



TIJDSCHRIFT VOOR

Gerontologie en Geriatrie

2026 · jaargang 57 · nummer 2

Editorial 1

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Levensverhalen van 60-plussers zonder kinderen:
reflecties op kinderloosheid en eenzaamheid
doorheen de levensloop 2

Hannelore Stegen, Eva Dierckx, Liesbeth De Donder

De prevalentie van zorgproblemen bij verpleeghuis-
bewoners in Nederland: een overzicht van 2017-2024 19

Yvonne Goërtz, Sil Aarts, Sam Duijnste, Suzanne Rijcken,
Daisy Janssen, Katya Sion

Klanken die resoneren: ervaringen van verpleeghuis-
bewoners met klankschalen. Een exploratieve
kwalitatieve studie 34

Henrike Konings, Roeslan Leontjevas, Wendy Willemsen,
Els Derksen

PRAKTIJKVRAGEN

Wensen en behoeften voor de inzet van informele
zorgverleners tijdens de Geriatische Revalidatie 49

Esmee Hak, Rudy Vernooij, Nicole Sistermans, Niels Jongejan,
Di-Janne Barten, Karin Valkenet

VOOR U GESIGNALEERD

Sterker thuis 60

Astrid Preitschopf-Van Gestel

De geografie van welbevinden op latere leeftijd 62

Linden Douma

Pionieren voor welbevinden voor mensen met
dementie en zeer ernstig probleemgedrag op
gespecialiseerde afdelingen 64

Gerrie van Voorden

**RADBOD
UNIVERSITY
PRESS**

Colofon TGG jaargang 57 nummer 2 – juni 2026

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

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

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

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

Redactieleden

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

Dr. M. (Marian) Dejaeger, klinische geriatrie

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

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

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

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

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

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

Redactiesecretaris

Joanneke Smeenk

Vormgeving

Texcetera, Den Haag

Website

www.tvgg.nl

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

**RADBOD
UNIVERSITY
PRESS**



TGG wordt mede gefinancierd door ZonMw
<https://www.zonmw.nl/nl/ouderen>

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).

Editorial

Beste lezer,

Voor u heeft u de tweede uitgave van 2026 (jaargang 57) van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. In deze uitgave vindt u drie peer-reviewed, in PubMed opgenomen, wetenschappelijke artikelen, één Praktijkvraag en drie bijdragen in de rubriek Voor u gesignaleerd.

De wetenschappelijk artikelen beschrijven twee kwalitatieve studies, namelijk over reflecties op kinderloosheid, en over de ervaring van klankschaalsessies door verpleeghuisbewoners. Daarnaast vindt u een studie over de prevalentie van zorgproblemen in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Hiervan wordt een overzicht gegeven over de periode 2017-2024.

De Praktijkvraag in deze uitgave gaat over wensen en behoeften voor de inzet van informele zorgverleners tijdens geriatrische revalidatie. In Voor u gesignaleerd staat het welbevinden centraal. Zo signaleerden wij een proefschrift over de ontwikkeling, onderbouwing en implementatie van ambulante geriatrische revalidatie die (deels) in de thuissituatie van kwetsbare ouderen plaatsvindt, een proefschrift naar de relatie tussen ervaren welbevinden en de leefomgeving op latere leeftijd, en een proefschrift over pionieren voor welbevinden voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag op gespecialiseerde afdelingen.

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

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Levensverhalen van 60-plussers zonder kinderen: reflecties op kinderloosheid en eenzaamheid doorheen de levensloop

Hannelore Stegen^{1,2,3*}, Eva Dierckx^{1,4}, Liesbeth De Donder¹

Samenvatting

Kinderen zijn een belangrijke schakel in het leven van ouderen, onder meer op het vlak van sociale netwerken en zorg. Niettemin toont eerder onderzoek uit Vlaanderen dat 60-plussers zonder kinderen niet eenzamer zijn dan hun leeftijdsgenoten met kinderen (Stegen et al., 2025). Aangezien dit indruist tegen een wijdverspreid intuïtief aanvoelen, beoogt de voorliggende studie beter te begrijpen waarom 60-plussers zonder kinderen zich niet zozeer eenzamer voelen dan ouderen met kinderen. Welke thema's in hun levensverhalen geven inzicht in hoe zij hun eventuele gevoelens van eenzaamheid beleven? We namen levensverhaalinterviews af bij twaalf 60-plussers zonder kinderen. Omdat we er specifiek tijdens de interviews naar vroegen, is eenzaamheid het leidende thema van deze studie. Toch staat eenzaamheid in relatie met vier andere thema's die naar boven kwamen: het kunnen maken van ruimte voor andere dingen, een gevoel van sociale uitsluiting, aanvaarding en zingeving door andere kinderen. Gekoppeld aan deze thema's ervaren de deelnemers een dualiteit aan gevoelens: negatievere gevoelens en bewoordingen (bv. "gemis" of "er niet bij horen") wisselden elkaar dan ook af met positieve ervaringen en opportuniteiten (bv. "opluchting" of "vrijheid"). Ouderen zonder kinderen vormen een heel heterogene groep, met heel wat verschillende visies op hun leven zonder kinderen en de impact op het welzijn hiervan. Kinderloosheid is deel van iemands levensloop, maar is niet altijd doorslaggevend in de ervaringen en gebeurtenissen van mensen.

Trefwoorden: eenzaamheid, kinderloosheid, levensverhalen

1 Society and Ageing Research Lab (SARLab), Vrije Universiteit Brussel (VUB), België.

2 Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen (FWO), Brussel, België.

3 Expertisecentrum Zorg & Welzijn, Onderzoeksgroep Mobilab & Care, Thomas More Hogeschool, Geel, België.

* Correspondierend auteur: hannelore.stegen@vub.be.

4 Alexianen Zorggroep Tienen, Psychiatrisch Ziekenhuis, België.

Life stories of older adults without children: reflections on childlessness and loneliness throughout the life course

Hannelore Stegen^{1,2,3*}, Eva Dierckx^{1,4}, Liesbeth De Donder¹

Abstract

Children are an important component in the lives of older adults, including in terms of social networks and care. Nevertheless, previous research from Flanders shows that older adults without children are not lonelier compared to older adults with children (Stegen et al., 2025). As this runs counter to a widely held intuitive assumption, the present study seeks to gain a better understanding of why adults aged 60 and over without children do not experience higher levels of loneliness than their counterparts with children. Which themes in their life narratives provide insight into how they experience, or do not experience, feelings of loneliness? We conducted life story interviews with twelve older adults without children. Because we specifically asked about it during the interviews, loneliness is the leading theme of this study. Yet loneliness is related to four other themes that emerged: being able to make space for other things, feeling socially excluded, acceptance, and meaning through other children. Linked to these themes, the participants experienced a duality of feelings: more negative feelings and wordings (e.g. “missing out” or “not belonging”), therefore alternated with positive experiences and opportunities (e.g. “relief” or “freedom”). Older people without children are a very heterogeneous group, with a lot of different views on their life without children and its impact on well-being. Childlessness is part of a person’s life course, but it is not always decisive in people’s experiences and life events.

Keywords: Loneliness, Childlessness, Life Stories

1 Society and Ageing Research Lab (SARLab), Vrije Universiteit Brussel (VUB), Belgium.

2 Research Foundation Flanders (FWO), Brussels, Belgium.

3 Expertise Center Care & Welfare, Research Group Mobilab & Care, Thomas More University of Applied Sciences, Geel, Belgium.

* Corresponding author: hannelore.stegen@vub.be.

4 Alexianen Care Group Tienen, Psychiatric Hospital, Belgium.

Achtergrond

Kinderen krijgen is niet voor iedereen een vanzelfsprekend gegeven. Mensen kunnen de keuze maken om geen kinderen te krijgen of blijven ongewild kinderloos. Er zijn dan ook verschillende redenen waarom mensen kinderloos zijn. Eén op de zes mensen wereldwijd ervaart ooit vruchtbaarheidsproblemen.¹ Sommigen geven prioriteit aan een carrière boven een gezinsleven,² hebben een kritisch perspectief op de samenleving,³ hebben een partner die geen kinderen (meer) wenst,⁴ of maken levensloopgebeurtenissen mee – zoals een traumatische gebeurtenis op jonge leeftijd of geconfronteerd worden met een ziekte – die maken dat mensen nooit kinderen krijgen.³

Verder is er in Europa een stijgende trend in kinderloosheidscijfers waar te nemen sinds de jaren '60.⁵ Deze toename is te verklaren door onder meer een grotere beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen, een grotere betrokkenheid van vrouwen op de arbeidsmarkt en stijgende opleidingsniveaus.⁶ De twee belangrijkste redenen voor de toename van kinderloosheid zijn het uitstellen van het krijgen van kinderen enerzijds (i.e. de kinderwens uitstellen tot het krijgen van kinderen biologisch uiteindelijk niet meer mogelijk is) en veranderende maatschappelijke normen en waarden die leiden tot een grotere sociale acceptatie van kinderloosheid anderzijds.⁷ In Europa tonen gepoolde gegevens uit de SHARE-databank van 1992 tot 2017 dat de prevalentie van kinderloosheid onder oudere volwassenen varieert van 5,6% in Tsjechië tot 16,2% in Ierland. SHARE staat voor Survey of Health Ageing and Retirement, een grootschalig internationaal panelonderzoek dat de gezondheid, sociaal-economische situatie en sociale netwerken van mensen van 50 jaar en ouder in Europa bestudeert. In België ligt de prevalentie van kinderloosheid op 12,2%, in Nederland op 10,2%.⁸

Het hebben van kinderen wordt vaak gezien als een voordeel op latere leeftijd: kinderen vormen een belangrijk onderdeel van het sociale netwerk van ouderen⁹ en zijn vaak de belangrijkste mantelzorgers.¹⁰ Kinderloosheid zou dan ook kunnen leiden tot meer eenzaamheid^{11,12} en minder levenstevredenheid.¹³ Bevindingen uit een Vlaams surveyonderzoek bij 543 60-plussers, waarvan 255 zonder kinderen, tonen echter aan dat er op het vlak van eenzaamheid geen verschil bestaat tussen ouderen met en zonder kinderen.¹⁴ Ouderen zonder kinderen zijn dus niet significant eenzamer dan ouderen met kinderen. Omdat dit ingaat tegen het buikgevoel van heel wat mensen, wil voorliggende studie dan ook beter begrijpen waarom ouderen zonder kinderen zich wel of net niet eenzaam voelen.

Ouderen die te maken kregen met kinderloosheid doorheen hun levensloop gaan daar op verschillende manieren mee om, zeker wanneer het om een onvervulde kinderwens gaat. Sommigen zoeken emotionele steun bij familie en vrienden,¹⁵ terwijl anderen baat hebben bij het krijgen van professionele begeleiding of zelfhulpgroepen¹⁶ waar ze hun ervaringen kunnen delen met anderen die in een vergelijkbare

situatie verkeren. Sommige mensen proberen ook stress en verdriet te verminderen door meditatie, aandachtsoefeningen, sportbeoefening of andere ontspanningsmethoden.¹⁷ Deze manieren kunnen veranderen doorheen het leven en hebben nog steeds een impact op hoe (eenzaam) ouderen zich vandaag de dag voelen.^{17,18}

In dit onderzoek willen we daarom onderzoeken hoe ouderen omgingen met hun kinderloosheid doorheen het leven. Welke thema's in het levensverhaal van ouderen zonder kinderen kunnen ons hun eventuele eenzaamheidsgevoelens helpen begrijpen, en wat maakt dat ze zich, ondanks het niet hebben van kinderen, niet per se eenzaam voelen?

Methode

Design, inclusiecriteria & werving

We namen levensverhaalinterviews af bij twaalf 60-plussers zonder kinderen tussen 60 en 89 jaar, woonachtig in Vlaanderen of Brussel (zie tabel 1 voor een overzicht van alle kenmerken). De inclusiecriteria waren dat de oudere deelnemers geen kinderen mochten hebben (of zichzelf zo percipieerden, ook al hadden ze bijvoorbeeld stiefkinderen), en dat ze ouder moesten zijn dan 60 jaar. Om deelnemers te bereiken, werden verschillende kanalen gebruikt: nieuwsbrieven of Facebookpagina's van ouderenorganisaties, affiches en folders in bijvoorbeeld dokterspraktijken of culturele centra, via het netwerk van de eerste auteur.

Toestemming & protocol

Deelnemers kregen op voorhand een informatiebrief, zodat elke deelnemer de mogelijkheid had om vooraf vragen te stellen of ervoor te kiezen om niet deel te nemen aan het onderzoek. Elke deelnemer was vrij om te kiezen waar en wanneer het interview zou plaatsvinden. De interviews vonden uiteindelijk allemaal plaats in de thuisomgeving van de deelnemers en werden individueel (dus zonder aanwezige partner indien de deelnemer een partner had) afgenomen door de eerste auteur. Aan het begin van het interview ondertekende elke deelnemer een geïnformeerd toestemmingsformulier, en werden de structuur en het doel van het interview kort besproken voor de start van het eigenlijke interview. De deelnemers gaven via het toestemmingsformulier toestemming om een audio-opname te maken voor verdere verwerking van de data. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie voor Humane Wetenschappen (ECHW) van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) (dossiernummer: 257).

Beschrijving deelnemers

Alle deelnemers, zes mannen en zes vrouwen, hebben de Belgische nationaliteit. Acht deelnemers hadden op het moment van het interview een partner, vier hadden geen partner. Twee van de deelnemers, Jules (71 jaar) en Christa (71 jaar), vormden een koppel, maar werden wel apart geïnterviewd. Alle deelnemers spraken Nederlands. Eén deelnemer had stief(klein)kinderen, maar benoemde zichzelf wel als kinderloos. Wat betreft kinderloosheid, was dit bij zeven deelnemers ongewenst, voor drie was dit gewenst en twee kenden hierin een evolutie of gaven aan ergens tussenin te zitten. De redenen voor kinderloosheid varieerden, gaande van levensloopgebeurtenissen (bv. jeugdtrauma, opname in een instelling), redenen die te maken hadden met de partner die geen kinderen wilde of die zich hiervoor te oud voelde, geen aanpassingen aan het eigen leven willen maken voor kinderen, of biologische problemen bij zichzelf en/of de partner. Om eenzaamheid te kunnen inschatten, namen we de 6-item De Jong Gierveld eenzaamheidsschaal af:¹⁹ zeven deelnemers voelden zich niet eenzaam, vijf deelnemers ervaarden matige eenzaamheid.

