub 2019 Oct 29. PMID: 31664467; PMCID: PMC8016800.
7. Beks RB, Bhashyam AR, Houwert RM, van der Velde D, van Heijl M, Smeeing DPJ, Hietbrink F, Leenen LPH, Groenwold RHH. When observational studies are as helpful as randomized trials: examples from orthopedic trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019 Sep;87(3):730-2. DOI: 10.1097/TA.0000000000002347. PMID: 31045741.
8. van Bremen HE, Seppala LJ, Hegeman JH, van der Velde N, Willems HC; Dutch Hip Fracture Audit Group. Characteristics and outcomes of nonoperatively managed patients with hip fracture using the Dutch Hip Fracture Audit. *J Orthop Trauma.* 2024 May 1;38(5):265-72. DOI: 10.1097/BOT.0000000000002778. Epub 2024 Apr 15. PMID: 38259058; PMCID: PMC11017835.
9. Loggers SAI, Willems HC, Van Balen R, Gosens T, Polinder S, Ponsen KJ, Van de Ree CLP, Steens J, Verhofstad MHJ, Zuurmond RG, Van Lieshout EMM, Joosse P; FRAIL-HIP Study Group. Evaluation of quality of life after nonoperative or operative management of proximal femoral fractures in frail institutionalized patients: the FRAIL-HIP study. *JAMA Surg.* 2022 May 1;157(5):424-34. DOI: 10.1001/jamasurg.2022.0089. PMID: 35234817; PMCID: PMC8892372.
10. Würdemann FS, van Zwet EW, Krijnen P, Hegeman JH, Schipper IB; Dutch Hip Fracture Audit Group. Is hospital volume related to quality of hip fracture care? Analysis of 43,538 patients and 68 hospitals from the Dutch Hip Fracture Audit. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2023 Jun;49(3):1525-34. DOI: 10.1007/s00068-022-02205-5. Epub 2023 Jan 21. PMID: 36670302; PMCID: PMC10229734.
11. Federatie Medisch Specialisten. Osteoporose en fractuurpreventie. Richtlijndatabase. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.
12. Wouters MW, Siesling S, Jansen-Landheer MLEA, Elferink MAG, Belderbos J, Coebergh JW et al. Variation in treatment and outcome in patients with non-small cell lung cancer by region, hospital type and volume in the Netherlands. *European Journal of Surgical Oncology.* 2010;36:S83-S92. DOI: 10.1016/j.ejso.2010.06.020
13. NVvH/NVT, NVKG, NOV, NIV. Landelijk EPD Zorgpad Heupfractuur. Aanbiedingsdocument versie 1.1. Utrecht; 2020. Beschikbaar via: <https://www.nvkg.nl/sites/nvkg.nl/files/Aanbiedingsdocument%20Landelijk%20EPD%20Zorgpad%20Heupfractuur-201007%20v1.1.pdf>.

OPINIE

Woonzorgcentra laten kansen liggen door onvoldoende te investeren in het coachen van hun bezoeker

Koen Geenen¹

Woonzorgcentra (WZC) worstelen met het vinden van personeel en het bieden van woonzorg op maat voor elke individuele oudere. De zorg komt onder druk te staan, waardoor vaak dwangmatig alle focus wordt gelegd op het nog kunnen uitvoeren van zorgmomenten. Neveneffect is dat de aandacht voor dagbesteding, persoonlijke rolinvulling en het welbevinden op woonleefniveau van bewoners op een zijspoor belandt. Daarom moet er dringend worden geïnvesteerd in kwaliteitsvol coachen van de bezoekers en hun bezoekmomenten. Bezoekers zijn het menselijk kapitaal bij uitstek voor de woonzorgcentra om samen het verschil te maken. Vele WZC laten deze kans onderbenut. Door het profiel van een bezoeker-coach te integreren in de dagelijkse werking, wordt ingezet op het onderbenutte potentieel van deze groep. Het is geen vrije keuze meer, maar een noodzaak voor elk WZC om samen met de bezoekers elke dag opnieuw in te zetten op kwaliteitsvolle, persoonsgerichte woonzorg. Daarbij staat het welbevinden van de oudere centraal als uitdaging waarin gezamenlijk het verschil kan worden gemaakt.

Onderzoek toont aan dat bezoekers die een nauwe band hebben met een bewoner in het WZC vaak lijden onder emotionele stress. Een verhuizing naar een WZC voelt vaak aan als een persoonlijk falen. In hun beleving is het niet de toenemende zorg voor de oudere die aanleiding vormt voor een verhuizing, maar het feit dat zij als mantelzorgers niet kunnen beantwoorden aan die toenemende zorgvraag.¹ Ze voelen zich persoonlijk verantwoordelijk voor de verhuizing.

De verhuizing brengt nieuwe en andere zorgen met zich mee. De partner of mantelzorgers vreest voor eenzaamheid van de oudere in het WZC, nu hij of zij niet meer zo aanwezig is in diens sociale context. De partner of mantelzorgers is bezorgd om

¹ Opleidingsmanager Ergotherapie en stafmedewerker beleid & strategie, Thomas More.

het aanpassingsvermogen van de naaste in het WZC die plots in een nieuwe omgeving met andere gewoontes moet functioneren. Hetzelfde geldt voor de algemene gezondheid, het valrisico en de communicatie met de professionals. Al deze bezorgdheden versterken de emotionele stress en het gevoel van persoonlijk falen.

De vraag is of de WZC voldoende aandacht hebben voor dit fenomeen. Bevestigen zij voldoende dat de oudere dankzij de goede zorgen van de partner of mantelzorger zo lang thuis kon blijven, en dat de verhuizing naar het WZC een goede keuze is voor alle betrokkenen? Voor het WZC is dit de zoveelste bewoner die ze warm onthalen en goed gaan verzorgen; voor de familie is het echter de eerste ervaring, die vraagt om sterke begeleiding en coaching vanuit het WZC.

Op bezoek komen bij je naaste in het WZC lijkt een evidentie, maar ook dit is voor velen een complex gebeuren. Er heerst veel rolonduidelijkheid en zolang hier niet aan wordt gewerkt, blijft deze bestaan en leidt de kwaliteit van het bezoekmoment hieronder. Veelvoorkomende vragen bij bezoekers focussen zich op het welbevinden van de oudere: hoe verloopt de dag, welke routines zijn er en hoe sluit het dagverloop aan bij de eigenheid en gewoontes van thuis? In welke mate is er tijd, ruimte en personeel om hierop in te gaan, te respecteren en verder te zetten? Dit is een duidelijke oproep aan het WZC om in te zetten op het normalisatiekader, waarbij de leefgewoontes van de oudere maximaal verdergezet worden in het WZC op basis van de drie kernprincipes: normalisatie, personalisatie en integratie.

Zorgprofessionals respecteren de normen en waarden van de oudere en creëren kansen om deze tot uiting te laten komen. Personalisatie maakt een WZC waar door in te zetten op dat wat de oudere uniek maakt. Als laatste komt de integratie maximaal aan bod door de rollen van de oudere verder te laten ontplooiën, zoals de familie- of vrijetijdsrol. Dit is de kernuitdaging voor elk WZC, dat persoonsgerichte woonzorg hoog in het vaandel draagt. Voor elke bewoner moet duidelijk zijn wat de invulling van zijn normen en waarden, personalisatie en integratie betekent, en nog meer hoe het WZC hierop een antwoord biedt en kansen toe creëert. Woonzorgcentra die hier actief op inzetten en dit in hun visie en dagelijkse werking uitstralen, hebben een positieve invloed op het persoonlijk welbevinden van elke unieke bewoner.

Naast de bezorgdheid om het welbevinden van de oudere, is er de persoonlijke betrokkenheid bij hun wonen en leven. Dit gaat bijvoorbeeld over hoe ze als ervaringsdeskundige/mantelzorger kunnen bijdragen aan de zorgplanning en besluitvorming, inclusief deelname aan zorgbesprekingen en het delen van informatie over de behoeften en voorkeuren van de bewoner. Mogelijk hadden bewoner en naaste voor de verhuizing de gewoonte samen beslissingen te nemen en maakten ze daar

afspraken over. Laten de naasten dat nu los, of hebben ze daarin nog een rol? De kernvraag die alles stuurt: 'Wat is mijn taak, rol en betrokkenheid nog als bezoeker van mijn geliefde?' Aanvullend op deze kernvraag volgen erg praktische vragen als 'Welke informatie krijg ik en hoe komt die tot mij?', 'Heb ik een vertrouwenspersoon bij wie ik terecht kan?', 'Wat als ik een kritische opmerking heb, of een bezorgdheid wil delen?', 'Is er een soort ontmoeting of infomoment waar bezoekers zich verenigen?' Oftewel, 'Is er een zorgprofessional in het WZC bij wie bezoekers met al deze vragen en noden terecht kunnen? Is er iemand aanwezig met de welomschreven taak: 'het coachen van bezoekers?'.

De uitdaging voor elk WZC is om de bezoeker te ondersteunen, te coachen en te empoweren. Dit als extra taak aan elk personeelslid toewijzen is inefficiënt. Beter is het profiel van een bezoeker-coach toe te wijzen aan een personeelslid dat daar de competenties voor heeft of kan ontwikkelen. Sleutelbegrippen uit het competentieprofiel van de bezoeker-coach zijn: empathie, communicatieve vaardigheden, kennis van ouderenzorg, coaching vaardigheden, organisatorische vaardigheden, empowerende basishouding, probleemoplossend vermogen, gedragenheid, lef, respect, tolerantie en flexibiliteit. Hoe sterker wordt voldaan aan die competenties, hoe krachtiger en effectiever de inzet van de bezoeker-coach kan zijn.

De kernopdracht van de bezoeker-coach is het coachen van bezoekers om kwaliteitsvol in een WZC op bezoek te komen. De bezoeker-coach helpt bezoekers om de interacties met hun naaste te versterken. Hoe beter bezoekers zich in hun vel voelen in de rol van bezoeker, hoe sterker zij dat uitstralen naar de bewoner en hoe intenser en kwaliteitsvoller het bezoek kan verlopen.

Op bezoek komen is geen routineklus, geen morele verplichting maar een doelgerichte, kwaliteitsvolle daad die bijdraagt aan het welbevinden van de oudere. Het is aan de bezoeker-coach om bezoekers het gevoel te geven dat zij wel degelijk bijdragen aan dit kerndoel. Door bezoekers mee te nemen in het model van subjectief welbevinden, ondersteund door de uitkomsten van de assessments WSW-dementie (waardeschaal subjectief welbevinden) en de QSW (questionnaire subjectief welbevinden), kunnen zij gericht invloed uitoefenen op de kerndimensies van het welbevinden van de oudere die mede het dagelijks geluk bepalen.^{2,3} Bied hen mogelijkheden om tijdens het bezoek handelingsgericht bezig te zijn, iets te doen dat bijdraagt aan die kerndimensie en het welbevinden. Op deze manier krijgt het bezoek een waardevolle en doelgerichte invulling, hebben ze een betekenisvolle rol en blijven ze bijdragen aan het geluk van hun naaste. Stel dat geluk vooral wordt bepaald door lichamelijk en cultureel welbevinden, daag bezoekers dan uit om een

korte wandeling te doen in de tuin van het WZC, omdat dit de omgeving is die een gunstig effect heeft op de oudere.

Educatie geven is hier een fel onderschatte maar essentiële taak. Het is één van de vier fasen van empowerment die cruciaal is om te komen tot bewuste keuzes en autonomie.⁴ Door uit te leggen hoe het welbevinden van ouderen wordt bepaald, in kaart gebracht en gestimuleerd, worden bezoekers geholpen keuzes te maken om het bezoekmoment doelgericht en kwaliteitsvol in te vullen. Je moet begrijpen waarom die wandeling in de tuin zo betekenisvol kan zijn, voordat je als bezoeker de keuze maakt het ook effectief te doen. Hetzelfde gaat op voor de educatie rond het dementieproces. Om te komen tot een positieve omgang tussen de ouderen met dementie en hun naasten, is het essentieel dat de laatstgenoemden het gedrag van de oudere begrijpen, kunnen verklaren en er gepast mee kunnen omgaan. Ook hier zal de bezoeker-coach een belangrijke rol moeten opnemen. De focus ligt hier op de belevingsgerichte communicatie.⁵ Door vorming aan te bieden leer je bezoekers om niet meer gefrustreerd te raken wanneer ze herhaaldelijk dezelfde vraag krijgen, om te gaan met onrust en mee te gaan in de beleving van de oudere.

Op dit moment laten woonzorgcentra kansen liggen door niet te kiezen voor een bezoeker-coach. Het benutten van deze kansen vraagt lef en vooral daadkracht. In elke visie van het WZC zou dit zichtbaar moeten zijn. Door te schrijven: "Bezoek is bij ons partner in het realiseren van de persoonsgerichte woonzorg. Samen versterken we elke dag opnieuw het persoonlijk welbevinden van de bewoners.", teken je een contract met je bezoekers en bewoners. Het stopt echter niet bij het opnemen van de beschrijving in de visie. Zonder actie, plan van aanpak, opvolging en inbedding in de strategie en het beleid van het WZC blijven dit holle woorden. De urgentie om effectief in een bezoekers-coach te voorzien is helder en niet tegen te spreken. Hiermee is de oproep gelanceerd aan het management van de WZC ... start morgen en maak wel degelijk het verschil!

Nog overtuiging nodig waarom te investeren in de functie van een bezoeker-coach? Hiervoor is het belangrijk te erkennen dat het verbeteren van de bezoekerervaring in een WZC niet alleen voordelen oplevert voor de bezoekers, maar ook voor het woonzorgcentrum zelf. De win-winsituaties zijn tegelijk de doelen die je vooropstelt en communiceert: verbeterde levenskwaliteit voor bewoners, verhoogde tevredenheid van familieleden, versterkte gemeenschap, verbeterde reputatie van het woonzorgcentrum, betere communicatie en samenwerking, en vooral een gelukkige oudere in het WZC. En is dat nu niet de kernopdracht van elk WZC: een context creëren waarin elke bewoner elke dag opnieuw zegt: "Hier woon ik graag!"

Meer info over het profiel bezoeker-coach en andere kaders: Geenen K. (2024) Hier woon ik graag! Een praktijkgids voor kwaliteitsvoller wonen in het woonzorgcentrum, ACCO. <https://shop.acco.be/nl-be/items/9789033401039/Hier-woon-ik-graag>

Literatuur

1. Bos-Gosselink G. Verhuizen naar het woonzorgcentrum. DENK, 2004;16:57-60. <https://doi.org/10.1007/BF03059126>.
2. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In CR Snyder & SJ Lopez (red.), Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2005:63-73.
3. Geenen K. (2024). Hier woon ik graag. Een praktijkgids voor een kwaliteitsvoller leven in het woonzorgcentrum. ACCO; 2024.
4. Zimmerman MA. Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. Handbook of community psychology. Plenum Press; 2000.
5. van der Kooij C. Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg in psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen. Vrije Universiteit; 2003.

KLINISCHE LES

Vorbij de dorst: dehydratie in de palliatieve fase

Hans van Delden^{1*}, Willemijn van Erp^{2,3,4}, Alexander de Graeff^{5,6}, Brigitt Borggreve⁷

Samenvatting

Dehydratie bij patiënten in de laatste levensfase vraagt om een multidimensionele aanpak. Of een bepaalde behandeling passend is, hangt niet alleen af van klinische factoren en de medisch-technische mogelijkheden. Ethische, spirituele en psychosociale aspecten spelen ook een rol in de beslissing om bij een individuele patiënt wel of geen diagnostiek en behandeling in te zetten. Deze klinische les geeft aan de hand van een fictieve casus een overzicht van de overwegingen in de besluitvorming, zoals ook weergegeven in de nieuwe richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase'.

Trefwoorden: dehydratie, palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming

-
- 1 Divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht
 - 2 Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen
 - 3 Accolade Zorg, Bosch en Duin
 - 4 Libra Revalidatie & Audiologie, Tilburg
 - 5 Afdeling Medische Oncologie, UMC Utrecht
 - 6 Hospice Demeter, De Bilt
 - 7 Stichting Palliatieve Zorg Nederland, Utrecht
- * Correspondierend auteur: j.j.m.vandelden@umcutrecht.nl

Beyond thirst: dehydration in the palliative phase

Hans van Delden^{1*}, Willemijn van Erp^{2,3,4}, Alexander de Graeff^{5,6}, Brigitt Borggreve⁷

Abstract

Dehydration in patients at the end of life requires a multi-dimensional approach. Whether a particular treatment is appropriate depends on more than just clinical factors and medical-technical possibilities. Ethical, spiritual and psychosocial aspects also play a role in the decision whether or not to initiate diagnostics and treatment for an individual patient with dehydration. This paper provides an overview of the considerations in decision-making, in line with the new Guideline on Dehydration in the Palliative Phase.

Keywords: Dehydration, Palliative phase, Shared decision-making

-
- 1 Division Julius Center for Health Sciences and Primary Care Medicine, UMC Utrecht
 - 2 Department Primary Care, Radboudumc, Nijmegen
 - 3 Accolade Care, Bosch en Duin
 - 4 Libra Rehabilitation & Audiology, Tilburg
 - 5 Department of Medical Oncology, UMC Utrecht
 - 6 Hospice Demeter, De Bilt
 - 7 Palliative Care Foundation Netherlands (PZNL), Utrecht
- * Corresponding author: j.j.m.vandelden@umcutrecht.nl

Introductie

Onder dehydratie wordt een tekort aan lichaamswater verstaan.¹ Het komt voor bij 0,8-35% van patiënten in een verpleeghuis² en maakt als fysiologisch fenomeen vaak deel uit van het stervensproces. Dehydratie kan optreden als gevolg van een verminderde inname van vocht, een verhoogd verlies ervan of een combinatie van beide:^{1,3}

- verminderde inname van vocht, bijv. door afgenomen dorstprikkel, verminderde zelfredzaamheid of onvoldoende aanbod van vocht, mondklachten, slikproblemen of misselijkheid; en/of
- verhoogd verlies van vocht:
 - gastro-intestinaal, bijv. braken of diarree;
 - renaal: polyurie, bijv. ten gevolge van diuretica, hyperglykemie, hypercalciemie of diabetes insipidus;
 - via de huid, bijv. door excessief zweten;

Er zijn drie vormen van dehydratie te onderscheiden:

1. isotone dehydratie (normale plasma-osmolaliteit), bijv. bij braken en diarree;
2. hypertone dehydratie (verhoogde plasma-osmolaliteit), bijv. bij kwetsbare ouderen met onvoldoende dorstprikkel;
3. hypotone dehydratie (verlaagde plasma-osmolaliteit), bijv. bij gebruik van diuretica).

In 2024 is de richtlijn 'Dehydratie en vochttoediening in de palliatieve fase' evidence-based herzien (<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/dehydratie-en-vochttoediening>). In deze klinische les wordt aan de hand van een casus de diagnostiek en behandeling van dehydratie besproken met behulp van deze richtlijn.