Interviewtechniek & -duur

We maakten gebruik van de levensverhaalinterview-methodiek van McAdams.^{20,21} Tijdens dit levensverhaalinterview kreeg elke deelnemer de tijd om zijn of haar levensverhaal te vertellen. Het begin van elk interview richtte zich op het eigenlijke levensverhaal van de deelnemers, waarbij hen werd gevraagd hun eigen leven als een boek te beschouwen en dit boek in hoofdstukken op te delen (om praktische redenen tussen twee en zeven). Na het doornemen van de hoofdstukken van hun levensverhaal, bespraken we hoe ze het leven hebben ervaren zonder kinderen, met een focus op eenzaamheid en de link die ze met hun kinderloosheid zien. Levensloopinterviews nemen iemands volledige levensloop in beschouwing en niet enkel het 'heden'. Omdat kinderloosheid een impact heeft doorheen de hele levensloop, wilden we een interviewtechniek hanteren die ook effectief oog heeft voor iemands volledige leven. De interviews werden afgenomen tussen december 2021 en september 2023. Ze duurden gemiddeld 1 uur 41 minuten; het kortste interview duurde 54 minuten, het langste 2 uur 19 minuten.

Tabel 1 Overzicht deelnemers – de namen van de deelnemers werden gepseudonimiseerd.

Deelnemer	Gender	Leeftijd	Partnerstatus	Eenzaamheid volgens de De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal (score tussen 0 en 6)	Ongewenste/gewenste kinderloosheid	Reden kinderloosheid
1. Maria	V	71	Partner	Matig eenzaam (3)	Ongewenst	Biologische reden bij zichzelf
2. Julia	V	60	Partner	Niet eenzaam (0)	Ongewenst	Combinatie: partner op latere leeftijd ontmoet + angst voor beperking bij kind + angst voor bevalling
3. Bea	V	89	Geen partner	Niet eenzaam (1)	Ongewenst	Levensloopgebeurtenis (psychiatrie)
4. Marc	M	80	Partner	Matig eenzaam (3)	Ongewenst	Biologische problemen bij hemzelf of partner (nooit onderzocht)
5. Louis	M	73	Geen partner	Niet eenzaam (0)	Ongewenst	Medische problemen bij partner (vnl.)
6. Leon	M	72	Partner	Matig eenzaam (3)	Ongewenst	Medische problemen bij partner – heeft plus(klein)kinderen bij huidige partner
7. Stef	M	64	Partner	Niet eenzaam (1)	Ongewenst	Partner vond zichzelf te oud
8. Ria	V	63	Geen partner	Niet eenzaam (1)	Gewenst	Levensloopgebeurtenissen (jeugdtrauma) + nooit juiste man op juiste moment ontmoet
9. Jules	M	71	Partner (respondent 10)	Niet eenzaam (1)	Gewenst	Kinderen vragen aanpassingen die hij niet zag zitten
10. Christa	V	71	Partner (respondent 9)	Niet eenzaam (0)	Gewenst	Partner wilde er geen en dit was oké voor haar
11. Martha	V	66	Partner	Matig eenzaam (2)	Eerst gewenst, later geëvolueerd naar ongewenst	Combinatie van levensloopgebeurtenissen (misbruik, depressie) – ooit zwanger geweest maar abortus gepleegd
12. Arthur	M	70	Geen partner	Matig eenzaam (2)	Ergens tussenin	Levensloopgebeurtenissen: veel reizen waardoor hij nooit partner op juiste moment leerde kennen

Legende: V = vrouw; M = man

Analyse

Tijdens de analyseprocedure werden alle interviews woordelijk getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Het analyseprogramma MAXQDA werd gebruikt om de gegevens te analyseren. Voor de analyse van de kwalitatieve gegevens werd gebruik gemaakt van inductieve reflexieve thematische analyse, zoals beschreven door Braun en Clarke.²² Deze methode heeft zes fasen voor het identificeren en analyseren van patronen in kwalitatieve data. Eerst werden de data grondig gelezen (fase 1), waarna initiële codes voor interessante kenmerken werden gegenereerd (fase 2). Deze codes werden gegroepeerd in thema's (fase 3), die vervolgens werden beoordeeld en verfijnd voor consistentie (fase 4). Daarna werden de thema's gedefinieerd en benoemd (fase 5). Ten slotte werd een verslag geschreven waarin de thema's werden beschreven en geïllustreerd (fase 6). Deze rigoureuze aanpak zorgde ervoor dat de analyse zowel flexibel, reflectief als gestructureerd was, waardoor diepgaande inzichten in de data werden verkregen. De interviews werden inductief en reflexief thematisch geanalyseerd door de eerste auteur, in voortdurende samenspraak met de andere auteurs. Door regelmatige overlegmomenten werden codes en thema's gezamenlijk ontwikkeld en verfijnd, wat de validiteit van de interpretaties versterkte. Daarnaast reflecteerden de auteurs ook nauwgezet op de positiona-liteit van de betrokken onderzoekers. Positionaliteit is de manier waarop sociale en persoonlijke kenmerken de onderzoeker beïnvloeden in hoe die kennis produceert en interpreteert.²³ Tijdens de interviews werd deze positionaliteit bewaakt door een empathische maar analytische interviewhouding en openheid tegenover de deelnemers, wat bijdroeg aan het opbouwen van vertrouwen zonder hun interpretaties volledig over te nemen. Daarnaast werd in de analysefase kritisch gereflecteerd op mogelijke invloeden van het persoonlijke perspectief van de hoofdonderzoeker, onder meer door systematisch overleg met de mede-onderzoekers, om zo de interpretaties te verrijken en mogelijke vertekeningen te beperken.

Resultaten

De weg naar een leven zonder kinderen

De levensverhalen van twaalf ouderen die kinderloos zijn gebleven, bieden inzicht in hoe persoonlijke, relationele en maatschappelijke factoren samenkomen in de levensloop. Hoewel ze allen het ouderschap niet hebben ervaren, is de weg naar kinderloosheid bij ieder van hen uniek en dat uitte zich in de levensverhalen die ze vertelden.

Bij een aantal respondenten was kinderloosheid het gevolg van biologische of medische beperkingen. Maria (71 jaar) kon om biologische redenen geen kinderen krijgen, terwijl Marc (80 jaar) en Louis (73 jaar) vermoedden dat vruchtbaarheidsproblemen bij henzelf of hun partner een rol speelden, al werd dit bij Marc nooit officieel

medisch bevestigd. Leon (72 jaar) kreeg nooit kinderen door medische problemen bij zijn partner, waarbij hij via zijn huidige relatie alsnog een band met plus(klein) kinderen ontwikkelde. De partner van Stef (64 jaar) vond zichzelf te oud om voor kinderen te gaan.

Andere levensverhalen tonen hoe relationele timing en persoonlijke overtuigingen het ouderschap in de weg stonden. Julia (60 jaar) ontmoette haar partner pas op latere leeftijd en worstelde met angsten rond bevalling en mogelijke beperkingen bij een kind. Arthur (70 jaar) leidde een leven vol reizen en vond daardoor nooit een partner op het juiste moment. Ria (63 jaar), beïnvloed door jeugdtrauma's, koos uiteindelijk bewust voor een leven zonder kinderen, mede omdat ze nooit de juiste man ontmoette.

Sommige respondenten maakten expliciete keuzes tegen het ouderschap. Jules (71 jaar) zag de aanpassingen die kinderen vereisen niet zitten en koos samen met zijn partner Christa (71 jaar) voor een leven zonder kinderen, een beslissing die voor beiden op lange termijn aanvaardbaar bleek. Bij Martha (66 jaar) was de kinderloosheid aanvankelijk een bewuste keuze, maar deze evolueerde doorheen de jaren onder invloed van ingrijpende gebeurtenissen zoals misbruik, depressie en een abortus. Na de abortus bleef ze kinderloos, maar achteraf bekeken was ze misschien toch liever moeder geweest.

Bea's verhaal (89 jaar) is bijzonder: haar kinderloosheid werd beïnvloed door een periode van psychiatrische problematiek (onterecht, zo bleek ook achteraf), wat haar levensloop een kwetsbare dimensie geeft. Ook bij haar was het ontbreken van kinderen dus een ongewenst gegeven.

Na het overlopen van de levensverhalen hadden we met de deelnemers aandacht voor een aantal thema's die samenhangen met hun kinderloosheid. Specifiek naar eenzaamheid waren de auteurs zeer benieuwd, vandaar dat hier expliciet naar werd gevraagd. Uit de verhalen van de deelnemers kwamen echter nog een aantal thema's naar boven, zoals 'ruimte hebben voor andere mogelijkheden', 'een gevoel van sociale uitsluiting', 'aanvaarding' en 'zingeving door andere kinderen'. Hieronder wordt ingegaan op deze verschillende thema's en hoe deze met eenzaamheid samenhangen.

Mix van gevoelens

Deelnemers, voornamelijk de deelnemers bij wie het hebben van kinderen een on vervulde wens bleef, gebruikten voor hun gevoelens rond kinderloosheid heel wat negatieve termen, zoals "het er moeilijk mee hebben", "er ambetant van zijn" (Vlaams taalgebruik voor "er verveeld mee zitten"), "zich vaak verdrietig hebben gevoeld", "niet bepaald gelukkig zijn", "minderwaardigheidsgevoelens" of "zich vaak alleen gevoeld hebben". Bij een aantal deelnemers kwam een gevoel van "gemis" en "tekort" naar boven. Voor Ria (63 jaar) was er echter niet meer echt sprake van een gemis, maar van een verlangen, een onderscheid dat ze ook duidelijk uitlegde:

“Het was een verlangen, eigenlijk eerder een verlangen dan een gemis, het is een verlangen, ja. Een gemis is eerder dat je eronder lijdt hè, een verlangen is iets waar je op hoopt, wat je zou willen, 't is eigenlijk, ja dat hè? Ja. Ik lijd er niet onder hè?”

Eenzaamheid

Omdat eenzaamheid het centrale concept is van deze studie, werd de deelnemers na de beschrijving van hun levensloop, die doorheen de resultaten nog aan bod komt, gevraagd wat eenzaamheid precies voor hen betekende. Twee deelnemers, Louis (73 jaar) en Stef (64 jaar), zagen eenzaamheid echt als een fysiek gegeven, waarbij je fysiek omringd bent door andere mensen. Louis (73 jaar) kreeg zelf geen kinderen omwille van medische problemen bij zijn partner. Ze hebben regelmatig kunstmatige inseminatie geprobeerd, maar dit zonder succes. Uiteindelijk ging hij uit elkaar met haar, zij ondernam nadien wel nog enkele zelfmoordpogingen. Hij bleef dus ongewenst kinderloos, maar ervaarde naar eigen zeggen geen eenzaamheid op het moment van het interview. Hij beschreef eenzaamheid als volgt:

Eenzaamheid is alleen zijn en niet weten wie je zou kunnen contacteren als er een probleem is of als je iemand zou willen zien. Dat je eigenlijk afgesloten bent van de buitenwereld. Allez, fysiek afgesloten van de fysieke buitenwereld, afgesloten van andere mensen. Want op ander vlak zijn er zo veel mogelijkheden. Je kan op internet dingen gaan zoeken, je kan tv kijken, boeken lezen. – Louis (73 jaar)

In tegenstelling tot wat Louis (73 jaar) hierboven vertelde, maakten sommige deelnemers wel heel bewust een onderscheid tussen ‘alleen zijn’ aan de ene kant en ‘eenzaam zijn’ aan de andere kant. Waar ‘alleen zijn’ volgens hen voornamelijk doelt op het niet fysiek omringd zijn, gaat ‘eenzaam zijn’ volgens hen verder dan deze betekenis en wordt hierbij het negatieve gevoel benadrukt. Julia (60 jaar) bijvoorbeeld, ontmoette haar huidige partner pas op latere leeftijd. Eerder in haar leven was ze altijd angstig voor bevallingen en voor de kans dat ze een kind met een beperking op de wereld zou zetten en dus bleef ze ongewenst kinderloos. Zij beschreef het verschil tussen ‘alleen’ en ‘eenzaam’ en herkende zichzelf niet in de definitie van eenzaamheid die ze zelf gaf.

Dat is echt niemand hebben. Ik heb bijvoorbeeld heel lang alleen gewoond, maar ik was niet eenzaam. En dat is voor mij een groot punt. Ik zie het echt als alleen zijn, geen vrienden en familie. Dat was echt nooit mijn situatie. Alleen is niet eenzaam. – Julia (60 jaar)

Doorheen hun leven hebben sommige deelnemers wel eenzaamheid ervaren, waarbij in sommige levenshoofdstukken meer eenzaamheid aanwezig was dan in

andere. Bepaalde gebeurtenissen konden op die manier bijdragen aan eenzaamheid. Dit konden kleine eenmalige triggers zijn, zoals “een film” die eenzaamheidsgevoelens opriep of een “moeder die met een kind over straat liep”. Het kon ook een grotere trigger zijn, zoals bepaalde levensloopgebeurtenissen. Leon (72 jaar) bijvoorbeeld, verloor zijn echtgenote en vond het moeilijk om naar bedrijfsfeestjes te gaan, hij had de moed niet omdat er over kinderen gesproken werd en hij hierdoor moeilijk contacten kon leggen.