Casus

Mevrouw Filippo, 87 jaar, wordt vanwege gevorderde dementie opgenomen in het verpleeghuis. Ze komt nauwelijks nog uit bed en eet en drinkt weinig. Kort na opname waart het norovirus door het verpleeghuis en ook mevrouw Filippo heeft twee dagen lang waterdunne diarree. De zoon van mevrouw Filippo is klinisch chemicus en vraagt aan de specialist ouderengeneeskunde of het geen tijd is voor bloedonderzoek. Hij vermoedt dat zijn moeder is uitgedroogd. Het komend weekend is de huwelijksvoltrekking van zijn dochter en het is de bedoeling dat zijn moeder daarbij aanwezig is.

Laboratoriumonderzoek laat een lichte hypernatriëmie zien (serumnatrium 144 mmol/l) en forse nierfunctiestoornissen (serumkreatinine 150 μ mol/l, eGFR 20 ml/min). In overleg wordt besloten om loperamide voor te schrijven en subcutaan

vocht toe te dienen via een hypodermoclyse. Mevrouw Filippo voelt zich een paar dagen later fit genoeg om naar de bruiloft te gaan. De hypodermoclyse wordt gestaakt. In een comfortabele rolstoel woont ze de plechtigheid bij, tot grote vreugde van alle aanwezigen.

In de loop van de daaropvolgende maand gaat mevrouw Filippo achteruit. Ze ligt in bed en eet en drinkt niet meer. Op steeds spaarzamer wordende heldere momenten uit ze grote dankbaarheid naar haar familie en de zorgverleners en geeft aan 'nergens last van te hebben'. De zoon vraagt zich af of ze niet opnieuw een hypodermoclyse moet krijgen, want daarvan is ze de vorige keer zo goed opgeknapt. De specialist ouderengeneeskunde legt uit waarom dit niet zinvol wordt geacht. In goed overleg wordt met de zoon besloten hiervan af te zien. Uiteindelijk overlijdt mevrouw Filippo een paar dagen later in aanwezigheid van haar zoon, zonder zichtbaar discomfort.

Beschouwing

De palliatieve fase

De richtlijn geeft aan dat bij kwetsbaarheid en/of multimorbiditeit de palliatieve fase wordt gemarkeerd bij het antwoord 'nee' op de zgn. 'surprise question': 'zou u verbaasd zijn als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?'⁴ Gelet op de onderliggende aandoening en de lichamelijke toestand van patiënte lijkt ze aan dit criterium te voldoen. De richtlijn is dus bij haar van toepassing.

Diagnostiek

Diagnostiek is gericht op het vaststellen van dehydratie en de oorzaak ervan. Er zijn geen harde criteria voor dehydratie.^{1,3,5,6} Diagnostiek wordt alleen verricht als het therapeutische consequenties heeft en kan bestaan uit:

- Anamnese: klachten die kunnen passen bij dehydratie (dorst, droge mond en slijmvliezen, verminderde urineproductie, licht gevoel in het hoofd bij overeind komen) en klachten die kunnen wijzen op de oorzaak ervan (bijv. weinig drinken, braken, diarree, veel plassen, veel zweten). Het is belangrijk om bij de anamnese onderscheid te maken tussen dorst en een droge mond. Dorst wordt verlicht door drinken. Klachten over een droge mond kunnen veroorzaakt worden door dehydratie, maar ook door ademen met open mond of als bijwerking van medicatie en worden in dat geval niet, of alleen kortdurend verlicht door drinken.
- Lichamelijk onderzoek: tekenen van dehydratie kunnen zijn: sufheid, snelle pols, (orthostatische) hypotensie, verminderde capillary refill, snelle gewichtsverandering, verlaagde huidturgor, droge huid (oksels) en slijmvliezen. Geen van deze tekenen is specifiek voor dehydratie.

- Aanvullend onderzoek van urine (hoeveelheid, concentratie, natrium) en bloed (kreatinine, natrium, osmolaliteit, calcium, glucose): de nierfunctie (serumkreatinine, eGFR) is vaak verstoord bij dehydratie en dus een maat voor de ernst ervan; daarnaast kan het ook informatie geven over de oorzaak ervan (polyurie bij nieraandoeningen met verminderd concentratievermogen van de nier). Het serumnatrium en -osmolaliteit kunnen informatie geven over de oorzaak (hoog serumnatrium bij diabetes insipidus) of over het soort dehydratie (hypertoon, isotoon of hypotoon). Dat laatste kan consequenties hebben voor de behandeling. Het serumglucose en -calcium geven informatie over mogelijke oorzaken van dehydratie.

Of, en zo ja, welk onderzoek wordt ingezet, hangt af van het samenspel tussen het overstijgende behandeldoel (curatief, palliatief of symptomatisch), de mogelijkheden tot behandeling en de wens van de patiënt.

Behandeling

Technisch gezien zijn er allerlei behandelopties bij dehydratie in de palliatieve fase. Er zijn preventieve maatregelen te nemen, zoals het regelmatig aanbieden van vocht in vormen die bij de situatie van de patiënt passen. Is er eenmaal sprake van dehydratie, dan kan de oorzaak ervan waar mogelijk en gewenst behandeld worden.³ Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan behandeling van braken, diarree, hyperglykemie en hypercalciëmie.

Dehydratie zelf kan, behalve door extra vochtinname per os, ook worden behandeld door kunstmatige toediening van vocht:

- Via een neusmaagsonde: alleen passend als de patiënt al een voedingssonde heeft.
- Langs subcutane weg (hypodermoclyse): alleen geschikt als kortdurende behandeling, waarbij maximaal 1-2 liter per 24u wordt toegediend.
Argumenten voor subcutane toediening zijn:⁷⁻¹⁴
 - Er is minder kans op complicaties (flebitis, roodheid, lekkage en bloedingen).
 - Het inbrengen van een subcutaan infuus is veel gemakkelijker en minder belastend voor de patiënt dan het inbrengen van een intraveneus infuus.
- Langs intraveneuze weg (intraveneus infuus): alleen passend als de patiënt om andere redenen al een intraveneuze toegang heeft, als er meer dan 1 liter vocht per 24 uur moet worden toegediend, of als de ervaring en expertise ten aanzien van hypodermoclyse ontbreken.

Vanzelfsprekend hangt het mede van de context af welke behandelingen mogelijk zijn. In de meeste verpleeghuizen wordt bijvoorbeeld geen intraveneuze vochttoediening

gegeven en de huisarts past in de regel ook geen hypodermoclyse toe. In het ziekenhuis wordt in de praktijk vrijwel altijd gekozen voor intraveneuze vochttoediening.

Afwegingen bij al dan niet toedienen van vocht

In de beschreven casus is er op twee momenten een afweging gemaakt over toediening van vocht. In het eerste geval is besloten om (tijdelijk) vocht toe te dienen en in het tweede geval is daarvan afgezien. Dat leidt tot de vraag welke medische, psychosociale, ethische en spirituele factoren een rol spelen in de overweging om vocht toe te dienen. Het is van groot belang om in zo'n geval altijd expliciet het medische behandeldoel van de toediening van vocht te bespreken. Aangezien mevrouw Philippo gevorderde dementie heeft, is ze mogelijk niet in staat om mee te beslissen over de vraag om wel of niet te behandelen.

Aan de vraag hoe te behandelen gaat dus altijd de vraag vooraf of behandeling wel zinvol en wenselijk is. Aangezien hypodermoclyse een medisch-technische handeling is, moet de vraag naar de zin van de behandeling worden beantwoord in een gesprek tussen arts en vertegenwoordiger, in dit geval haar zoon, waarbij de voor- en nadelen van vochttoediening worden besproken. Hoe gaat dat gesprek?

We nemen aan dat er van mevrouw Philippo geen schriftelijke wilsverklaring bekend is. Maar ook als schriftelijke wilsverklaringen ontbreken, kun je proberen een wens van de patiënt te reconstrueren. Het doel is dan te bedenken wat de patiënt gewild zou hebben. Eerdere uitspraken van de patiënt zouden behulpzaam kunnen zijn, al kunnen voorkeuren ook worden afgeleid uit iemands levensovertuiging of uit iemands levenswijze. Wanneer er geen duidelijke mening van de patiënt bekend is, moet toch de proportionaliteit van een behandeling worden bepaald in het gesprek tussen arts en zoon. Hoogstwaarschijnlijk zullen zij het met elkaar eens worden. In het gesprek dat aan dit besluit vooraf gaat dienen zowel het behandeldoel, als de kans dat de behandeling aan dit doel bijdraagt, besproken te worden.

In de eerste situatie (dehydratie door diarree bij norovirusinfectie) was er sprake van een reversibele oorzaak van de dehydratie. De noodzaak tot vochttoediening was dus slechts tijdelijk. Het was de uitdrukkelijke wens van de zoon dat de moeder in staat zou zijn om aanwezig te zijn bij de bruiloft van haar kleindochter; dit is een psychosociale factor. Het was de verwachting dat na de bruiloft geen vochttoediening meer nodig zou zijn omdat er dan geen sprake meer zou zijn van diarree. Er was geen sprake van een ethisch dilemma. Op grond van deze overwegingen is besloten tot tijdelijke hypodermoclyse.

De richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase' geeft aan dat bij een reversibele of behandelbare oorzaak van dehydratie toediening van vocht in de palliatieve fase overwogen moet worden met als doel om de klachten van de patiënt, de kwaliteit van leven en/of de overleving te verbeteren. Daarbij worden de voor- en nadelen van rehydratie afgewogen samen met de patiënt en naasten. Bij die afweging spelen een rol:

- wens van de patiënt;
- oorzaak van de dehydratie en de mogelijkheid tot behandeling ervan;
- aard en ernst van de klachten en de verwachting dat toediening van vocht de klachten zal doen afnemen;
- nadelen van de toediening;
- setting waarin de patiënt verblijft (thuis, hospice, verpleeghuis, ziekenhuis of elders);
- levensverwachting.