Ook herhaaldelijke gebeurtenissen konden eenzaamheid oproepen, zoals bepaalde specifieke periodes in het jaar. Feestdagen waren voor een aantal deelnemers, zoals Marc (80 jaar) en Louis (73 jaar), periodes die ze graag voorbij zagen gaan. Marc (80 jaar), die omwille van biologische problemen bij hem of zijn partner nooit kinderen kreeg en de exacte oorzaak nooit liet achterhalen, beschreef dit als volgt:

De Kerst- en Nieuwjaarsperiode is een periode dat we graag hebben dat die voorbij is, omdat je dan de meeste eenzaamheid tegenkomt. – Marc (80 jaar)

Alle deelnemers kregen tijdens het levensverhaalinterview de vraag of ze expliciet een link zagen tussen hun kinderloosheid en eventuele eenzaamheidsgevoelens. Waar sommige deelnemers dit bevestigden en ze effectief een link zagen tussen beide, was dit voor andere deelnemers niet het geval. Sommige deelnemers ervaarden niet per se eenzaamheid, maar andere gevoelens. Andere deelnemers schreven hun eenzaamheidsgevoelens toe aan andere zaken en gaven zelf aan dat niet de kinderloosheid daar doorslaggevend in was, maar andere bepalende levensloopgebeurtenissen, zoals het ontbreken van een partner of geconfronteerd worden met ziekte.

Jules (71 jaar) ten slotte, die gehuwd is met Christa (71 jaar) en nooit kinderen wilde omwille van de levensaanpassingen die kinderen zouden vragen, gaf nog aan dat je ook mét kinderen eenzaam kan zijn.

Als je nu een kind hebt en je ziet die niet dikwijls, want die gaat studeren in Amerika, dan heb je een kind. Ik denk dat die mensen eenzamer zijn dan ik, omdat die gewoon, die hebben een kind en dat verdwijnt dan op de een of andere manier. Of, nog veel cruer, als uw kind overlijdt. Dan begrijp ik dat je eenzaam moet zijn. – Jules (71 jaar)

Ruimte voor andere mogelijkheden

Waar eenzaamheid als een negatief gevoel werd benaderd, gaven de deelnemers ook aan dat het niet hebben van kinderen tegelijkertijd ook voor nieuwe opportuniteiten kon zorgen. Het hebben van ruimte voor andere mogelijkheden kwam dus naar boven als eerste nieuwe thema in relatie tot eenzaamheid. Ondanks het “gemis” en het “altijd leegblijven van een ruimte die bijvoorbeeld als logeerkamer werd

gebruikt" (en dus niet als kinderkamer), gaf Marc (80 jaar) aan dat hij in de plaats daarvan wel "ieder jaar een maand op reis kon gaan" met zijn partner. Marc (80 jaar) bleef ongewenst kinderloos, vermoedelijk als gevolg van medische problemen bij hemzelf of zijn partner. Ze hebben nooit de ware oorzaken geprobeerd te achterhalen via medische tests.

Verschillende deelnemers beseften dat er, ondanks de soms eenzame periodes in het leven, dingen mogelijk waren doorheen het leven die niet mogelijk zouden zijn geweest als ze kinderen hadden. Ook een financiële "reserve" (Marc, 80 jaar) kon makkelijker opgebouwd worden, omdat er niet snel op geld gekeken moest worden. Een ander voordeel is "niets hebben dat je bindt" (Stef, 64 jaar), bijvoorbeeld als het gaat over een plek om te wonen of over niet gebonden zijn aan de schoolvakanties, omdat je niet gebonden bent aan je kinderen. Hoewel Stef (64 jaar) zichzelf als ongewenst kinderloos beschouwt omdat het eigenlijk de keuze van zijn partner was geweest omwille van haar te hoge leeftijd, ziet hij dus ook positieve aspecten aan het niet hebben van kinderen. Jules (71 jaar), die zijn hele leven als leerkracht werkte, maakte ooit een bewuste keuze om geen kinderen te krijgen en waardeerde in de eerste plaats de "opluchting" en de "vrijheid" die er zijn wanneer je na de werkuren geen kinderen meer hebt om voor te zorgen.

Gevoel van sociale uitsluiting

Ondanks de vele mogelijkheden om zinvol de tijd te benutten, konden ouderen zonder kinderen soms wel het gevoel krijgen sociaal uitgesloten te worden. 'Sociale uitsluiting' was dus een tweede thema dat uit de interviews naar boven kwam. Dit kon het resultaat zijn van eenzaamheidsgevoelens of net eenzaamheid als gevolg hebben. Of dit nu door ontmoetingen aan "de schoolpoort" (Leon, 72 jaar) kwam, op "schoolfeesten" (Marc, 80 jaar) of "op de voetbal of basketbal" (Leon, 72 jaar); dit waren momenten die mensen zonder kinderen niet meemaakten, waardoor ze er "niet altijd bij hoorden". Ook waren kinderen vaak een gespreksonderwerp met collega's of vrienden. "Geen ervaring hebben met opvoeding" maakte dat mensen het gevoel kregen "niet te kunnen meespreken" wanneer het "in 90% van de gevallen over kinderen" ging (Leon, 72 jaar). Reacties uit de omgeving als "kinderlozen kennen er toch niets van" of "jij kan dit doen want je hebt toch geen kinderen" versterkten dit negatieve gevoel ook (Leon, 72 jaar). Christa (71 jaar), de partner van Jules (71 jaar) wiens keuze aan de basis lag van hun kinderloosheid, vertelde hierover: "Ik denk wel dat dat geëvolueerd is dat dat niet meer aanvaard is, maar dat dat... Vroeger was dat toch minder aanvaard, vonden ze je eerder een beetje abnormaal, met zelfs de woorden van "goh, dat is toch egoïstisch, zo geen kinderen hebben, zo alleen op uzelf bezig, zo alleen aan uzelf denken, zo niet voor kinderen willen zorgen", dat zijn woorden die ik nog gehoord heb hé."

Ria (63 jaar) maakte als kind een jeugdtrauma mee. Ze ontmoette naar eigen zeggen nooit de juiste man op het juiste moment, maar noemt zichzelf wel gewenst kinderloos omdat ze nooit echt tot het uiterste is gegaan om alsnog haar kinderwens te vervullen. Toch voelt ze zich soms “anders dan de anderen”, net omdat ze geen eigen kinderen heeft. Andere deelnemers spraken over “minderwaardigheidsgevoelens” (Leon, 72 jaar) en voelden zich “precies buitengesloten” (Maria, 71 jaar). Redenen voor deze negatieve gevoelens waren “niet kunnen meespreken” (Ria, 63 jaar) met mensen met kinderen want “je weet niet wat het is”, alsook het gevoel van oningevulde maatschappelijke verwachtingen: “Onze generatie was toch een generatie opgevoed om kinderen te hebben” (Leon, 72 jaar). En dat uitte zich in hun sociale contacten. “Kinderen zijn een van de mogelijkheden om meer contact te hebben met andere mensen” (Leon, 72 jaar). Deelnemers vertelden hoe “contactmogelijkheden met andere mensen toch veel beperkter waren” (Leon, 72 jaar). Dit heeft als gevolg dat zo ook eenzaamheid onverwacht binnen kan sluipen.

Maar niet voor iedereen was er het gevoel van er niet bij te horen, “omdat je van je sociale netwerken moet gebruiken wat je wilt”, in die zin dat het sociale netwerk van mensen zonder kinderen ook breder kon zijn omdat ze zoveel mensen kenden (Marc, 80 jaar). Geen kinderen hebben is dus per definitie geen garantie voor een eenzame oude dag zonder contact met anderen.

Aanvaarding

Een derde thema dat werd vermeld, was ‘aanvaarding’, met de positieve insteek dat de deelnemers hun kinderloosheid doorheen de jaren een plekje hebben kunnen geven. Een aantal van de deelnemers gaf aan hun kinderloosheid “goed aanvaard te hebben”, maar dit was niet bij iedereen het geval. De reacties uit de omgeving speelden namelijk ook een rol in de mate waarin die aanvaarding van kinderloosheid kon gebeuren. Marc (80 jaar) vertelde in dit opzicht onder meer over negatieve opmerkingen in de omgeving omwille van zijn onvervulde kinderwens. Hij had het gevoel dat die opmerkingen nog eens “extra in de wonde duwden”, wat de aanvaarding geen evidentie maakte. Aanvaarding kon dus ook op een eerder negatieve manier plaatsvinden, wanneer er het gevoel bestond dat er niet meer over die kinderloosheid gesproken kon worden, bijvoorbeeld, waardoor mensen het gevoel kregen om “erover te zwijgen, je moest aanvaarden en ermee leren leven” (Marc, 80 jaar). Maria (71 jaar), die al jaren leeft met een chronische aandoening en daardoor ongewenst kinderloos is gebleven, zei “zich nooit bij de kinderloosheid te kunnen neerleggen”. Bij haar zien we dus dat de aanvaarding nooit voor de volle 100% zal plaatsvinden.

Zingeving door andere kinderen

Sommige ouders gaven aan dat ze bepaalde contacten hadden met kinderen, die ook een buffer konden zijn tegen eenzaamheid: ze hadden dan een goeie band

met neefjes, nichtjes, stief-/pluskinderen of petekinderen, waarbij ze dan bijvoorbeeld mee hoopten “dat die petekinderen op een dag eigen kinderen hebben” (Stef, 64 jaar). Het ervaren van zingeving dankzij andere kinderen in de omgeving, was dus een vierde thema dat uit de interviews naar boven kwam. Wanneer mensen geen eigen kinderen hebben, hebben ze later ook geen eigen kleinkinderen, waardoor een “oma-en-opa-gevoel” (Jules, 71 jaar) uitbleef. Voor sommige ouders was de afwezigheid van eigen kleinkinderen moeilijk en verdween daardoor een zeker deel van hun zingeving: “Als wij kleinkinderen hadden, dan leef je voor je kleinkinderen hé, voor wie moeten wij nu leven?” (Marc, 80 jaar). Voor anderen was dit geen probleem: grootouders konden “zot zijn” van hun kleinkinderen en daar “echt plezier aan hebben zonder volledige verantwoordelijkheid, maar ze konden ook allemaal zoveel zorgen hebben” en dat werd dan niet als wenselijk gezien (Christa, 71 jaar).

Discussie

De twaalf levensverhalen uit dit onderzoek tonen hoe kinderloosheid op latere leeftijd niet losstaat van de bredere levensloop. Ze weerspiegelen hoe mensen omgaan met onverwachte wendingen, relationele dynamieken en persoonlijke keuzes, en hoe deze ervaringen hun identiteit en levenspad vormgeven. Kinderloosheid blijkt geen eenduidig gegeven, maar een complex facet van het ouder worden, dat in elk verhaal een andere betekenis krijgt. Dit onderzoek focuste op de thema's die naar boven komen en gelinkt zijn aan de ervaren eenzaamheid van de oudere deelnemers zonder kinderen. Eerst en vooral ervaren deelnemers een dualiteit aan gevoelens: negatievere emoties wisselen elkaar af met de erkenning van nieuwere opportuniteiten die kinderloosheid met zich meebrengen. Deze tweedeling zien we in eerder onderzoek ook terugkeren: doorheen de tijd kunnen zowel gevoelens van gemis en rouw optreden, alsook opluchting en vrijheid.^{3,24} De reden voor kinderloosheid kan hier dan ook een rol in spelen: wanneer iemands kinderloosheid ongewenst is, zoals het geval was bij een aantal van onze deelnemers, zijn de zorgen omtrent kinderloosheid vaak groter.²⁵

Het begrip ‘eenzaamheid’ was het thema waar we specifiek naar vroegen tijdens de interviews en waar we dus ook uitgebreid op ingingen. Eenzaamheid wordt door de deelnemers in de eerste plaats gezien als het missen van fysiek contact met mensen: het gaat over het “niet omringd zijn”. Vergelijken we deze beschrijving met de bestaande wetenschappelijke literatuur, dan komt deze definiëring in feite meer overeen met de definitie van sociale isolatie.²⁷ Eén van de deelnemers maakte echter ook een duidelijk onderscheid tussen ‘alleen zijn’ en ‘eenzaam zijn’. Ze benadrukt bij ‘eenzaam zijn’ ook echt het negatieve gevoel, dat er bij ‘alleen zijn’ niet per se is. De wetenschappelijke definitie van eenzaamheid spreekt ook over een gevoel, zijnde een onaangename ervaring,²⁸ iets dat deze deelnemer dus ook erkent. Op de vraag

of er een eventuele link bestaat tussen kinderloosheid en eenzaamheid, werd geantwoord dat niet per se de kinderloosheid an sich die eenzaamheidsgevoelens triggert: eenzaamheid kan ook opgeroepen worden door bepaalde traumatische levensloopgebeurtenissen of het gemis van een partner. En ook mét kinderen kan je eenzaam zijn. Wanneer men geen kinderen heeft, is het dus geen garantie dat het de kinderloosheid is die per definitie voor eenzaamheid zorgt.¹⁴

Specifiek in relatie tot eenzaamheid kwam als eerste thema uit de afgenomen interviews naar boven 'de ruimte om andere dingen te kunnen doen', zoals andere hobby's of reizen. Doordat mensen nooit tijd hoeven te investeren in eigen kinderen, kunnen ze deze tijd vanaf jonge leeftijd aan andere interesses spenderen en houden ze die interesses ook vaak vast naargelang de levensloop vordert.³ Wanneer je geen kinderen hebt, krijg je vanzelfsprekend ook nooit kleinkinderen. Dus ook de tijd die grootouders aan hun kleinkinderen wijden, is tijd die ouderen zonder kinderen anders kunnen invullen. Een volgend thema was 'sociale uitsluiting'. Het gevoel anders te zijn dan de anderen wordt meermaals aangehaald en uit zich in zich buitengesloten voelen, of zelfs verdriet omdat anderen wel kinderen hebben.²⁵ Ook 'aanvaarding' kwam aan bod. Voor een aantal deelnemers is er gaandeweg meer en meer aanvaarding gekomen. Dit kan bijvoorbeeld wanneer iemands kinderloosheid gewenst was.³ Voor andere deelnemers lag de aanvaarding moeilijker, onder meer door reacties uit de omgeving die een zekere maatschappelijke druk om kinderen te krijgen weerspiegelden. Het niet hebben van kinderen was op die manier een lot dat "aanvaard moest worden".²⁴ Ten slotte was er ook 'zingeving' als thema: het hebben van kinderen en kleinkinderen kan voor een zekere mate van zingeving zorgen, wat maakt dat ouderen zonder (klein)kinderen deze zingeving anders moeten invullen, bijvoorbeeld via andere kinderen uit hun omgeving.²⁶

Vlaams onderzoek bij 543 60-plussers toonde reeds aan dat ouderen zonder kinderen niet noodzakelijk eenzamer zijn dan ouderen met kinderen.¹⁴ Het is dus zo dat beide groepen wél eenzaamheidsgevoelens ervaren en 60-plussers zonder kinderen niet noodzakelijk een hoger risico lopen. Thema's als 'ruimte maken voor andere dingen', 'aanvaarding' die optreedt doorheen de levensloop en 'zingeving door andere kinderen', helpen verklaren waarom ze tegen sommige verwachtingen in^{11,12} niet eenzamer zijn.

Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Levensverhalen van ouderen leren ons veel over de levensloop, het verouderingsproces en de rol van verschillende verhalen en gebeurtenissen doorheen het leven. Het was nuttig om een breed scala aan thema's en doelgroepen (zoals eenzaamheid, sociale uitsluiting, kinderloosheid, enz.) in een breder kader te plaatsen met een levensloopperspectief, om zo zicht te krijgen op de volledige context die ermee

gepaard gaat.²¹ Bovendien leerden we dat het voor deelnemers vaak ook een fijne ervaring is om hun verhaal te kunnen delen.²¹

Er zijn echter ook een aantal zwaktes verbonden aan het gebruik van levensverhaalinterviews. Zo kunnen levensverhalen voor deelnemers wel heel moeilijk en zwaar zijn om te vertellen, waardoor een manier gevonden moest worden om hiermee om te gaan.²⁹ Sommige van de deelnemers vroegen bijvoorbeeld om even te pauzeren of gaven aan dat hetgeen ze vertelden niet makkelijk was. Het was dan ook belangrijk dat de interviewer een pauze kon inlassen. Daarnaast draait het in levensverhalen om zelfrapportage, waarbij deelnemers hun verleden reconstrueren om het ervaren heden te verklaren en te motiveren.²¹ Dit is op zich geen groot probleem, maar het kan zijn dat deelnemers bepaalde gebeurtenissen doorheen hun levensloop niet aanhalen tijdens het interview, hoewel deze gebeurtenissen in relatie tot de bestudeerde thema's wel relevant zouden kunnen zijn. Tot slot komt ook in onze levensverhalen vaak de individuele beleving sterk naar boven. Echter, Marshall en Clarke³⁰ geven aan dat individuele levenscycli worden beïnvloed door zowel de individuele keuzes en acties als door de interacties met anderen binnen de bestaande structuren. De bredere maatschappelijke processen en gemeenschappen waarmee individuele levensverhalen verweven zijn, spelen dus ook een belangrijke rol.²¹ Een individu staat nooit op zichzelf, maar is doorheen het leven altijd in interactie met anderen die op hun beurt bepaalde normen en waarden hanteren. Hoe de bredere samenleving kijkt naar thema's als kinderloosheid en eenzaamheid, evolueert ook continu.

Ten slotte is het voor verder onderzoek belangrijk om de heterogeniteit van de groep ouderen zonder kinderen mee in acht te nemen. Onze deelnemers identificeerden zich allemaal als hetero en niemand onder hen had een migratieverleden, waardoor we specifieke invalshoeken waarschijnlijk hebben gemist.

Algemene conclusie

Deze studie onderzocht de thema's die aan bod komen in de levensverhalen van 60-plussers zonder kinderen in relatie tot eenzaamheid. Thema's die aan bod kwamen, waren 'het kunnen maken van ruimte voor andere dingen', 'sociale uitsluiting', 'aanvaarding' en 'zingeving door contact met kinderen'. Samenvattend benadrukken deze bevindingen de complexe en ambivalente gevoelens van ouderen zonder kinderen en de noodzaak voor een genuanceerde benadering van eenzaamheid in toekomstig onderzoek en beleid, waarbij rekening wordt gehouden met de diversiteit aan ervaringen en de bredere maatschappelijke context. Deze studie pleit voor het doorbreken van het stigma rond kinderloosheid op latere leeftijd in zowel beleid als praktijk door de zichtbaarheid, erkenning en inclusie van ouderen zonder kinderen te vergroten.

Financiering

Dit onderzoek kwam tot stand dankzij de steun van het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen (FWO) (11J7821N/11J7823N).

Literatuur

1. World Health Organization. Infertility [Internet]. 2023 [geraadpleegd op 3 mei 2024]. Beschikbaar op: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
2. Rybińska A, Morgan SP. Childless Expectations and Childlessness Over the Life Course. *Social Forces*. 1 juni 2019;97(4):1571-602.
3. Stegen H, Switsers L, De Donder L. Life Stories of Voluntarily Childless Older People: A Retrospective View on Their Reasons and Experiences. *Journal of Family Issues*. juli 2021;42(7):1536-58.
4. Riggs DW, Bartholomaeus C. The desire for a child among a sample of heterosexual Australian couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 19 oktober 2016;34(5):442-50.
5. Kreyenfeld M, Konietzka D, redacteuren. Childlessness in Europe: contexts, causes, and consequences. Berlin: Springer Open; 2017. 370 p.
6. Leocádio VA. Childlessness: A review of the theoretical frameworks and a proposition of general pathways. *IJPS*. 15 november 2022;7(2):352.
7. Fiori F, Rinesi F, Graham E. Choosing to Remain Childless? A Comparative Study of Fertility Intentions Among Women and Men in Italy and Britain. *Eur J Population*. juli 2017;33(3):319-50.
8. Antczak R, Quashie NT, Mair CA, Arpino B. Less Is (Often) More: Number of Children and Health Among Older Adults in 24 Countries. Kelley J, redacteur. *The Journals of Gerontology: Series B*. 14 november 2023;78(11):1892-902.
9. Deindl C, Brandt M. Support networks of childless older people: informal and formal support in Europe. *Ageing and Society*. september 2017;37(8):1543-67.
10. Jacobs MT, Broese van Groenou MI, Aartsen MJ, Deeg DJH. Diversity in Older Adults' Care Networks: The Added Value of Individual Beliefs and Social Network Proximity. *GERONB*. 24 februari 2016;gbw012.
11. Vozikaki M, Papadaki A, Linardakis M, Philalithis A. Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *J Public Health (Berl)*. december 2018;26(6):613-24.
12. Zoutewelle-Terovan M, Liefbroer AC. Swimming Against the Stream: Non-normative Family Transitions and Loneliness in Later Life Across 12 Nations. *The Gerontologist*. 3 november 2018;58(6):1096-108.
13. Albertini M, Arpino B. Childlessness, parenthood and subjective wellbeing: The relevance of conceptualizing parenthood and childlessness as a continuum. *SocArXiv*; 2018 okt. Beschikbaar op: <https://osf.io/xtfq6>
14. Stegen H, Van Regenmortel S, Dierckx E, De Donder L. Childlessness in Later Life: What's in a Name? Results From a Cross-Sectional Study Among Childless Older Adults. *SAGE Open*. januari 2025;15(3):21582440251355041.
15. Schnettler S, Wöhler T. No children in later life, but more and better friends? Substitution mechanisms in the personal and support networks of parents and the childless in Germany. *Ageing and Society*. augustus 2016;36(7):1339-63.
16. Hilevych Y, Claes T. Peer-to-peer counselling and emotional guidance on infertility in Britain and Belgium (1970s-1980s). *Med Humanities*. juni 2023;49(2):214-24.
17. Abramowska-Kmon A, Mynarska M, Timoszuik S. Coping strategies for happy childless ageing: an explorative study in Poland. *Genus*. 19 januari 2023;79(1):2.
18. Switsers, L., Stegen, H., Dierckx, E., Heylen, L., Dury, S., & De Donder, L. (2025). Life stories from lonely older adults: The role of precipitating events and coping strategies throughout the lifecourse. *Ageing and Society*, 45(4), 686-709. doi:10.1017/S0144686X23000715.

19. De Jong Gierveld J, van Tilburg T. Manual of the Loneliness Scale 1999 - update from 7-5-2021. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam; 2021.
20. McAdams DP. Studying Lives in Time: A Narrative Approach. *Advances in Life Course Research*. januari 2005;10:237-58.
21. Switsers L, Stegen H, Van Regenmortel S, De Donder L. Onderzoek naar de levensloop van ouderen: ervaringen met het McAdams-levensverhaalinterview. *KWALON*. 1 januari 2021;26(1):53-63.
22. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide*. London ; Thousand Oaks, California: SAGE; 2022. 338 p.
23. Bourke B. Positionality: Reflecting on the Research Process. *TQR*. 15 oktober 2014. doi:10.46743/2160-3715/2014.1026
24. Allen RES, Wiles JL. How Older People Position Their Late-Life Childlessness: A Qualitative Study. *J of Marriage and Family*. februari 2013;75(1):206-20.
25. McQuillan J, Greil AL, Shreffler KM, Wonch-Hill PA, Gentzler KC, Hathcoat JD. Does the Reason Matter? Variations in Childlessness Concerns Among U.S. Women. *J of Marriage and Family*. oktober 2012;74(5):1166-81.
26. Shen K, Yang X. Caring for grandchildren and life satisfaction of grandparents in China. *Aging and Health Research*. september 2022;2(3):100095.
27. De Jong Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. New Ways of Theorizing and Conducting Research in the Field of Loneliness and Social Isolation. In: Vangelisti AL, Perlman D, redacteuren. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. 2de dr. Cambridge University Press; 2018. p. 391-404. Beschikbaar op: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781316417867%23CN-bp-29/type/book_part
28. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Duck SW, Gilmour R, redacteuren. *Personal Relationships 3: Personal relationships in disorder*. London: Academic Press; 1981. p. 31-56.
29. Dickson-Swift V, James EL, Kippen S, Liamputtong P. Researching sensitive topics: qualitative research as emotion work. *Qualitative Research*. februari 2009;9(1):61-79.
30. Marshall VW, Clarke PJ. Agency and Social Structure in Aging and Life-course Research. In: *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2010. p. 294-305. Beschikbaar op: https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socialgerontology/n22.xml

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

De prevalentie van zorgproblemen bij verpleeghuisbewoners in Nederland: een overzicht van 2017-2024

Yvonne Goërtz^{1,2*}, Sil Aarts^{1,2}, Sam Duijnstee^{1,2}, Suzanne Rijcken^{1,2}, Daisy Janssen¹⁻⁴, Katya Sion^{1,2}

Samenvatting

Achtergrond: Inzicht in de kwaliteit van zorg is essentieel voor passende zorg en kwaliteitsverbetering voor verpleeghuisbewoners. Data, zoals uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ), brengen de prevalenties en ontwikkelingen van veelvoorkomende zorgproblemen in kaart. Dit artikel beschrijft trends in zes zorgproblemen in Nederlandse verpleeghuizen tussen 2017 en 2024: decubitus, incontinentie, vallen, ondervoeding, onvrijwillige zorg en pijn.

Methode: Gegevens van 60.926 bewoners die deelnamen aan LPZ-metingen tussen 2017 en 2024 (met uitzondering van 2020) zijn geanalyseerd. De prevalentie per zorgprobleem is per jaar gerapporteerd.

Resultaten: Tussen 2017 en 2024 steeg de prevalentie van pijn van 34,2% naar 42,7%, terwijl de toepassing van onvrijwillige zorg afnam (30,3% naar 17,1%). Voor de overige zorgproblemen werden minder uitgesproken trends gevonden: ondervoeding bleef vrijwel gelijk (16,3% naar 16,2%), incontinentie daalde (urine: 23,3% naar 20,5%; fecaal: 17,4% naar 16,9%; dubbel: 12,7% naar 9,8%), terwijl valincidenten (12,6% naar 13,1%) en decubitus (2,9% naar 4,5%) licht toenamen.

Conclusie: De LPZ-prevalentiecijfers over 2017-2024 laten uiteenlopende trends zien, waaronder een afname in onvrijwillige zorg en een toename van pijn. Deze resultaten laten zien dat het systematisch monitoren van zorgproblemen belangrijk is om veranderingen tijdig te signaleren en gerichte verbeteringen in de zorg te ondersteunen.

Trefwoorden: kwaliteit van zorg, zorgproblemen, verpleeghuiszorg, leren en ontwikkelen

- 1 Universiteit Maastricht, Afdeling Health Services Research, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
- 2 Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, Maastricht.
- * Corresponderend auteur: y.goertz@maastrichtuniversity.nl.
- 3 Universiteit Maastricht, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
- 4 Proteion, Afdeling Expertise en Behandeling, Horn.

The prevalence of care problems among nursing home residents in the Netherlands: an overview from 2017 to 2024

Yvonne Goërtz^{1,2*}, Sil Aarts^{1,2}, Sam Duijnste^{1,2}, Suzanne Rijcken^{1,2}, Daisy Janssen¹⁻⁴, Katya Sion^{1,2}

Abstract

Background: Insight into the quality of care is essential for providing high-quality care and guiding quality improvements in nursing homes. Data from the Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems (Dutch: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ) provide annual, standardized information on the prevalence of common care problems in long-term care. This article describes trends in six care problems in Dutch nursing homes from 2017 to 2024: pressure ulcers, incontinence, falls, malnutrition, restraint use, and pain.

Methods: LPZ data from 60,926 residents (2017–2024, excluding 2020) were descriptively analyzed. Prevalence rates were reported per problem per year.

Results: Between 2017–2024, the prevalence of pain increased from 34.2% to 42.7%, while restraint use decreased (from 30.3% to 17.1%). For other care problems, trends were less pronounced: malnutrition remained stable (16.3% to 16.2%), incontinence decreased (urinary: 23.3% to 20.5%; fecal: 17.4% to 16.9%; double: 12.7% to 9.8%), while falls (12.6% to 13.1%) and pressure ulcers (2.9% to 4.5%) slightly increased.

Conclusion: LPZ prevalence data for 2017–2024 reveal diverse trends in six common care problems, including reduced restraint use and increased pain. These results show that systematic monitoring of care problems is important to detect changes over time and to support targeted quality improvement.

Keywords: Quality of Care, Care Problems, Nursing Homes, Learning and Improvement

1 Maastricht University, Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.

2 Maastricht University, Living Lab in Ageing and Long-Term Care, Maastricht.

* Corresponding author: y.goertz@maastrichtuniversity.nl.

3 Maastricht University, Department of Family Medicine, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.

4 Proteon, Department of Expertise and Treatment, Horn.

Inleiding

Kwaliteit van zorg is essentieel voor het welzijn van bewoners in het verpleeghuis en heeft directe invloed op gezondheid en kwaliteit van leven.¹ Kwaliteit van zorg is echter geen vaststaand gegeven, maar een dynamisch proces dat voortdurend geëvalueerd en afgestemd moet worden op de veranderde zorgbehoeften van bewoners en op de maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder ook de verschuivende visies op wat verstaan wordt onder goede kwaliteit van zorg.^{2,3} Dit is vooral belangrijk nu ouderen langer thuis blijven wonen en pas bij complexere zorgbehoeften verhuizen naar het verpleeghuis.⁴ Om passende zorg van hoge kwaliteit te kunnen blijven bieden, is het van groot belang dat ouderenzorgorganisaties actief inzetten op leren en ontwikkelen.⁵ Hiervoor is inzicht in de kwaliteit van zorg onmisbaar.²

Om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen kunnen zowel kwantitatieve als kwalitatieve benaderingen worden toegepast, die elk gebruikmaken van specifieke methoden. Kwantitatieve methoden, zoals het analyseren van registratiegegevens en het gebruik van vragenlijsten, leveren gestandaardiseerde prevalentiecijfers op over zorgproblemen zoals incontinentie en vallen.⁶⁻⁸ Kwalitatieve benaderingen, zoals het ophalen van verhalen, geven inzicht in de ervaren kwaliteit van zorg door bewoners, naasten en zorgverleners.⁹ Voor een volledig beeld van kwaliteit zijn zowel cijfers als verhalen nodig.¹⁰ Cijfers geven richting, verhalen geven context en betekenis.

De combinatie van cijfers en verhalen geeft inzicht in wat goed gaat en wat beter kan en vormt de basis voor gericht leren en ontwikkelen.^{11,12} Deze inzichten kunnen vervolgens op verschillende niveaus worden toegepast. Op individueel cliëntniveau stelt deze informatie zorgprofessionals in staat om, samen met bewoners en naasten, goed onderbouwde en tijdige beslissingen te nemen.¹³ Op team-, afdelings- en organisatieniveau maakt deze informatie reflectie op zorgprocessen, het signaleren van ontwikkelingen en vergelijking binnen en tussen organisaties (benchmarking) mogelijk.^{11,12} Op geaggregeerd niveau, bijvoorbeeld regionaal of landelijk, kunnen gestandaardiseerde kwaliteitsdata worden benut voor het ontwikkelen van voorstelmodellen en het anticiperen op toekomstige zorgbehoeften.

Een voorbeeld van een structurele kwantitatieve methode die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maakt en leren en ontwikkelen ondersteunt, is de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ).⁷ Met de LPZ worden jaarlijks uitgebreide gegevens verzameld over zorgproblemen zoals decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, onvrijwillige zorg, pijn en andere indicatoren van basisveiligheid. Deze indicatoren, vastgesteld in het Kwaliteitskader van 2017 onder regie van Zorginstituut Nederland en ontwikkeld in samenwerking met zorgaanbieders, beroepsverenigingen van zorgprofessionals en cliëntvertegenwoordiging, ondersteunen niet alleen zorgorganisaties bij het systematisch monitoren van kwaliteit van zorg en het signaleren van mogelijke verbeterpunten, maar bieden zorgprofessionals ook concrete aanknopingspunten voor gericht leren en ontwikkelen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast

geeft de LPZ inzicht in trends over de jaren heen, doordat dezelfde meetmethode telkens wordt herhaald. Dit stelt zorgorganisaties in staat om resultaten zowel binnen de eigen organisatie als tussen organisaties te vergelijken.

De wettelijke verplichting tot het aanleveren van de indicatoren basisveiligheid, die sinds 2017 gold, is per 1 juli 2024 komen te vervallen met de invoering van het Generiek Kompas.⁵ Zorgorganisaties hebben daardoor meer ruimte gekregen om zelf te bepalen hoe zij de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken en verantwoorden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van kwalitatieve informatie, kwantitatieve gegevens of een combinatie van beide, gericht op leren en ontwikkelen. De relevantie van prevalentiecijfers blijft echter onverminderd.^{14,15} Veel zorgorganisaties beschikken inmiddels over interne datasystemen waarin grote hoeveelheden gegevens worden geregistreerd, maar het is nog onvoldoende duidelijk hoe eenvoudig deze gegevens uit de systemen te halen zijn en welke kwaliteit zij hebben. Hierdoor ontbreekt momenteel een landelijk en betrouwbaar overzicht van prevalentiecijfers van zorgproblemen in de ouderenzorg.

Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in de ontwikkeling van de prevalentie van zes veelvoorkomende zorgproblemen (decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, onvrijwillige zorg en pijn) onder verpleeghuisbewoners in Nederland over de periode 2017-2024, en daarmee algemene trends te beschrijven sinds de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tot de overgang naar het Generiek Kompas.

Methode

De LPZ is een jaarlijkse, gestandaardiseerde meting die inzicht geeft in de aanwezigheid, preventie en behandeling van veelvoorkomende zorgproblemen. In dit beschrijvend onderzoek is gebruikgemaakt van een subset van de LPZ-gegevens, specifiek gericht op het identificeren van puntprevalenties van de meest voorkomende zorgproblemen in de ouderenzorg. De analyse richt zich op gegevens die zijn gemeten op het niveau van de bewoner.⁷ De LPZ is goedgekeurd door de Faculty Research Ethics Committee voor niet-WMO-plichtig onderzoek van de Universiteit Maastricht (FHML-REC, nr. FHML-REC/2023/097).

Populatie

De populatie bestaat uit bewoners van Nederlandse verpleeghuizen die in de periode 2017-2024 ten minste één keer hebben deelgenomen aan de LPZ-meting. Het jaar 2020 is daarbij uitgesloten, aangezien in dat jaar vanwege de COVID-19-pandemie geen meting plaatsvond. Deelname aan de LPZ gebeurt op vrijwillige basis, op organisatieniveau. Zorgorganisaties worden jaarlijks uitgenodigd om deel te nemen en melden zich vervolgens aan voor de meting. Binnen deelnemende afdelingen worden

alle in aanmerking komende bewoners betrokken bij de meting, waarbij niet geselecteerd wordt op basis van Zorg Zwaarte Pakket (ZZP)-score. De gegevens zijn grotendeels afkomstig uit elektronische cliëntendossiers en anoniem verzameld. Hierdoor kan eenzelfde bewoner in meerdere jaren in de dataset voorkomen.

Data-verzameling

Per bewoner zijn demografische kenmerken verzameld, waaronder geslacht, leeftijd, type afdeling, zorgafhankelijkheid en zorgindicatie. Het type afdeling is voor de analyses geïnclassificeerd in psychogeriatrische langdurige zorg, somatische langdurige zorg, kortdurende/herstelgerichte zorg en overig. De zorgafhankelijkheid werd gemeten met de Care Dependency Scale (CDS), waarbij vijf categorieën zijn vastgesteld op basis van normgegevens: volledig zorgafhankelijk (score <25), in grote mate zorgafhankelijk (25–44), gedeeltelijk zorgafhankelijk (45–59), beperkt zorgafhankelijk (60–69) en vrijwel zelfstandig (>69).¹⁶ De zorgindicatie is vastgesteld op basis van de ZZP-score, een maat voor de benodigde zorgzwaarte, variërend van 1 (lichte zorg) tot 10 (zeer intensieve zorg). Een hogere score duidt op een grotere zorgbehoefte en een intensiever zorgprofiel.¹⁷

Naast demografische kenmerken zijn puntprevalenties verzameld van zes veelvoorkomende zorgproblemen in de verpleeghuiszorg: decubitus, incontinentie, vallen, ondervoeding, onvrijwillige zorg en pijn. Een puntprevalentie is gedefinieerd als het aandeel bewoners bij wie een specifiek zorgprobleem aanwezig is op het moment van de LPZ-meting, dan wel binnen een vooraf vastgestelde, zorgprobleem-specifieke referentieperiode. De LPZ vindt plaats tijdens een door de zorgorganisatie te bepalen week in de maand februari. Tijdens deze meetweek stellen geïnstrueerde zorgprofessionals per bewoner vast of een zorgprobleem aanwezig is, op basis van observatie en beoordeling gedurende de meetweek, aangevuld met informatie uit het elektronische cliëntendossier. De registratie vindt plaats conform gestandaardiseerde definities en meetinstructies. De definities, berekeningen en uitkomstmaten van de geselecteerde zorgproblemen worden hieronder toegelicht. Omdat deelname aan de meting per zorgprobleem optioneel was, varieert het aantal ontbrekende waarden per zorgprobleem.

- *Decubitus*, of drukletsel, is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel door druk of door druk gecombineerd met schuifkracht. Dit komt vaak voor op botuitsteeksels.¹⁸ Decubitus wordt geïnclassificeerd in vijf stadia: (1) niet-wegdrukbaar roodheid, (2) gedeeltelijk huidverlies of blaas, (3) volledig huidverlies, (4) volledig weefsellaagverlies en (5) vermoedelijke diepe weefselbeschadiging. Deze studie richt zich op nosocomiale (d.w.z. ontstaan tijdens het verblijf in het verpleeghuis) decubitus van categorie 2 of hoger. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners met nosocomiale decubitus-categorie ≥ 2 (teller), gedeeld door het aantal bewoners waarbij een huidinspectie is uitgevoerd (noemer).

- *Incontinentie* omvat urine-, fecale en dubbele incontinentie. Urine-incontinentie betreft onvrijwillig urineverlies en kan verschillende vormen aannemen, zoals stress-, urge- of neurogene incontinentie. Fecale incontinentie verwijst naar onvrijwillig verlies van ontlasting, terwijl dubbele incontinentie zowel urine- als fecaal verlies betreft. Deze studie richt zich op nosocomiale incontinentie. De prevalentie van nosocomiale incontinentie werd berekend als het aantal bewoners met incontinentie (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners met beschikbare gegevens over incontinentie (noemer).
- *Vallen* wordt gedefinieerd als een onverwachte gebeurtenis waarbij een persoon onbedoeld op de grond of een lager gelegen niveau terechtkomt, ongeacht letsel.¹⁹ De prevalentie van nosocomiale vallen werd vastgesteld op basis van incidenten die zich in de 30 dagen voorafgaand aan het meetmoment binnen de WLZ-zorginstelling voordeden. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat in de afgelopen 30 dagen binnen de instelling is gevallen (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).
- *Het risico op ondervoeding* is gedefinieerd als aanwezig wanneer aan ten minste één van de volgende criteria is voldaan: een BMI <18,5 kg/m² bij bewoners jonger dan 65 jaar, een BMI <20 kg/m² bij bewoners van 65 jaar en ouder, onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de afgelopen 6 maanden, of onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 5% in de afgelopen maand. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat voldeed aan ten minste één van deze criteria (teller), gedeeld door het aantal bewoners met beschikbare gegevens over BMI en/of gewichtsverlies (noemer).
- *Onvrijwillige zorg* is operationeel gedefinieerd als de toepassing van middelen en maatregelen rond vrijheid in de 30 dagen voorafgaand aan de dag waarop de cliënt wordt gemeten. Het betreft maatregelen die de autonomie, bewegingsvrijheid en het gedrag van de bewoner beperken en die de bewoner niet zelfstandig kan opheffen, ongeacht het doel van de maatregel of eventuele toestemming. Sinds 2021 wordt de vraag niet langer op instellingsniveau, maar op afdelingsniveau gesteld. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners waarbij in de afgelopen 30 dagen onvrijwillige zorg is toegepast (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).
- *Pijn* is gedefinieerd volgens de International Association for the Study of Pain (IASP) als "een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met feitelijke of potentiële weefselbeschadiging, of beschreven in termen van een dergelijke beschadiging." De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat in de afgelopen 7 dagen pijn ervaarde (dagelijks of niet-dagelijks) (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).

Data-analyse

Gegevens werden gepresenteerd als percentages voor categorische variabelen en als gemiddelden met standaarddeviaties voor numerieke variabelen. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de prevalentie van zorgproblemen tussen 2017 en 2024 te analyseren. Vanwege de steekproefomvang zijn geen statistische toetsen uitgevoerd; de resultaten worden uitsluitend beschrijvend gerapporteerd als jaarlijkse prevalenties (proporties), zonder standaarddeviatie of correcties voor populatiekenmerken. Gegevens werden geanalyseerd met SPSS (V29.0, Chicago, IL, USA).

Resultaten

In totaal namen 60.926 verpleeghuisbewoners deel aan de LPZ-metingen tussen 2017 en 2024. Het aantal deelnemende verpleeghuislocaties varieerde per jaar van 82 tot 167. Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van deze bewoners per jaar. Het merendeel van de metingen vond plaats op psychogeriatrische en somatische afdelingen in de langdurige zorg. De meeste bewoners waren vrouw (~70%), met een gemiddelde leeftijd van ~84 jaar. De meest voorkomende zorgindicatie was ZZP 5, gevolgd door ZZP 6. Ruim 90% van de bewoners was in meerdere mate zorgafhankelijk, variërend van volledig tot beperkt.