In de tweede situatie (dehydratie in de stervensfase) lagen de overwegingen geheel anders. De richtlijn 'Zorg in de stervensfase' (<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>) geeft aan dat in deze situatie geen vocht gegeven moet worden. De oorzaak van de dehydratie is niet reversibel of behandelbaar en er is onvoldoende reden om te denken dat toediening van vocht bijdraagt aan de kwaliteit van leven of sterven, of aan de overleving. De professionele norm is dus om in die situatie geen vocht toe te dienen. In een dergelijk geval houdt de behandelaar zich aan de professionele regel en informeert de vertegenwoordiger hierover.

Dit standpunt neemt niet weg dat een uitvoerig gesprek nodig is, eventueel ondersteund door middel van een moreel beraad: hulpverleners moeten het gesprek niet uit de weg gaan met een beroep op hun eigen standpunt. Het gaat erom dat de behandelaar zich verbindt met de vraag wat goed is voor deze patiënt vanuit diens perspectief. Als de behandeling van de dehydratie volgens de behandelaar toch echt disproportioneel is, kan zij of hij niet gedwongen worden te behandelen – ongeacht eventuele psychosociale, ethische of spirituele factoren die wél in de richting van behandeling wijzen.

Conclusie

Dehydratie bij patiënten in de laatste levensfase vraagt om een multidimensionele aanpak. De nieuwe richtlijn 'Dehydratie in de palliatieve fase' geeft een overzicht van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden en handvatten om op basis van de klinische situatie en psychosociale, ethische en spirituele factoren tot passende zorg te komen.

Dankbetuiging

Mevr. M. (Merel) de la Combé-Vonk, verpleegkundig specialist, mevr. A.H. (Herma) ten Have MSc, (oncologie)diëtist, Mevr. MSc. N.C. (Nikki) Lips, internist i.o., mevr. dr. T.R. (Rikje) Ruiten, internist ouderengeneeskunde en klinisch farmacoloog, mevr. drs. N.J.J. (Eline) Neels, huisarts, en dhr. dr. W.M.W.H. (Walther) Sipers, klinisch geriater, maakten deel uit van de werkgroep die de richtlijn 'Dehydratie en vochttoediening in de palliatieve fase' heeft herzien.

Literatuur

1. Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, Lohrmann C, Wirnsberger RR, Gordon AL, Schols JMGA. Diagnosing dehydration in the nursing home: international consensus based on a modified Delphi study. *Eur Geriatr Med.* 2020 Jun;11(3):393-402. DOI: 10.1007/s41999-020-00304-3. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32297264; PMCID: PMC7280358.
2. Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, Lohrmann C, Schols JMGA. Prevalence and Risk Factors of Dehydration Among Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Aug;19(8):646-657. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.05.009. Epub 2018 Jul 6. PMID: 30056949.
3. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber C, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022 Apr;41(4):958-989. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.01.024. Epub 2022 Mar 5. PMID: 35306388.
4. van Lummel EV, Ietswaard L, Zuithoff NP, Tjan DH, van Delden JJ. The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2022 Jul;36(7):1023-1046. DOI: 10.1177/02692163221099116. Erratum in: *Palliat Med.* 2022 Jul;36(7):NP1. DOI: 10.1177/02692163221121217. PMID: 35769037; PMCID: PMC10941345.
5. Armstrong LE, Kavouras SA, Walsh NP, Roberts WO. Diagnosing dehydration? Blend evidence with clinical observations. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2016 Nov;19(6):434-438. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000320. PMID: 27583707.
6. Hooper L, Abdelhamid A, Attreed NJ, Campbell WW, Channell AM, Chassagne P, Culp KR, Fletcher SJ, Fortes MB, Fuller N, Gaspar PM, Gilbert DJ, Heathcote AC, Kafri MW, Kajii F, Lindner G, Mack GW, Menten JC, Merlani P, Needham RA, Olde Rikkert MG, Perren A, Powers J, Ranson SC, Ritz P, Rowat AM, Sjöstrand F, Smith AC, Stookey JJ, Stotts NA, Thomas DR, Vivanti A, Wakefield BJ, Waldréus N, Walsh NP, Ward S, Potter JF, Hunter P. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 30;2015(4):CD009647. DOI: 10.1002/14651858.CD009647.pub2. PMID: 25924806; PMCID: PMC7097739.
7. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Zaloga GP, Pontes-Arruda A. Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018 Feb;42(2):296-307. DOI: 10.1177/0148607116676593. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29443395.
8. Challiner YC, Jarrett D, Hayward MJ, al-Jubouri MA, Julious SA. A comparison of intravenous and subcutaneous hydration in elderly acute stroke patients. *Postgrad Med J.* 1994 Mar;70(821):195-7. DOI: 10.1136/pgmj.70.821.195. PMID: 8183752; PMCID: PMC2397852.
9. Chanthong P, Siritwatanakul S, Srion C. Comparison of feasibility between hypodermoclysis and intravenous hydration among palliative care patients in Thailand. *Int J Palliat Nurs.* 2022 Jul 2;28(7):308-312. DOI: 10.12968/ijpn.2022.28.7.308. PMID: 35861446.

10. Danielsen MB, Worthington E, Karmisholt JS, Møller JM, Jørgensen MG, Andersen S. Adverse effects of subcutaneous vs intravenous hydration in older adults: An assessor-blinded randomised controlled trial (RCT). *Age Ageing*. 2022 Jan 6;51(1):afab193. DOI: 10.1093/ageing/afab193. PMID: 34651171.
11. Esmeray G, Şenturan L, Döventaş A. A study on efficacy of hydration administered by subcutaneous infusion in geriatric patients. *Turk J Geriatr*. 2018;21(3):438-45. DOI:10.31086/tjgeri.2018344059.
12. Duems Noriega O, Ariño Blasco S. Efficacy of the subcutaneous route compared to intravenous hydration in the elderly hospitalised patient: a randomised controlled study. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014 May-Jun;49(3):103-7. Spanish. DOI: 10.1016/j.regg.2013.12.003. Epub 2014 Jan 29. PMID: 24484688.
13. O'Keeffe ST, Lavan JN. Subcutaneous fluids in elderly hospital patients with cognitive impairment. *Gerontology*. 1996;42(1):36-9. DOI: 10.1159/000213768. PMID: 8641599.
14. Slesak G, Schnürle JW, Kinzel E, Jakob J, Dietz PK. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Feb;51(2):155-60. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51052.x. PMID: 12558710.

PRAKTIJKVRAGEN

Beter door de dag met Turkse avatar: de ontwikkeling van instructiematerialen voor ouderen met een biculturele achtergrond en beginnende dementie

Yvonne Kerkhof,^{1*} Zohrah Malik,¹ Mirte Disberg-van Geloven,¹ Marjolein den Ouden,¹ Karin Dijkstra¹

Samenvatting

Het gebruik van technologie biedt oplossingen om zorg op afstand te leveren. Een dagbesteding gespecialiseerd in dementiezorg voor mensen met een migratieachtergrond, deelde tablets met Anne4Care uit aan hun cliënten. Anne4Care is een digitale assistent (avatar) die ouderen ondersteunt bij hun dagstructuur en zinvolle dagbesteding. Het doel van het onderzoek is om instructiematerialen te ontwikkelen ter ondersteuning van het gebruik van Anne4Care door ouderen met beginnende dementie – veelal met een Turkse migratieachtergrond – en voor hun zorgprofessionals. In nauwe samenwerking met eindgebruikers (cliënten met dementie en zorgprofessionals) en experts (onderwijskundige, ontwerpers, ontwikkelaars en onderzoekers in zorg en welzijn) zijn instructiematerialen ontwikkeld gebaseerd op foutloos leren. De behoeften en wensen van eindgebruikers werden verzameld door middel van interviews (n=7). De ontwikkelde instructiematerialen zijn getest met gebruikers (n=3). De ontvangen feedback werd verwerkt in definitieve versies van de instructiematerialen. Deze instructiematerialen bestaan uit drie delen: 1) schriftelijke instructies voor personen met dementie en een migratieachtergrond; 2) schriftelijke instructies voor zorgprofessionals en mantelzorgers; en 3) instructies voor de onboarding facilititeit inclusief een animatiefilm van Anne4Care.

Trefwoorden: zorgtechnologie, dementie, ouderen met een migratieachtergrond, foutloos leren

¹ Saxion Hogeschool, Deventer/ Enschede

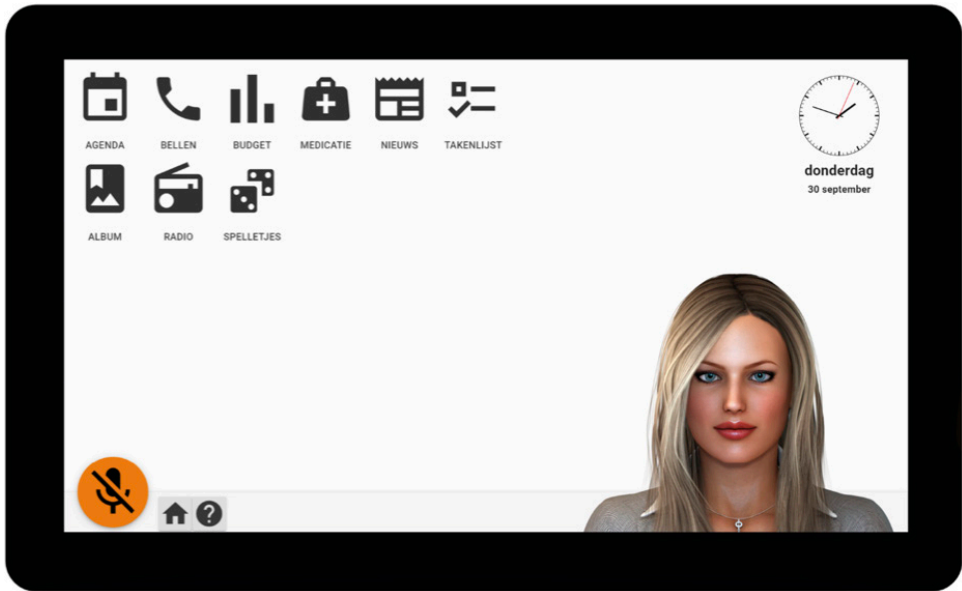
* Correspondierend auteur: y.j.f.kerkhof@saxion.nl

Inleiding

Op dit moment telt Nederland ruim 850.000 ouderen met een migratieachtergrond en daarmee ongeveer 15,5% van alle 55-plussers.¹ Het zorgaanbod om deze mensen goed te ondersteunen schiet tekort, omdat de hulpverlening nog te weinig rekening houdt met de culturele waarden en achtergronden van deze mensen.^{2,3} Een zorgorganisatie in het oosten van Nederland biedt cultuursensitieve dagbesteding voor ouderen met beginnende dementie, veelal met een Turkse migratieachtergrond. De prevalentie van dementie onder ouderen met een migratieachtergrond is hoger dan bij ouderen zonder migratieachtergrond.⁴ Het doel is om deze ouderen overdag een zinvolle dagbesteding te bieden, waardoor zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen zonder in eenzaamheid te belanden. Met name ouderen met een Turkse migratieachtergrond voelen zich vaak eenzaam door hun ongunstige gezondheid, sociaaleconomische status en lagere sociale participatie.⁵

Technologie is een van de oplossingsrichtingen om ouderen met een Turkse migratieachtergrond – ook thuis – te ondersteunen in een zinvolle dagbesteding.⁶ Hoewel COVID-19 het gebruik van digitale zorg in een stroomversnelling heeft gebracht,⁷ zijn er nog steeds bevolkingsgroepen die de digitalisering van de maatschappij niet kunnen bijbenen. Onderzoek laat zien dat ouderen met een migratieachtergrond, een lagere sociaaleconomische status en beperkte taalbeheersing, een groter risico lopen om buitengesloten te worden van digitale hulpmiddelen.⁸ Er zijn verschillende technologieën ontwikkeld die specifiek gericht zijn op deze doelgroepen. Een van de voorbeelden is de persoonlijke virtuele assistent Anne4Care. Anne4Care is uitgerust met slimme spraaktechnologie en kan Turks spreken. Het is een app geïnstalleerd op een tablet in de vorm van een sprekende avatar met gezichtsuitdrukkingen. Anne4Care heeft meerdere functionaliteiten, zoals beeldbellen, agenda met medicatieherinnering, radio, fotoalbum en spelletjes (figuur 1).

Stara et al. concludeerden dat het gebruik van Anne4Care natuurlijke interacties tussen mensen en computers mogelijk maakt en dat het gebruikers met cognitieve beperkingen ondersteunt in veel aspecten van hun dagelijks leven.⁹ Het stelt hen in staat om actiever en onafhankelijker te leven. Daarnaast vermindert het de druk op formele en informele zorgverleners.⁹ Bij de zorgorganisatie werd gezocht naar manieren om ook thuis ondersteuning te bieden. Anne4Care biedt hierin een passende oplossing. Een kwalitatief ontwerp- en gebruikersonderzoek, waarin cliënten van de zorgorganisatie participeerden, toont aan dat Anne4Care potentie heeft om thuiswonende mensen met beginnende dementie en veelal een Turkse migratieachtergrond te ondersteunen bij de dagstructuur en een zinvolle dagbesteding.¹⁰ Als avatar zorgt Anne4Care voor interactie en verbondenheid. Hierdoor wordt ze onderdeel van de dagelijkse routine en nemen cliënten het hulpmiddel na verloop van tijd zelfs mee naar de dagbesteding.^{10,11}



Figuur 1 Functionaliteiten Anne4Care. (Door op de oranje knop te drukken kan de assistent op geleiding van een verbale opdracht (“open”) functionaliteiten openen. Ook helpt ze de cliënt herinneren aan afspraken en de inname van medicatie met behulp van verbale en visuele instructies.)

Wel is het wenselijk dat er voldoende aandacht uitgaat naar het leren gebruiken van de technologie, voor zowel cliënt als professional. Naast extra ondersteuning in de vorm van voorlichtingssessies en coaching in het dagelijks gebruik voor cliënten en mantelzorgers, blijken bestaande instructies niet aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen met beginnende dementie en een Turkse migratieachtergrond. Er zijn instructies nodig die duidelijk maken dat Anne4Care bruikbaar is, ongeacht beperkingen in taal- en digitale vaardigheden, en die bovendien de meerwaarde van dagelijks gebruik onderstrepen.^{10,11} Het doel van dit onderzoek is om in co-creatie instructiematerialen te ontwikkelen voor thuiswonende ouderen met beginnende dementie en een Turkse migratieachtergrond, en voor zorgprofessionals. De materialen dienen eenvoudig en op maat inzetbaar te zijn om het gebruik van Anne4Care te bevorderen.

De onderzoeksvraag luidt: “Welke instructies hebben thuiswonende ouderen met beginnende dementie en een migratieachtergrond nodig om de Turkse Anne4Care te kunnen gebruiken, en welke instructies hebben zorgprofessionals en mantelzorgers nodig om hen hierbij goed te kunnen ondersteunen?”

Setting, methode en aanpak onderzoek

Methode en aanpak onderzoek

In dit ontwerpgericht onderzoek is gebruik gemaakt van de Design Thinking methode. Deze methode wordt toegepast bij complexe problemen, waarbij de wensen en behoeften van de eindgebruiker centraal staan.¹² Het proces bestaat uit vijf fasen dat samen met stakeholders is doorlopen, met als doel het probleem te exploreren en in gezamenlijkheid een oplossing te ontwerpen.^{12,13} In deze casestudie bestaan de stakeholders uit de eindgebruikers (cliënten met dementie en zorgprofessionals) en experts (onderwijskundige, ontwerpers, ICT-ontwikkelaars en onderzoekers in zorg en welzijn). De volgende fasen zijn doorlopen:

- De empathize-fase kenmerkt zich door het inleven in de eindgebruiker en de technologie. In deze fase werd kennis gemaakt met de zorgorganisatie, de cliënten (deelnemers) en hun zorgprofessionals (deelnemers ZP) en gingen onderzoekers in gesprek over Anne4Care. Ook vonden semigestructureerde interviews plaats ($n=2$) met de initiatiefnemer van de zorgorganisatie en een onderzoeker van voorgaand gebruikersonderzoek naar Anne4Care.¹⁰ Tot slot hebben de onderzoekers zich verdiept in de technologie door Anne4Care te gebruiken m.b.v. bestaande gebruikershandleidingen.
- In de define-fase vindt nadere verdieping plaats in probleem en context. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij drie deelnemers met beginnende dementie of een vermoeden daarvan (een vrouw, twee mannen; gemiddelde leeftijd 62 jaar) en bij twee deelnemers ZP. De vragen hadden betrekking op ervaringen met gebruik (wat goed/minder goed gaat) en op de ondersteuning die ontbreekt en wenselijk is. Ook werden deelnemers geobserveerd tijdens het gebruik van Anne4Care. De deelnemers werden geworven via de betrokken zorgorganisatie en waren bekend met zowel het gebruik van Anne4Care als het onderzoek ernaar. De onderzoekers zijn bij twee interviews waarbij de deelnemers de Nederlandse taal minder goed spraken ondersteund door Turkssprekende zorgprofessionals. Tot slot zijn inzichten uit onderzoek over het effectief aanleren van technologische vaardigheden bij mensen met dementie, evenals belangrijke ontwerpeisen voor gebruik, verkend. Op basis hiervan werd samen met de uitkomsten van de interviews, een eerste versie ontwerpeisen voor de instructies opgesteld. De resultaten werden in een Excel-bestand ingedeeld in hoofd- en subthema's. Deze waren enerzijds afgeleid van de interviewtopics, anderzijds gebaseerd op ervaringen van deelnemers en zorgprofessionals en op bevindingen uit de literatuur.
- In de ideate-fase werd een vertaalslag gemaakt van ontwerpeisen naar concrete aanbevelingen voor instructies voor Anne4Care. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met ontwerpers en ontwikkelaars van Anne4Care, in samenwerking met een onderwijskundige.

- In de prototype-fase maakte de onderwijskundige een eerste schets van nieuwe gebruikershandleidingen, die vervolgens door ontwerpers en ontwikkelaars van Anne4Care verder werd verfijnd. Ook zijn prototypen gemaakt van aanvullende instructiematerialen om het gebruik te bevorderen.
- In de testfase zijn instructiematerialen voorgelegd aan een deelnemer ZP en twee deelnemers met beginnende dementie of een vermoeden daarvan (één vrouw, één man; gemiddelde leeftijd 78 jaar). Bij één deelnemer was ondersteuning nodig bij de vertaling en het lezen van talige instructies. Het doel van deze testfase was gebruikerservaringen op te halen met de definitieve versies van de instructiematerialen.

Setting

Dit onderzoek vond plaats bij een zorgorganisatie in het oosten van Nederland. Deze organisatie biedt cultuursensitieve dagbesteding voor ouderen met beginnende (of een vermoeden van) dementie – veelal met een Turkse migratieachtergrond – door o.a. het leefklimaat af te stemmen op geloof, tradities en gewoontes van cliënten.