Tabel 1 Kenmerken van verpleeghuisbewoners (2017-2024)

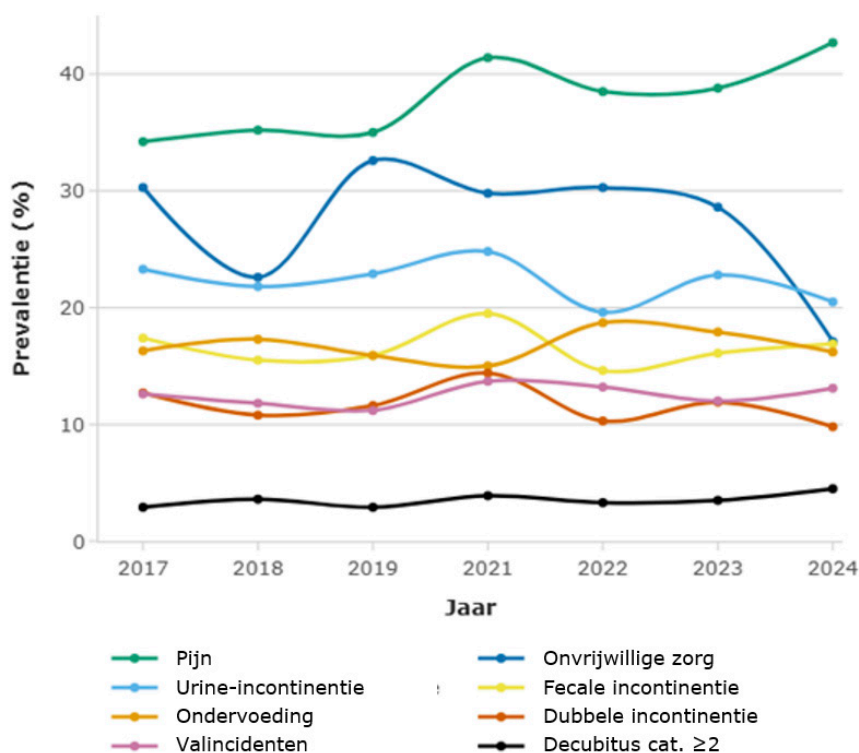
	2017 (n=7590)	2018 (n=11977)	2019 (n=11097)	2021 (n=9365)	2022 (n=8469)	2023 (n=6381)	2024 (n=6047)
Verpleeghuislocaties, n	98	167	157	137	123	92	82
Man, n (%)	2311 (30,4)	3666 (30,6)	3432 (30,9)	2858 (30,5)	2575 (30,4)	1972 (30,9)	1963 (32,5)
Gemiddelde leeftijd $\pm$ SD	83,8 $\pm$ 9,5	84,0 $\pm$ 9,5	83,8 $\pm$ 9,8	83,7 $\pm$ 9,9	84,3 $\pm$ 9,4	84,8 $\pm$ 8,8	84,0 $\pm$ 9,7
Zorgindicatie (ZZP), n (%)							
3	187 (2,5)	174 (1,5)	129 (1,2)				
4	1351 (17,8)	2204 (18,4)	1897 (17,1)	1500 (16,0)	1384 (16,3)	872 (13,7)	628 (10,4)
5	3271 (43,1)	5634 (47,0)	5378 (48,5)	4574 (48,8)	4033 (47,6)	3079 (48,3)	2939 (48,6)
6	1675 (22,1)	2466 (20,6)	2342 (21,1)	2052 (21,9)	1907 (22,5)	1663 (26,1)	1618 (26,8)
7	561 (7,4)	918 (7,7)	821 (7,4)	727 (7,8)	685 (8,1)	522 (8,2)	630 (10,4)
8	94 (1,2)	166 (1,4)	188 (1,7)	178 (1,9)	164 (1,9)	78 (1,2)	65 (1,1)
9	84 (1,1)	77 (0,6)	56 (0,5)	55 (0,6)	67 (0,8)	26 (0,4)	20 (0,3)
10			8 (0,1)				
Ontbrekend, n	367	338	278	279	229	141	147
Zorg-afhankelijkheid, n (%)							
Volledig zorgafhankelijk	1015 (13,4)	1949 (16,3)	1733 (15,6)	1272 (13,6)	1094 (12,9)	880 (13,8)	728 (12,0)
Grote mate zorgafhankelijk	2473 (32,6)	3899 (32,6)	3622 (32,6)	3104 (33,1)	2795 (33,0)	2078 (32,6)	2652 (43,9)
Gedeeltelijk zorgafhankelijk	2100 (27,7)	3270 (27,3)	3137 (28,3)	2844 (30,4)	2471 (29,2)	1921 (30,1)	1459 (24,1)
Beperkte zorgafhankelijkheid	1321 (17,4)	1960 (16,4)	1810 (16,3)	1513 (16,2)	1510 (17,8)	1065 (16,7)	828 (13,7)
Vrijwel zelfstandig	679 (8,9)	897 (7,5)	792 (7,1)	632 (6,7)	599 (7,1)	436 (6,8)	380 (6,3)
Ontbrekend, n	2	2	3			1	
Type afdeling, n(%)							
Psychogeriatrische langdurige zorg	3469 (45,7)	5602 (46,8)	5391 (48,6)	4654 (49,7)	4122 (48,7)	3326 (52,1)	3224 (53,3)
Somatische langdurige zorg	3575 (47,1)	5626 (47,0)	4338 (39,1)	3710 (39,6)	3685 (43,5)	2745 (43,0)	2343 (38,7)
Kortdurende/herstelzorg	265 (3,5)	133 (1,1)	242 (2,2)	141 (1,5)	152 (1,8)	135 (2,1)	86 (1,4)
Overig	281 (3,7)	616 (5,1)	1126 (10,1)	860 (9,2)	510 (6,0)	160 (2,5)	380 (6,3)
Ontbrekend, n						15	14

Afkortingen: n=number (aantal), SD = standaarddeviatie, ZZP = Zorg Zwaarte Pakket

Prevalentie van zorgproblemen

De prevalentie van verschillende zorgproblemen in de verpleeghuiszorg liet tussen 2017 en 2024 uiteenlopende trends zien (Tabel 2, Figuur 1). Het meest opvallend is dat het aandeel bewoners met pijn steeg van 34,2% in 2017 naar 42,7% in 2024, terwijl de toepassing van onvrijwillige zorg afnam van 30,3% in 2017 naar 17,1% in 2024.

Voor de overige zorgproblemen werden mindere sterke trends gevonden. Ondervoeding bleef relatief stabiel, met een prevalentie van 16,3% in 2017 en 16,2% in 2024. De prevalentie van incontinentie daalde: van 23,3% naar 20,5% voor urine-incontinentie, van 17,4% naar 16,9% voor fecale incontinentie en van 12,7% naar 9,8% voor dubbele incontinentie. De prevalentie van decubitus categorie 2 of hoger steeg licht (2,9% naar 4,5%), evenals het aantal valincidenten in de voorafgaande 30 dagen (12,6% naar 13,1%). Hoewel over de gehele periode globale stijgingen en dalingen zichtbaar zijn, laten de jaarlijkse prevalentiecijfers per zorgprobleem ook fluctuaties tussen afzonderlijke meetjaren zien, zoals weergegeven in Tabel 2.



Figuur 1 Prevalenties van de zorgproblemen over de jaren 2017-2024

Tabel 2 Prevalenties van de zorgproblemen over de jaren 2017-2024

	2017 (n=7590)	2018 (n=11977)	2019 (n=11097)	2021 (n=9365)	2022 (n=8469)	2023 (n=6381)	2024 (n=6047)
Decubitus cat. ≥2, n (%)	222 (2,9)	215 (3,6)	91 (2,9)	39 (3,9)	59 (3,3)	70 (3,5)	45 (4,5)
Ontbrekend, n	43	6028	7951	8363	6663	4406	5039
Incontinentie, n (%)							
Urine-incontinentie	913 (23,3)	682 (21,8)	673 (22,9)	208 (24,8)	305 (19,6)	182 (22,8)	224 (20,5)
Fecale incontinentie	680 (17,4)	485 (15,5)	468 (15,9)	164 (19,5)	228 (14,6)	129(16,1)	185 (16,9)
Dubbele incontinentie	496 (12,7)	339 (10,8)	341 (11,6)	121 (14,4)	160 (10,3)	95 (11,9)	107 (9,8)
Ontbrekend, n	3675	8849	8154	8526	6909	5582	4953
Valincidenten, n (%)	587 (12,6)	459 (11,8)	355 (11,2)	130 (13,7)	142 (13,2)	111 (12,0)	128 (13,1)
Ontbrekend, n	2916	8103	7924	8419	7397	5454	5067
Onvrijwillige zorg, n (%)	1945 (30,3)	1514 (22,6)	958 (32,6)	395 (29,8)	876 (30,3)	273 (28,6)	168 (17,1)
Ontbrekend, n	1169	5281	8154	8041	5577	5427	5063
Pijn, n (%)	1339 (34,2)	992 (35,2)	947 (35,0)	358 (41,4)	315 (38,5)	360 (38,8)	467 (42,7)
Ontbrekend, n	3675	9158	8394	8500	7650	5454	4953
Ondervoeding, n (%)	716 (16,3)	619 (17,3)	433 (15,9)	228 (15,0)	126 (18,7)	132 (17,9)	210 (16,2)
Ontbrekend, n	3188	8394	8376	7846	7794	5642	4753

Afkortingen: n=number (aantal)

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van prevalentiecijfers van de LPZ-zorgproblemen over de periode 2017-2024. De resultaten laten zien dat vooral de toename van pijn en de afname in de toepassing van onvrijwillige zorg opvallen. Voor de overige zorgproblemen werden minder sterke trends gevonden: ondervoeding bleef stabiel, incontinentie nam licht af, terwijl valincidenten en decubitus licht stegen. Dit zijn waardevolle inzichten in de kwaliteit van zorg in de Nederlandse verpleeghuissector die aanknopingspunten bieden voor beleidsvorming en gerichte kwaliteitsverbetering.

Een opvallend resultaat is de hoge prevalentie van pijn, met een stijgende trend van 34% in 2017 naar 43% in 2024. Eerder onderzoek laat zien dat de prevalentie van pijn onder verpleeghuisbewoners internationaal sterk varieert, waarbij in Europese studies percentages worden gerapporteerd die uiteenlopen van ongeveer 20% tot 80%.^{20,21} Deze variatie hangt deels samen met verschillen in de wijze waarop pijn wordt gemeten en geregistreerd.²² De in dit onderzoek gevonden prevalenties passen binnen deze internationaal beschreven variatie. Ook in internationaal onderzoek waarin dezelfde LPZ-methode werd gebruikt, worden vergelijkbare percentages gevonden, zoals in een Oostenrijkse studie met een prevalentie van 40%.²³ De hoge en toenemende prevalentie van pijn is in lijn met de landelijke richtlijn, waarin chronische pijn bij kwetsbare ouderen wordt beschreven als een veelvoorkomend en vaak onderkend probleem in de langdurige zorg, met een aanzienlijke impact op functioneren en kwaliteit van leven.²⁴ Dit sluit aan bij de gevonden relatief hoge prevalenties van pijn in deze populatie. De hoge en toenemende prevalentie benadrukt het belang van blijvende aandacht voor pijnsignalering en behandeling in de verpleeghuiszorg.

Ook de toepassing van onvrijwillige zorg liet een duidelijke trend zien: een daling van 30% in 2021 naar 17% in 2024. De resultaten moeten worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van de invoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) in 2020, die heeft geleid tot meer terughoudendheid in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.²⁵ Hoewel binnen de LPZ-metingen tussen 2017 en 2024 is gewerkt met een grotendeels ongewijzigde operationele definitie van middelen en maatregelen rond vrijheid, kunnen veranderingen in beleid en praktijk sinds de invoering van de Wzd hebben bijgedragen aan de waargenomen afname. Met deze beschrijvende analyses kunnen de oorzaken van deze afname echter niet worden vastgesteld.

Voor de overige zorgproblemen werden minder uitgesproken trends gevonden. Deze relatief stabiele prevalenties bij meerdere zorgproblemen duiden echter niet op afname, maar op het structurele karakter ervan. Juist doordat deze problemen relatief stabiel blijven en minder opvallen door duidelijke trends, is systematisch monitoring nodig om ze zichtbaar te houden. Het wegvallen van systematische monitoring vergroot het risico dat deze problematiek minder zichtbaar wordt, terwijl zij

onverminderd onderdeel blijft van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Gezamenlijk laten deze bevindingen zien dat zowel stabiele prevalenties van zorgproblemen als veranderingen over de tijd waardevolle informatie opleveren die beleidsvorming en kwaliteitsverbetering kunnen ondersteunen. Daarbij gaat het niet alleen om het gebruik van kwantitatieve gegevens, maar juist ook om de verbinding met kwalitatieve informatie, zoals ervaringen en verhalen van bewoners, naasten en zorgprofessionals.²⁶ Deze combinatie is met name relevant voor de duiding van de in dit onderzoek gepresenteerde prevalentiecijfers, bijvoorbeeld bij het begrijpen van de toename van pijn. Door cijfers te combineren met verhalen ontstaat betekenisvolle duiding, die richting geeft aan gezamenlijke reflectie, dialoog en verbeteracties.^{11,12}

Hoewel de LPZ een waardevol gestandaardiseerd meetinstrument is, betreft het een puntprevalentie, gemeten tijdens een jaarlijkse meetweek.⁷ Deze vorm van actieve dataverzameling staat in contrast met de huidige situatie, waarin zorgorganisaties beschikken over een continue stroom aan kwaliteitsdata, verzameld op bewoner-, team- en organisatieniveau. Deze gegevens kunnen, bijvoorbeeld via dashboards of andere rapportagetools, worden gebruikt om sneller te signaleren, bij te sturen en te leren.^{27,28} Initiatieven zoals Leren van Data sluiten hierbij aan door gebruik te maken van doorlopend beschikbare gegevens die bij de bron worden geregistreerd en door deze expliciet te verbinden aan leer- en ontwikkelprocessen in de praktijk, bijvoorbeeld via spiegelgesprekken en teamdialogen.²⁹ Er is echter nog onvoldoende bekend over hoe eenvoudig deze gegevens daadwerkelijk uit de verschillende systemen te halen zijn en over de kwaliteit ervan. Daarnaast vormen technische beperkingen, versnipperde registratiesystemen, beperkte digitale vaardigheden en het ontbreken van eenduidige definities en interpretaties momenteel belemmeringen voor het effectief gebruik van data voor leren en ontwikkelen.³⁰

Naast de vragen hoe kwaliteitsgegevens kunnen worden ontsloten en wat de kwaliteit van deze data is, is minstens zo belangrijk hoe deze gegevens vervolgens worden benut voor leren en ontwikkelen. Een recent rapport laat zien dat zorgorganisaties nog onvoldoende zichtbaar maken hoe zij leren en ontwikkelen, en op welke informatie zij dit baseren.¹⁰ Leren betreft het opdoen van kennis en vaardigheden, terwijl ontwikkelen het toepassen van deze kennis omvat om verbeteracties te stimuleren.^{31,32} Het bepalen van de focus van leren en ontwikkelen vereist inzicht in kwaliteitsgegevens. In het cyclische proces wordt nadien met behulp van dezelfde uitkomstmaten geëvalueerd in hoeverre het leren en ontwikkelen tot verandering heeft geleid.