Ethische verantwoording

De Saxion Ethische Adviescommissie (SEAC) oordeelde dat dit onderzoek niet-wmo plichtig was. Voorafgaand aan het onderzoek tekenden alle deelnemers een informed consent formulier, nadat ze schriftelijke en mondelinge informatie hadden ontvangen o.a. over het doel, privacy en dat gegevens worden bewaard in een beveiligde research Cloud van Saxion. Tijdens de interviews en gebruikerstesten met deelnemers met dementie was er sprake van een ongoing consent door regelmatig te vragen of ze zich nog steeds comfortabel voelden bij de procedure.¹⁴

Resultaten

Empathize en define-fase:

Op basis van de (onderzoeks)activiteiten uit de Empathize en Define fase zijn de belangrijkste requirements (req) onderverdeeld in de volgende thema's: context, huidige gebruik, randvoorwaarden, wensen instructie en vorm.

Context

Veel cliënten hebben geen scholing gevolgd, ervaren moeite met de Nederlandse taal en zijn minder digitaal vaardig. Het is daarom belangrijk dat instructies in hun moedertaal en gebruiksvriendelijk zijn, bijvoorbeeld door gebruik te maken van plaatjes, weinig tekst en concreet taalgebruik (req 1). Omdat deze groep doorgaans

nauwe banden heeft met hun familie, is het van belang dat ook zij worden betrokken voor een goede implementatie van Anne4Care (req 2).

Huidig gebruik

Deelnemers geven aan met name de agenda met medicatieherinnering te gebruiken. Andere functionaliteiten zoals het fotoalbum, beeldbellen of de algemene agenda worden minder gebruikt. Deelnemers zien hiervoor onvoldoende meerwaarde, begrijpen de functies niet of deze komen niet overeen met bestaande middelen (kalender/mobiele telefoons). Het is helpend als Anne4Care ook mobiel beschikbaar zou zijn. Ook geven deelnemers aan dat ze voor het gebruik van bepaalde functionaliteiten afhankelijk zijn van anderen, zoals het uploaden van foto's en filmpjes. Zowel een deelnemer als deelnemer ZP geven aan dat de meerwaarde voor het gebruik van Anne4Care duidelijk moet zijn (req 3). Deelnemers ZP beamen dat het personaliseren van het gebruik daarbij kan helpen (req 4).

“Anne4Care geeft reminders: heb je de medicijnen geslikt? Voorheen moest ik door mijn vrouw erop worden geattendeerd en dat zorgde soms voor conflictsituaties. Nu geeft mijn vrouw alleen aan als ik Anne niet hoor. Ik gebruik Anne4Care elke dag” – Deelnemer 2.

“Laatst was er een vrouw die aangaf dat ze soms vergeet de deur op slot te doen of het gasfornuis uit te zetten. Wij hebben dit in de agendafunctie als afspraak in de avond gezet, zodat Anne4Care eraan herinnert om dit te controleren” – Deelnemer ZP.

Randvoorwaarden

Voor de gebruiksvriendelijkheid van Anne4Care moeten volgens deelnemers ZP een aantal randvoorwaarden goed geregeld zijn. Ten eerste is een stabiele internetverbinding essentieel (req 5), evenals een voorafgaande verkenning van de functionaliteiten voor een persoonsgericht gebruik (req 6). Zowel een deelnemer als deelnemer ZP beamen daarom dat het aansluiten van Anne4Care thuis moet plaatsvinden. Dit biedt de mogelijkheid om samen te verkennen waar Anne4Care het beste kan worden geplaatst, zodat meldingen niet worden gemist (req 7). Daarnaast zijn instructies wenselijk om wantrouwen rondom het gebruik weg te nemen (req 8). Zo geeft een deelnemer aan dat Anne4Care midden in de nacht praatte en werd uitgezet vanwege brandgevaar. Een andere deelnemer vertelt meldingen te missen doordat Anne4Care na een tijdje overgaat in slaapstand (req 9).

“Op sommige dagen heb ik Anne4Care in slaapstand en dan gebeurt er verder weinig. Ik vergeet dan ook mijn medicatie. Ik heb hierover contact gehad met de Turksprekende helpdesk en weet nu dat ik Anne even aan en uit moet zetten” – Deelnemer 3.

Wensen instructie en vorm

Geen van de drie deelnemers heeft de huidige gebruikershandleiding van Anne4Care gebruikt. Vooral deelnemers ZP dragen suggesties aan voor de verbetering van bestaande instructies. Zij adviseren om gebruik te maken van een stappenplan (req 10) met herkenbare iconen en pictogrammen (req 11) en daarbij gebruik te maken van herhaling (req 12) en eenvoudige instructies en taalgebruik (req 13). Uit de literatuur blijkt dat mensen met beginnende dementie nieuwe technologieën het beste kunnen aanleren via foutloos leren (FL).^{15,16} De handeling wordt daarbij stapsgewijs aangeleerd, met herhaling en visuele instructies in de vorm van herkenbare plaatjes en eenvoudig taalgebruik, zoals het gebruik van korte zinnen.¹⁵⁻¹⁷ Het is wenselijk dat de betekenis en praktische uitvoering van de methode FL in de instructies wordt opgenomen (req 14).

Met betrekking tot de vorm stellen deelnemers en deelnemers ZP voor dat een-op-een instructies en intensieve begeleiding wenselijk zijn (req 15), maar dat (aanvullend) ook groepsinstructies wenselijk zijn (req 16). Daarnaast geven zij aan dat visuele en auditieve Turkstalige instructies in de vorm van een instructievideo ondersteunend kunnen zijn (req 17), en/of dat Anne4Care zelf instructies geeft (req 18). Omdat veel cliënten zich verwant voelen met de Turkse cultuur, is het wenselijk dat de omgeving van Anne4Care hierop wordt aangepast (req 19).

De ideate en prototype-fase:

De concrete aanbevelingen voor instructies op basis van de requirements zijn opgedeeld in 3 delen. Deel 1: schriftelijke instructies voor cliënten. Deze bevatten onder andere stappenplannen per functionaliteit, ondersteunt met herkenbare iconen. Deel 2: instructies voor zorgprofessionals en mantelzorgers. Deze bevatten praktische tips rondom het aanleren van Anne4Care met behulp van FL, scenario's voor het opmaat inzetten van Anne4Care en belangrijke randvoorwaarden voor het gebruik ervan. Deel 3: instructies voor onboarding. Deze bevatten adviezen voor het hanteren van dezelfde stappenplannen met auditieve en visuele instructies die cultuursensitief van aard zijn.

Aan de hand van deze aanbevelingen is een eerste concept gemaakt van de schriftelijke instructies voor personen met dementie. Deze zijn door ontwerpers en ontwikkelaars van Anne4Care verder verfijnd, zie figuur 2. Wat opvalt is hoe de instructies zijn opgedeeld in stappen met herkenbare pictogrammen en iconen, in lijn met het ontwerp van Anne4Care. Ook is een (prototype) Turks-Nederlandse animatiefilm opgeleverd over 'Mehmet', die Anne4Care gebruikt. Daarnaast is een onboardingfaciliteit ontwikkeld, waarin later visuele Turkse instructies over het gebruik in Anne4Care worden geïntegreerd.

De testfase:

De deelnemers geven aan dat schriftelijke instructies in deelstappen met herkenbare iconen en pictogrammen helder en ondersteunend zijn. Ook geven beiden aan dat de onboarding facility extra ondersteuning geeft voor het gebruik van Anne4Care. Voor één deelnemer geldt dit ook voor de animatiefilm. De andere deelnemer heeft de film vanwege vermoeidheid niet kunnen zien. De deelnemer ZP geeft aan dat de visuele instructies meteen ingezet kunnen worden om Anne4Care aan cliënten en mantelzorgers uit te leggen. Vooral in de onboarding faciliteit ziet zij erg veel potentie om zorgtechnologie aan de doelgroep uit te leggen. Uiteindelijk hebben de onderzoekers en onderwijskundige de aanbevelingen van deel 1, 2 en 3 uitgewerkt in concrete instructies in een rapport voor ontwerpers en ontwikkelaars van Anne4Care.

Datum en tijd

Stap 1:

Druk op de oranje microfoonknop linksonderin. U ziet nu dat de microfoonknop groen wordt.



Microfoon uit

Stap 2:

Naar de datum vragen:

Vraag terwijl de microfoonknop groen is:

“Wat is de datum van vandaag?”



Microfoon aan

Naar de tijd vragen:

Vraag terwijl de microfoonknop groen is:

“Hoe laat is het?”

Rechtsbovenin het scherm is ook een klok en de datum te zien.



12:58

dinsdag
06 oktober

Figuur 2 Functionaliteit Anne4Care in deelstappen.

Discussie met leerpunten

In nauwe samenwerking met eindgebruikers en experts zijn instructies ontworpen voor het gebruik van Anne4Care door cliënten met beginnende dementie en een (Turkse) migratieachtergrond. Daarbij zijn ook instructies gemaakt om zorgprofessionals en mantelzorgers te ondersteunen. Door functionaliteiten van Anne4Care op te delen in kleine stappen, te visualiseren met herkenbare iconen en pictogrammen, en gebruik te maken van eenvoudige taal, hopen we dat het voor personen met dementie en een (Turkse) migratieachtergrond gemakkelijker wordt om Anne4Care te gebruiken. Ook kunnen instructies gebaseerd op de FL methode^{15,16} ondersteunend zijn voor zorgprofessionals en mantelzorgers bij het aanleren van de nieuwe technologie aan personen met dementie. Naast een betrokken netwerk¹⁸ is het voor adoptie van technologie essentieel om het gebruik goed af te stemmen op de individuele gebruiker.¹⁹ Door verschillende voorbeeldscenario's op te nemen in de gebruikershandleiding voor professionals en mantelzorgers, kan Anne4Care beter worden afgestemd op de gebruiker. Hieronder wordt een voorbeeldscenario beschreven:

“Mevrouw Oztürk (fictieve naam) is slechthorend. Als zij in een andere kamer bezig is, hoort zij Anne4Care niet spreken. Het gebruik van Anne4Care is vooral visueel; zij kijkt regelmatig op het scherm. De reminders voor medicatie ziet zij op het scherm en moet ze afvinken. Zij wil ook een visuele reminder voor haar afspraken (afspraken worden nu alleen door Anne4Care opgenoemd en niet getoond op het scherm). De instellingen worden daarom aangepast en mevrouw Oztürk ziet nu ook haar afspraken op het scherm van Anne4Care (die ze kan afvinken)”.

Tevens is de verwachting dat aanvullend beeldmateriaal zoals animatiefilms en visuele instructies, zowel personen met dementie als zorgprofessionals ondersteunt bij het zelfstandig gebruik van Anne4Care. Deze benadering is eerder effectief gebleken om mensen te helpen nieuwe vaardigheden te verwerven.²⁰

Sterktes en leerpunten:

In dit ontwerpgerichte onderzoek is intensief samengewerkt met eindgebruikers en hebben diverse expertises elkaar versterkt. Er is tijd genomen om elkaar te leren kennen en een relatie op te bouwen. De samenwerking was gebaseerd op gelijkwaardigheid en wederkerigheid door van én met elkaar te leren. We hadden hierbij profijt van eerder gebruikersonderzoek, waarin cliënten van de zorgorganisatie een rol vervulden als co-onderzoekers.¹⁰ Dit onderzoek heeft ze niet alleen digitaal vaardiger gemaakt, maar ook het gevoel gegeven “er toe te doen”. Hierdoor was de motivatie van cliënten hoog en vonden zij het vanzelfsprekend om ook met de onderzoekers van de huidige studie mee te denken. Leerpunten zijn dat de gebruikerstesten te lang waren en dat sommige onderdelen te ingewikkeld bleken voor deelnemers. Ondanks dat de onderzoekers rekening hielden met strategieën om mensen met

dementie zorgvuldig te betrekken¹⁴ en regelmatig vroegen of de deelnemers zich nog comfortabel voelden bij de procedure, zijn er toch signalen van vermoeidheid bij een deelnemer gemist. We hebben in deze ontwerpgerichte casestudie een kleine groep deelnemers intensief betrokken en de instructies slechts met een paar deelnemers getest. De betrokkenheid van mantelzorgers in de define- en testfase verliep indirect via zorgprofessionals, die ook hun perspectieven inbrachten.

Conclusie:

Met het maken van deze instructies en de gehanteerde participatieve werkwijze dragen we bij aan de inclusie van personen met dementie en een migratieachtergrond, omdat dit hen ondersteunt bij het gebruik van technologie die zelfredzaamheid en sociale participatie bevordert. De requirements en de ontwikkelde instructies, evenals de manier waarop deze tot stand zijn gekomen, dragen bij aan de behoefte om digitale systemen toegankelijk te maken voor iedereen, ongeacht culturele achtergrond of cognitieve beperkingen.²¹ We hopen dat dit soort instructies vaker zal worden ingezet, zodat meer mensen hiervan de voordelen ervaren.

Financiering

Dit onderzoek was onderdeel van het RAAK Kiem project 'Aan de slag met virtuele Anne4Care'. Medegefinancierd door Regieorgaan SIA, onderdeel van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Dankwoord

Onze speciale dank gaat uit naar de deelnemers bewoners en medewerkers van IMEAN Care voor hun medewerking aan het onderzoek. Ook danken we Sevilay Luiken-Dalli (directeur IMEAN Care) en Annemarie Johannes (directeur Virtask) voor hun betrokkenheid en samenwerking.

Literatuur

1. Regt de S, Fokkema T, Das M. Migrantenouderen in Nederland. Een beschrijvende analyse van de leefsituatie van ouderen uit de 20 grootste herkomstgroepen: CBS; 2022. Beschikbaar via (24 september 2024): <https://cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland>.
2. Steunenbergh B, de Wit N. Diversiteit in vergrijzing: cultuursensitieve ouderenzorg voor de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten. *Bijblijven*. 2013;29(4):39-44.
3. Pijpers R, Carlsson H. De impact van het wijkgerichte werken voor de toeleiding naar zorg van oudere migranten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2018;49(6):244-52.
4. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, van Campen JP, Kok RM, ter Riet G, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;31(9):1040-9.

5. van Tilburg TG, Fokkema T. Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2018;49(6):263-73.
6. Baãdoudi F, Kuijpers T, Everaars B, Herber G, Spijkerman, A. Hoe gaat het met thuiswonende ouderen tijdens COVID-19: inzichten uit de literatuur - deel II. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2021.
7. Hamel M. Corona brengt digitale zorg in stroomversnelling. *Nursing*. 2020;26(12):34-7.
8. Buchert U, Kemppainen L, Olakivi A, Wrede S, Kouvonon A. Is digitalisation of public health and social welfare services reinforcing social exclusion? The case of Russian-speaking older migrants in Finland. *Critical Social Policy*. 2022;43(3):375-400.
9. Stara V, de Jong M, Felici E, Bolliger D, Birrer E, von Döllen V, et al. The design adaptation of the virtual assistant Anne for moderate dementia patients and their formal caregivers in protected environment tests. In: Lightner & Kalra (eds). *Advances in human factors and ergonomics in healthcare and medical devices. Proceedings of the AHFE International Conference on Human Factors and Ergonomics in healthcare and medical devices, July 24-28, 2019, Washington D.C., USA*. Springer International Publishing, 2019. p. 270-279.
10. van Leersum CM, Konrad KE, Siebrand E, Malik ZB, den Ouden MEM, Bults M. Engaging older adults with a migration background to explore the usage of digital technologies in coping with dementia. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1125834.
11. Bults M, Dijkstra K, Malik Z, Siebrand E, Olthuis T, van Leersum K. Anne4Care voor migrante-ouderen. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van migrantenouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals tijdens de proefimplementatie van Anne4Care. Enschede: Lectoraat Technology, Health & Care & Academie Mens & Maatschappij, Saxion University of Applied Sciences, 2021.
12. Smit AJ. Complexe problemen oplossen: design thinking of ontwerpgericht onderzoek? *OnderwijsInnovatie*. 2018;20(2):17-24.
13. Olde Wolsink-van Harlingen A, Groen-van de Ven L, Hasselaar J, Thalen J, Jukema J, Vissers K, et al. Developing a toolkit for patients with COPD or chronic heart failure and their informal caregivers to improve person-centredness in conversations with healthcare professionals: A Design Thinking approach. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(11):3324-30.
14. Murphy K, Jordan F, Hunter A, Cooney A, Casey D. Articulating the strategies for maximising the inclusion of people with dementia in qualitative research studies. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*. 2015;14(6):800-24.
15. De Werd MM, Boelen D, Rikkert MG, Kessels RP. Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1177-90.
16. Kerkhof YJF, Bergsma A, Mangiaracina F, Planting CHM, Graff MJL, Dröes RM. Are people with mild dementia able to (re) learn how to use technology? A literature review. *International Psychogeriatrics*. 2022;34(2):113-28.
17. Kerkhof YJF, Bergsma A, Graff MJL, Dröes RM. Selecting apps for people with mild dementia: Identifying user requirements for apps enabling meaningful activities and self-management. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 2017;4:2055668317710593.
18. Øksnebjerg L, Woods B, Ruth K, Lauridsen A, Kristiansen S, Holst HD, et al. A Tablet App Supporting Self-Management for People With Dementia: Explorative Study of Adoption and Use Patterns. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(1):e14694.
19. Hitch D, Swan J, Pattison R, Stefaniak R. Use of touchscreen tablet technology by people with dementia in homes: A scoping review. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 2017;4:1-8.
20. Van Gog T, Verveer I, Verveer L. Learning from video modeling examples: Effects of seeing the human model's face. *Computers & Education*. 2014;72:323-7.
21. Gibson A, McCauley C, Mulvenna M, Ryan A, Laird L, Curran K, et al. Assessing usability testing for people living with dementia. In: *Proceedings of the 4th Workshop on ICTs for improving Patients Rehabilitation Research Techniques (REHAB)*; Lisbon, Portugal, October 13-14, 2016. pp. 25-31.

VOOR U GESIGNALEERD

Convergeren van expertise in de zorg: orthogeriatrisch co-management voor ouderen met een majeure osteoporotische fractuur

Sigrid Janssens, Marian Dejaeger, Mieke Deschodt, An Sermon

Met de vergrijzing van de bevolking stijgt het aantal oudere volwassenen met majeure osteoporotische fracturen, wat leidt tot aanzienlijke uitdagingen op het vlak van gezondheid, welzijn en druk op de gezondheidszorg. Orthogeriatrisch co-management, waarbij geriatrische en chirurgische teams samenwerken via een multidisciplinaire aanpak, wordt voorgesteld als een veelbelovend model om patiëntuitkomsten te verbeteren. Dit doctoraatsonderzoek uitgevoerd door Sigrid Janssens, onder begeleiding van prof. Marian Dejaeger, prof. An Sermon en prof. Mieke Deschodt, had als doel de effectiviteit, kosteneffectiviteit en implementatie van orthogeriatrisch co-management te onderzoeken bij patiënten van 75 jaar en ouder die gehospitaliseerd werden met een majeure osteoporotische fractuur.

Het onderzoek bestond uit twee delen. In **Deel I** werd in het Universitair Ziekenhuis Leuven een hybride type II pre-post studie uitgevoerd naar het verpleegkundig-gestuurde co-managementmodel G-COMAN. In een eerste fase werden 108 patiënten gerekruteerd die standaardzorg ontvingen (geriatrische consultatie op aanvraag). Voor de evaluatie van de implementatie van G-COMAN werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd die aantoonde dat het model uitvoerbaar en aanvaardbaar was, en dat de kerncomponenten van de interventie voldoende werden toegepast. Vervolgens werden 108 patiënten opgenomen onder het G-COMAN-model. De primaire uitkomst was het aantal complicaties tijdens hospitalisatie; secundaire uitkomsten waren onder andere functionele en cognitieve achteruitgang, kosten en heropnames.