Omdat leren en ontwikkelen in de zorg veelal in samenwerking tussen verschillende disciplines plaatsvinden, is het van belang ook te begrijpen hoe interprofessionele teams data effectief kunnen benutten voor dit doel.³³ Een recent literatuuronderzoek benadrukt de complexiteit van interprofessionele kwaliteitsverbetering. Dit proces wordt beïnvloed door thema's, zoals visie, cultuur, houding,

communicatie, samenwerking, scholing, middelen en implementatie.³⁴ Bovendien spelen deze factoren een rol op meerdere niveaus: van bewoner en zorgprofessional tot team, organisatie en externe omgeving.

Op basis van deze inzichten is het van belang om in co-creatie met zorgprofessionals, bewoners en naasten praktische methoden en handvatten te ontwikkelen die kwaliteitsdata betekenisvol inzetten voor interprofessioneel leren en ontwikkelen. Parallel hieraan is het ook belangrijk om te onderzoeken hoe zorgorganisaties data uit hun eigen systemen kunnen genereren, om het eigenaarschap over hun real-life data te vergroten. Binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg wordt onderzoek gedaan naar deze thema's, waarbij de verbinding wordt gemaakt tussen het verzamelen van kwaliteitsgegevens en het daadwerkelijk benutten ervan voor betekenisvol leren en ontwikkelen in de praktijk.³⁵

Conclusie

De LPZ-prevalentiecijfers over 2017–2024 laten uiteenlopende trends zien in zes veelvoorkomende zorgproblemen in Nederlandse verpleeghuizen, met name een sterke afname van onvrijwillige zorg en een duidelijke toename van pijn. Zulke cijfers zijn onmisbaar om ontwikkelingen binnen en tussen zorgorganisaties systematisch te volgen. Investeren in de ondersteuning van zorgorganisaties bij het genereren van deze data uit hun systemen en bij het betekenisvol benutten van deze data door zorgteams is cruciaal om daadwerkelijk de stap van meten naar leren en ontwikkelen te maken, met als uiteindelijk doel betere en passender zorg voor de verpleeghuisbewoner.

Financiering

Dit onderzoek maakt deel uit van het VWS-gefinancierd onderzoek Zorgprofessionals aan Zet (Studienummer 333021).

Literatuur

1. Kehyayan V, Hirdes JP, Tyas SL, Stolee P. Residents' self-reported quality of life in long-term care facilities in Canada. *Can J Aging*. 2015;34(2):149-64.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743-8.
3. Sion KYJ, Haex R, Verbeek H, Zwakhalen SMG, Odekerken-Schröder G, Schols J, et al. Experienced Quality of Post-Acute and Long-Term Care From the Care Recipient's Perspective: A Conceptual Framework. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(11):1386-90.e1.
4. Commission E, Directorate-General for Employment SA, Inclusion. Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles: Publications Office; 2021.
5. Nederland Z. Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. 1 juli 2024.

6. Halfens RJ, Meesterberends E, Meijers JM, van Nie NC, Schols JM. [Basic care in nursing homes: longitudinal presentation of care problems measured with the National Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ)]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2013;44(6):242-52.
7. van Nie-Visser NC, Schols JM, Meesterberends E, Lohrmann C, Meijers JM, Halfens RJ. An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *J Adv Nurs*. 2013;69(9):e18-29.
8. Kim H, Jung YI, Sung M, Lee JY, Yoon JY, Yoon JL. Reliability of the interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) and interRAI Home Care (HC). *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(2):220-8.
9. Sion KYJ, Heerings M, Blok M, Scheffelaar A, Huijg JM, Westerhof G, et al. How Stories Can Contribute Toward Quality Improvement in Long-Term Care. *Gerontologist*. 2024;64(4).
10. Goërtz Y, Moraal-Hemmes B, Hamers J, Sion K. Op weg naar een lerende beweging: Inzicht in de kwaliteitsbeelden als onderdeel van het Generiek Kompas 2024. CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences 2025 25-08-2025.
11. Shah A. Using data for improvement. *BMJ*. 2019;364:l189.
12. Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research - what happens when mixed method findings conflict? [ISRCTN61522618]. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:28.
13. Aarts S, Daniels R, Hamers J, Verbeek H. Data in de langdurige ouderenzorg. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2020;2020(5):92--6.
14. Tevik K, Helvik A-S, Stensvik G-T, Nordberg MS, Nakrem S. Nursing-sensitive quality indicators for quality improvement in Norwegian nursing homes – a modified Delphi study. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1068.
15. Rantz MJ, Popejoy L, Mehr DR, Zwygart-Stauffacher M, Hicks LL, Grando V, et al. Verifying Nursing Home Care Quality Using Minimum Data Set Quality Indicators and Other Quality Measures. *Journal of Nursing Care Quality*. 1997;12(2):54-62.
16. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scand J Caring Sci*. 1996;10(3):137-43.
17. Bureau HHM. Zorgzwaartepakketten V&V v. Zorgprofiel - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed), Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia. 2014.
19. The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Dan Med Bull*. 1987;34 Suppl 4:1-24.
20. Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, Lapane KL. Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents. *Pain*. 2017;158(6):1091-9.
21. Bauer U, Pitzer S, Schreier MM, Osterbrink J, Alzner R, Iglseider B. Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state - a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016;16:124.
22. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 2006;6:3.
23. Osmancevic S, Bauer S. Pain and its associated factors in nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2022;47:13-7.
24. Achterberg WP, de Ruiter CM, de Weerd-Spaetgens CM, Geels P, Horikx A, Verduijn MM. [Multidisciplinary guideline 'Recognition and treatment of chronic pain in vulnerable elderly people']. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2012;155(35):A4606.
25. VWS. Wet, zorg en dwang (Wzd) 2022. Available from: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
26. Moraal-Hemmes; B, Goërtz; Y, Schols; J, Hamers; J, Sion K. Zorgprofessionals aan Zet: multidisciplinair leren en verbeteren in het verpleeghuis met routinematig verzamelde data. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2023(5).
27. Bouchmal S, Sion KY, Hamers JP, Aarts S. Toward Data-Informed Care in Long-Term Care: Qualitative Analysis. *JMIR Aging*. 2025;8:e69423.

28. Albers CAW, Wieland-Jorna Y, de Bruijne MC, Smalbrugge M, Joling KJ, de Boer ME. Enhancing Standardized and Structured Recording by Elderly Care Physicians for Reusing Electronic Health Record Data: Interview Study. *JMIR Med Inform.* 2024;12:e63710.
29. Patricia Jepma FW, Gary Yeung, Nienke Fleuren, Sytse Zuidema, Cees Hertogh, Martin Smalbrugge, Karlijn Joling. Leren in het verpleeghuis met spiegelinformatie: resultaten uit de peilstations. *Leren van data. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.* 2023(No. 5 - November).
30. Bouchmal S, Sion K, Hamers J, Aarts S. Toward Data-Informed Care in Long-Term Care: Qualitative Analysis. *JMIR Aging.* 2025;8:e69423.
31. Russ SJ, Green J, de Winter L, Herrington E, Hughes-Hallett A, Taylor JM, et al. An introduction to quality improvement. *Journal of Clinical Urology.* 0(0):20514158221075405.
32. Schunk DH. *Learning Theories: Educational Perspectives.* 8th ed. New York, NY: Pearson; 2020. 582 p.
33. Limburg AWO. Zorgprofessionals aan Zet. Available from: <https://www.awolimburch.nl/nl/projecten/zorgprofessionals-aan-zet>
34. Vosters R, Goëtz Y, Hamers J, Sion K. Facilitators for and barriers to multidisciplinary quality improvement in the care for older people in nursing homes: A systematic review protocol. PROSPERO2024. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42024528522>
35. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols J, Kempen G, Hamers JPH. The Living Lab In Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(1):43-7.

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Klanken die resoneren: ervaringen van verpleeghuisbewoners met klankschalen. Een exploratieve kwalitatieve studie

Henrike Konings^{1*}, Roeslan Leontjevas¹, Wendy Willemsen², Els Derksen^{3,4}

Samenvatting

Binnen de verpleeghuiszorg neemt de aandacht voor complementaire zorg toe ter ondersteuning van de kwaliteit van leven van kwetsbare bewoners. Klankschaalsessies worden ingezet om rust en comfort te bevorderen, maar het bewonersperspectief blijft nog onderbelicht. In dit exploratieve onderzoek is verkend hoe bewoners in een Nederlands verpleeghuis (twee locaties) individuele klankschaalsessies ervaren. Participerende observaties tijdens 41 sessies bij 25 bewoners (59–97 jaar) met dementie en somatische aandoeningen van zeven afdelingen (3 psychogeriatrische, 3 somatische en 1 revalidatieafdeling) zijn inductief geanalyseerd. Klankschaalsessies riepen voornamelijk positieve ervaringen op, ook bij bewoners met beperkte verbale mogelijkheden. Vier centrale thema's vatten deze samen: ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect. Daarnaast werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en innerlijke rust. Aandachtsspanne en omgevingsprikkels beïnvloedden deze ervaringen soms. De bevindingen suggereren dat klankschaalsessies aansluiten bij beschikbare vermogens van bewoners en relevant zijn voor emotionele, sociale en spirituele dimensies van kwaliteit van leven. De studie maakt zichtbaar dat bewoners, ook wanneer communicatie beperkt is, op eigen wijze actief betrokken kunnen blijven. Dit vraagt om vervolgonderzoek naar welke bewoners en omstandigheden samenhangen met verschillende vormen van respons.

Trefwoorden: complementaire zorg, klankschaalsessies, bewonersperspectief, verpleeghuiszorg, kwaliteit van leven

1 Open Universiteit, Heerlen.

* Corresponderend auteur: Henrike Konings, onderzoekklankschalen@proton.me.

2 Kalorama, Beek.

3 Kenniscentrum zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam.

4 Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, Nijmegen.

Sounds that resonate: nursing home residents' experiences with singing bowls. An exploratory qualitative study

Henrike Konings^{1*}, Roeslan Leontjevas¹, Wendy Willemsen², Els Derksen^{3,4}

Abstract

In nursing home care, attention to complementary care is increasing to support the quality of life in vulnerable residents. Singing bowl sessions are used to promote calm and comfort, yet residents' own perspectives remain underrepresented. This exploratory qualitative study examined how residents in a Dutch nursing home (two locations) experienced individual singing bowl sessions. Participatory observations were analysed inductively across 41 sessions involving 25 residents (59–97 years) with dementia and somatic conditions from 7 wards (3 psychogeriatric, 3 somatic and 1 rehabilitation). The sessions elicited predominantly positive responses, including those from residents with limited verbal communication. Four themes captured these experiences: emotional resonance, relaxation, connectedness and positive affect. Two recurring behaviours were observed: falling asleep and entering an inner state of calm. Attention span and environmental stimuli sometimes influenced these experiences. The findings suggest that singing bowl sessions align with residents' available capacities and can evoke meaningful experiences across emotional, spiritual and social dimensions of quality of life. This study shows that residents, even when communication is limited, are able to remain actively engaged in the experience in their own way. This calls for further research into which residents and circumstances are associated with different forms of response.

Keywords: Complementary care, Singing bowl sessions, Residents' perspective, Nursing home care, Quality of life

1 Open University, Heerlen.

* Corresponding author: Henrike Konings, onderzoekklankschalen@proton.me.

2 Kalorama, Beek.

3 Knowledge Center for Care Innovation, Rotterdam University of Applied Sciences, Rotterdam.

4 University Knowledge Network for Elderly Care Nijmegen, Nijmegen.

Inleiding

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking gaat gepaard met een toename van ouderen met complexe zorgvragen, waaronder dementie en somatische multimorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van meerdere chronische aandoeningen). Dementie zal naar verwachting in 2040 de grootste ziektelast veroorzaken¹, waardoor zorgzwaarte en kwetsbaarheid van verpleeghuisbewoners toenemen. Tegelijkertijd kunnen wensen en ervaringen bij deze groep niet altijd verbaal tot uitdrukking worden gebracht. Dit vraagt om benaderingen die het bewonersperspectief zichtbaar maken, ook als communicatie beperkt is. In deze context komt kwaliteit van leven (KvL) nadrukkelijker centraal te staan.

KvL verwijst naar de ervaren positie van een persoon in relatie tot eigen doelen, verwachtingen en sociale context en omvat lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele dimensies.² In het verpleeghuis staat KvL vaak onder druk: bewoners ervaren minder autonomie³, eigen regie⁴ en mogelijkheden tot sociale participatie⁵. Uitingen als agitatie⁶, onrust of angst⁷ kunnen samenhangen met een verminderde KvL. Ze weerspiegelen verlies van verbondenheid en invloed.⁸

Waar KvL een breed, overkoepelend concept vormt, verwijst welbevinden naar de subjectieve affectieve ervaring, zoals tevredenheid en een positieve gemoedstoestand.^{9,10} Het omvat niet noodzakelijk hoe bewoners specifieke situaties ervaren of duiden (het bewonersperspectief). Complementaire zorg (CZ) richt zich op welbevinden, met een holistische visie en aandacht voor de interactie tussen zorgverlener en bewoner.¹¹⁻¹³ In verpleeghuizen wordt CZ steeds vaker ingezet om ontspanning en comfort te bevorderen en onrust of pijn te verlichten.^{11,12} Onderzoek naar de bijdrage van CZ aan KvL blijft vooralsnog beperkt.¹²

Binnen dit bredere kader van CZ zijn klankschaalsessies een specifieke interventie. Akoestische analyses tonen aan dat klankschalen complexe frequentiepatronen en langdurige resonanties produceren.¹⁴ Volgens literatuur over vibro-akoestische stimulatie kunnen deze niet alleen auditief, maar ook lichamelijk worden waargenomen.¹⁵ Daarmee omvatten klankschaalsessies meer dan auditieve stimulatie alleen.