De resultaten toonden aan dat G-COMAN leidde tot een significante daling van 13% in delierincidentie. Er werden ook duidelijke voordelen vastgesteld op het vlak van naleving van geriatrische zorgprotocollen en patiëntgerichte zorg. Ook werd minder functionele en cognitieve achteruitgang bij ontslag vastgesteld. De ziekenhuisverblijven

waren iets langer, maar de kosten bleven vergelijkbaar. Na ontslag werd geen verschil in uitkomsten waargenomen, behalve een afname in ongeplande heropnames bij patiënten met niet-heupfracturen en betere opvolging van secundaire fractuurpreventie.

In **Deel II** werd een retrospectieve populatiestudie uitgevoerd op basis van gegevens van 8.302 patiënten uit 60 Belgische ziekenhuizen. Hiervoor werd eerst via een vragenlijst bij 95 ziekenhuizen het zorgmodel per ziekenhuis in kaart gebracht. Vervolgens werd de effectiviteit en kosteneffectiviteit van systematische geriatrische samenwerking (systematische consultatie of geïntegreerde zorg) vergeleken met consultatie op aanvraag.

De resultaten lieten zien dat geïntegreerde zorg op een chirurgische afdeling leidde tot minder spoedgevallenopnames na ontslag, zonder negatieve impact op mortaliteit, heropnames of institutionalisering. Vanuit economisch perspectief bleek geriatrische consultatie op aanvraag op een geriatrische afdeling het meest kosteneffectief, hoewel de verschillen tussen modellen klein waren.

Conclusie: het doctoraatsonderzoek toont aan dat orthogeriatrisch co-management, zowel via verpleegkundig-gestuurde modellen als via systematische samenwerking tussen geriatrie en chirurgie, de zorg voor oudere patiënten met osteoporotische fracturen verbetert. Hoewel de klinische effecten deels bescheiden zijn, verbetert deze aanpak vooral de kwaliteit van zorg tijdens hospitalisatie en de opvolging van fractuurpreventie, zonder extra kosten. De bevindingen ondersteunen de integratie van geriatrische expertise in de routinezorg als een duurzame strategie om de uitkomsten voor deze kwetsbare patiëntengroep te optimaliseren.

VOOR U GESIGNALEERD

Complexiteit van symptomen bij kwetsbare ouderen

Jeanine Rutten

Het proefschrift *Symptom complexity in frail older adults – Towards better diagnosis in urinary tract infections and COVID-19* bestaat uit twee delen. Het eerste deel richt zich op passend voorschrijven van antibiotica voor urineweginfecties bij verpleeghuisbewoners. Het tweede deel behandelt COVID-19 bij verpleeghuisbewoners.

In het eerste deel staat het ANNA-onderzoek centraal: een cluster-gerandomiseerd onderzoek waarbij verpleeghuizen een interventie kregen bestaande uit een beslissboom in het elektronisch patiëntendossier, scholingen en zakkaartjes over urineweginfecties. Hoewel het aandeel passend antibioticagebruik tussen de interventie- en controlegroep niet significant verschilde, daalde het totaal aantal antibioticavoorchriften in de interventiegroep wel significant. Dit is een belangrijke aanwijzing dat de interventie behulpzaam kan zijn.

De ervaringen van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden met de interventies zijn uitgevraagd in interviews en enquêtes. Deze inzichten zijn meegenomen in de doorontwikkeling van de interventies. Vervolgonderzoek leidde tot extra tools, zoals een observatiechecklist en een poster over het gebruik van de urinedipstick. Alle producten die voortgekomen zijn uit het onderzoek zijn gratis beschikbaar op de website van UNO Amsterdam.

Het tweede deel van het proefschrift beschrijft een prospectieve cohortstudie naar COVID-19 in verpleeghuizen tijdens de eerste fase van de pandemie. Hierin werd onderzoek gedaan naar onder andere de 30-dagenmortaliteit en de gerelateerde risicofactoren. Uit de analyses bleek een hoge sterfte, waarmee het belang van goede infectiepreventie en uitbraakmanagement werd onderstreept. Bewoners met dementie of de ziekte van Parkinson bleken extra kwetsbaar te zijn.

Het proefschrift is online beschikbaar.

VOOR U GESIGNALEERD

BE-EMPOWERed: een Belgische studie ter bevordering van de implementatie en effectiviteit van een multifactoriële valpreventie interventie bij thuiswonende oudere personen

Sara Vandervelde

Hoewel wetenschappelijk onderzoek voortdurend nieuwe inzichten oplevert, worden deze vaak onvoldoende toegepast in de praktijk. Deze kloof leidt tot onderzoekverspilling en suboptimale patiëntenzorg. Ook effectieve valpreventie interventies bereiken oudere personen niet altijd, ondanks het feit dat een op de drie thuiswonende oudere personen jaarlijks valt. De complexiteit van valproblematiek en de druk op onze zorgsystemen bemoeilijken implementatie in de thuisomgeving. Dit onderstreept de noodzaak van gerichte strategieën om bewezen interventies effectief in te bedden in de eerste lijn.

In dit proefschrift onderzochten Sara Vandervelde en haar collega's de ontwikkeling en evaluatie van *BE-EMPOWERed: Belgian study Enhancing the uptake and the Effectiveness of a Multifactorial falls Prevention intervention in Older community-dWelling peRsons*. Dit programma ondersteunt de implementatie van een multifactoriële valpreventie interventie bij thuiswonende oudere personen en werd ontwikkeld aan de hand van verschillende implementatiekaders, waaronder Intervention Mapping. Het onderzoek omvat drie centrale doelen: het verkennen van determinanten en strategieën voor implementatie, de ontwikkeling van het programma en de evaluatie ervan in vier Vlaamse eerstelijnszones.

In het eerste deel werden twee systematische literatuurstudies en een kwalitatieve studie uitgevoerd.¹⁻³ De eerste literatuurstudie bracht 29 studies samen over determinanten die implementatie beïnvloeden. Hierin werden 40 barrières en 35 bevorderende factoren onderscheiden, waaronder beschikbaarheid van middelen, kennis, motivatie, teamprocessen en financiering.¹ De kwalitatieve studie onderzocht 33 contextspecifieke determinanten in de Vlaamse thuissetting. Succesvolle

implementatie bleek sterk afhankelijk van betrokkenheid van alle actoren, met een centrale rol voor de oudere persoon.² De tweede literatuurstudie bracht 18 studies in kaart rond implementatiestrategieën. Voor oudere personen en zorgverleners bleken maatwerk, actieve betrokkenheid en bewustmaking doeltreffend; op organisatieniveau waren samenwerking en technische ondersteuning essentieel.³

Op basis van deze inzichten werd in co-creatie met een eerstelijnszone het BE-EMPOWERed-programma ontwikkeld. Het bestaat uit drie onderdelen: een groepsprogramma van zeven weken voor oudere personen, twee workshops voor zorgverleners (over valpreventie en motiverende gespreksvoering) en een zes stappen implementatieplan met procesbegeleiding voor structurele inbedding. Het programma vertrekt vanuit strategieën zoals actief leren, personaliseren van valrisico's, sociale vergelijking en interprofessionele samenwerking.⁴

In het derde deel werd het programma geëvalueerd via een mixed methods studie in vier eerstelijnszones. Er namen 188 oudere personen deel aan 19 groepsprogramma's. De opkomst was hoog (86-96%) en het uitvalpercentage laag (5%). Deelnemers rapporteerden meer fysieke activiteit en veiliger gedrag. Ook objectieve verbeteringen in balans, kracht en mobiliteit werden vastgesteld, met een vermindering van het aantal vellers met meer dan 50%. Focusgroepen bevestigden meer bewustzijn en concrete acties, zoals woningaanpassingen en evaluatie van het medicatieschema. De resultaten tonen aan dat het programma haalbaar is en positief wordt onthaald, wat perspectieven biedt voor bredere implementatie.

Dit proefschrift toont het belang aan van het versterken en opschalen van bewezen valpreventie interventies en biedt waardevolle inzichten voor zorgverleners, beleidsmakers en onderzoekers in het domein van valpreventie en implementatie.

Het proefschrift is beschikbaar op aanvraag bij sara.vandervelde@kuleuven.be. Meer informatie over het BE-EMPOWERed programma vindt u op www.valpreventie.be.

Literatuur

1. Vandervelde S, Van den Bosch N, Vlaeyen E, Dierckx de Casterlé B, Flamaing J, Belaen G, et al. Determinants influencing the implementation of multifactorial falls risk assessment and multidomain interventions in community-dwelling older people: a systematic review. *Age and Ageing*. 2024;53(7).
2. Vandervelde S, Dierckx de Casterlé B, Vlaeyen E, Flamaing J, Valy S, Belaen G, et al. Context makes a difference: a qualitative study exploring how to implement a multifactorial falls prevention intervention in the community. *BMC Public Health*. 2025;25(1):485.

3. Vandervelde S, Vlaeyen E, Dierckx de Casterlé B, Flamaing J, Vally S, Meurrens J, et al. Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review. *Implementation Science*. 2023;18(1).
4. Vandervelde S, Vlaeyen E, Dierckx de Casterlé B, Flamaing J, Belaen G, Delbaere K, et al. The development of BE-EMPOWERed: Belgian program Enhancing the uptake and Effectiveness of a Multifactorial falls Prevention intervention in Older community-dwelling persons. *BMC Geriatrics*. 2025;25(1):412.