Binnen de gezondheidszorg zijn studies uitgevoerd naar klankschaalsessies. Bij patiënten met kanker werden naast verbeteringen in welbevinden ook fysiologische veranderingen gerapporteerd in elektro-encefalogram (EEG) en hartslagvariatie.¹⁶ De effecten hielden enkele dagen aan.¹⁶ In een gerandomiseerd onderzoek bij vrouwen met borstkanker werd Tibetaanse geluidsmeditatie vergeleken met een controlegroep.¹⁷ De interventiegroep liet verbeteringen zien in cognitief functioneren en zelfgerapporteerde mentale gezondheid en spiritualiteit direct na afloop van de interventie. Deze effecten waren echter niet meer aantoonbaar bij follow-up na één maand.¹⁷ In deze studie werden geen fysiologische metingen verricht.

Aanvullend liet een gerandomiseerde cross-overstudie bij gezonde volwassenen zien dat een korte klankschaalsessie voorafgaand aan geleide ontspanning gepaard ging met sterkere fysiologische reacties dan stilte, waaronder een grotere daling in

systolische bloeddruk en hartslag.¹⁸ Voor psychologisch welbevinden werden geen interventiespecifieke verschillen gevonden: in beide condities namen positieve en negatieve affect-scores in gelijke mate af.¹⁸ Deze bevinding suggereert een algemene ontspanningsrespons, terwijl fysiologische responsen en subjectieve beleving uiteen kunnen lopen.

Een pre-poststudie rapporteerde na een klankschaalsessie van 60 minuten een afname van spanning en negatieve stemming.¹⁹ Deze effecten waren het sterkst bij deelnemers zonder eerdere ervaring met klankschalen, terwijl ervaren deelnemers vooral een toename in spiritueel welbevinden rapporteerden. Door het ontbreken van een controlegroep blijft causaliteit onduidelijk.¹⁹

Binnen de verpleeghuiszorg zijn studies naar klankschalen schaars. In een Australisch verpleeghuis rapporteerden Bulsara, Seaman en Steuxner²⁰ een afname van agitatie bij bewoners met dementie na herhaalde klankschaalsessies. Hoewel gedragsmatige uitkomstmaten veranderingen in respons of affect weergeven, bieden zij beperkt inzicht in het bewonersperspectief.

Eerder onderzoek liet zien dat mensen met dementie andere dimensies van KvL benadrukken dan professionals en meetinstrumenten, zoals esthetiek, autonomie, zingeving en spiritualiteit.²¹ Bovendien kunnen beoordelingen van KvL verschillen tussen bewoners, naasten en zorgprofessionals.^{22,23} Juist omdat perspectieven op KvL uiteen kunnen lopen, is expliciete aandacht voor het bewonersperspectief essentieel. Inzicht hierin is belangrijk voor een persoonsgerichte inzet van CZ en de positionering van klankschaalinterventies in de verpleeghuiszorg. Tegen deze achtergrond verkent deze studie hoe bewoners met dementie en somatische aandoeningen individuele klankschaalsessies binnen het verpleeghuis ervaren, aangezien de toepassing van klankschaalsessies niet diagnosespecifiek is en relevant kan zijn voor verschillende doelgroepen.

Methode

Onderzoeksopzet

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet met participerende observaties. Deze benadering past bij het doel om inzicht te krijgen in hoe bewoners klankschaalsessies beleven. Observatie in de natuurlijke leefomgeving biedt, ook bij bewoners met beperkte verbale communicatie, direct zicht op (non)verbaal gedrag en affect.

Deelnemers en setting

Het onderzoek vond plaats tussen maart en juni 2019 op twee locaties van een Nederlandse zorgorganisatie. Deelnemers zijn geïnccludeerd vanuit zeven afdelingen: drie psychogeriatrische (PG), drie somatische en één revalidatie. Inclusie vond plaats binnen de bestaande zorgpraktijk en betrof deelnemers die al individuele

klankschaalsessies ontvingen, bedoeld voor bewoners met moeilijk te duiden gedrag (onbegrepen gedrag) of beperkte deelname aan groepsactiviteiten. Deelnemers werden geselecteerd via een gelegenheidssteekproef met variatie in afdelingen en bewonerskenmerken. De geselecteerde afdelingen weerspiegelen de variatie binnen de organisatie, waardoor ervaringen van bewoners met uiteenlopende zorgprofielen konden worden meegenomen. Er zijn geen formele exclusiecriteria gehanteerd, passend bij het exploratieve karakter van de studie. De interventie werd ingezet op basis van klinische inschatting door betrokken zorgprofessionals; bij acute psychiatrische ontregeling, zoals psychose of delier, werd de interventie in de praktijk niet aangeboden.

Interventie

Het betrof individuele klankschaalsessies, uitgevoerd door een ervaren geschoolde klankschaalbegeleider (klankschaalspecialist). De sessies vonden plaats op de kamer van de bewoner en werden op vaste dagdelen aangeboden: één ochtend op locatie A en één middag op locatie B. De duur varieerde van 20 tot 45 minuten en volgde de bestaande werkwijze, zonder aanpassingen voor het onderzoek (zie Tabel 1).

Tabel 1 Fasen van klankschaalsessie

Nr.	Fase	Omschrijving
0	Vorbereiding	Doornemen dossier en afstemmen met zorgmedewerker. Klaarzetten materialen en rustige sfeer in kamer creëren.
1	Contact en introductie	Contact maken via oog- of handcontact. Aangeven met zachte stem dat klankschaalsessie start, bewoner mag ontspannen en eventuele vragen beantwoorden.
2	Inleiding	Introduceren met kleine zenschaal (licht), via hartschaal (medium) naar grote bekkenschaal (zwaar), waarbij klanken en trillingen geleidelijk verdiepen en intensiveren.
3	Verdieping	Bewegen van bekkenschaal driemaal langs het lichaam (hoofd → voeten). Aanslaan van alle vijf schalen eenmalig, daarna herhaling in rustig, harmonisch ritme van kleine naar grotere schalen.
4	Observatie en afstemming	Continu observeren (mimiek, houding, verbale signalen). Flexibel aanpassen van tempo, duur en keuze van schalen aan respons van bewoner.
5	Afsluiting	Afronden met koshi (windgong met zachte, licht klingelende klanken). Mondeling afronden en kort nabespreken bij wakkere bewoner. Kamer rustig verlaten bij slapende bewoner.
6	Nazorg / opvolging	Terugkoppeling geven aan zorg/familie en verslaglegging. Bespreking in multidisciplinair overleg.

Procedure

De planning vond plaats in overleg met betrokken zorgprofessionals. Voorafgaand aan elke klankschaalsessie ontving de onderzoeker beknopte contextinformatie, zoals medische achtergrond, recente gebeurtenissen of bijzonderheden in gedrag. Soms was familie of een kamergenoot aanwezig. Bij een deel van de bewoners vonden meerdere observaties plaats. Deze waren niet vooraf gepland, maar volgden uit de reguliere zorgpraktijk op momenten dat bewoners aanwezig en wakker waren. Herhaalde observaties maakten het mogelijk gedrag en affect op meerdere momenten te volgen en konden bijdragen aan herkenning en vertrouwdeheid, waardoor gedrag mogelijk minder geremd tot uiting kon komen.

Dataverzameling

De observaties waren participierend; de onderzoeker was zichtbaar aanwezig zonder de sessies te beïnvloeden. Tijdens en direct na de sessies zijn veldnotities gemaakt over gedrag, affect, mimiek, lichaamstaal en contextuele factoren. Deze zijn dezelfde dag uitgewerkt tot observatieverslagen. Daarnaast zijn waarnemingen, interpretaties en beslissingen vastgelegd in een reflectief dagboek.

Analyse

De observatieverslagen zijn thematisch geanalyseerd met ATLAS.ti, waarbij coderingsprocedures uit grounded theory (open en axiale codering) zijn toegepast en categorieën geclusterd tot thema's. De analyses waren primair beschrijvend; theorievorming viel buiten de reikwijdte van deze studie. De analyse verliep iteratief volgens constante vergelijking, waarbij observaties binnen en tussen casussen werden vergeleken. Memo's dienden om ideeën, voorlopige interpretaties en beslissingen vast te leggen, vooronderstellingen te expliciteren en de vertaalslag naar thematische interpretaties te ondersteunen. De hoofdonderzoeker besprak de analyse regelmatig met twee medeonderzoekers. Verzadiging functioneerde als stopcriterium: de laatste twee geïncludeerde deelnemers leverden geen nieuwe codes of thema's op.

Kwaliteitsborging

Dataverzameling en analyse zijn uitgevoerd door een externe onderzoeker, onafhankelijk van de zorgorganisatie, onder academische verantwoordelijkheid van de Open Universiteit. Regelmatige collegiale toetsing met twee onderzoekers, één verbonden aan de zorgorganisatie en één aan de Open Universiteit, ondersteunde het expliciteren van aannames en het toetsen van interpretaties. Dit resulteerde in een audit trail en intersubjectieve controle. De geloofwaardigheid werd ondersteund door variatie in setting en diagnose, collegiale toetsing en documentatie (codeboekversies, memo's, logboeken). Betrouwbaarheid is geborgd door een vast analyseprotocol en systematische verslaglegging. Overdraagbaarheid is bevorderd

door rijke beschrijvingen van setting, deelnemers en interventie. De bevindingen zijn in de resultatensectie geïllustreerd met representatieve citaten en observatiefragmenten, zodat de koppeling tussen data en interpretatie zichtbaar blijft. Citaten zijn geanonimiseerd weergegeven met participant- (P) en observatiecodes (O). Reflectie op aannames en betrokkenheid is vastgelegd in het reflectief dagboek.

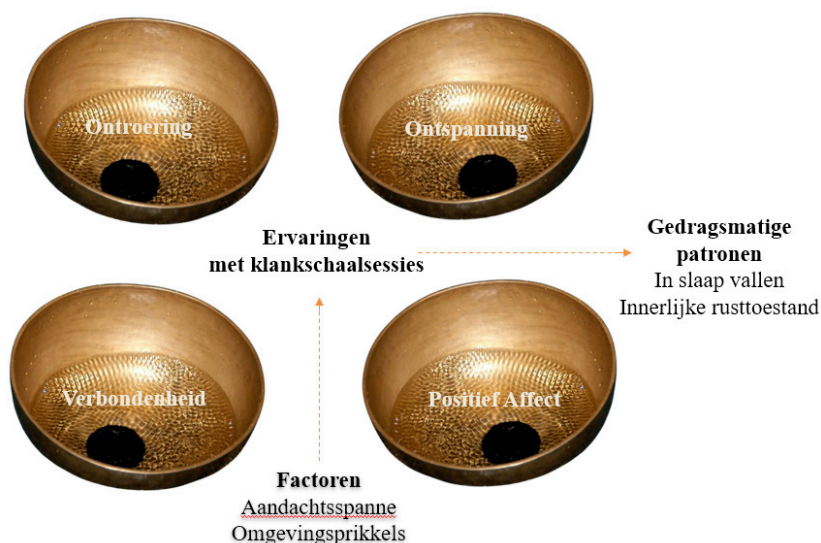
Ethiek

Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Ethische Toetsing Onderzoek van de Open Universiteit en viel buiten de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. Mondelinge toestemming is verkregen van bewoners of, bij beperkte wilsbekwaamheid, van hun wettelijk vertegenwoordiger. Omdat het ging om een bestaande CZ-interventie, is deze werkwijze niet gewijzigd. Deelnemers zijn niet extra belast: deelname was vrijwillig en sessies konden op elk moment worden beëindigd op verzoek van de bewoner of bij signalen van overbelasting. Tijdens het onderzoeksproces zijn de ruwe gegevens beveiligd en versleuteld opgeslagen, conform de AVG. Voor analyse en rapportage is gewerkt met een geanonimiseerde dataset. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens algemeen aanvaarde ethische principes, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen.²⁴

Resultaten

Er zijn 41 klankschaalsessies geobserveerd bij 25 bewoners (14 mannen, 11 vrouwen; 59–97 jaar) op zeven afdelingen: PG ($n = 21$), somatiek ($n = 16$) en revalidatie ($n = 2$). Hiervan waren 39 sessies individueel; één duosessie op revalidatie is als twee observaties geregistreerd ($n = 2$). Tot de deelnemers behoorde een bewoner met een andere moedertaal dan het Nederlands. Vier sessies werden voortijdig beëindigd: één doordat de bewoner wegliep en drie op initiatief van de klankschaalspecialist wegens waargenomen signalen van overbelasting. Deze omvatten verbale agitatie, lichamelijke spanning en een expliciet verzoek de sessie te beëindigen, bijvoorbeeld herhaald roepen om zorg bij plasdrang of zichtbare spanning zoals wijd geopende ogen.

De analyse resulteerde in vier thema's (ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect); deze worden opgevat als kernervaringen. Daarnaast werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand. Deze gedragingen bleken samenhangend en terugkerend en worden daarom beschreven als gedragsmatige patronen. Vanwege hun primair observeerbare en gedragsmatige karakter worden zij onderscheiden van de interpretatieve thema's die betrekking hebben op betekenisgeving. Ook werden twee contextuele factoren onderscheiden (aandachtsspanne en externe verstoringen). Deze elementen zijn samengebracht in een conceptueel raamwerk (Figuur 1).



Figuur 1 Conceptueel raamwerk van thema's gedrag en factoren bij individuele klankschaalsessies

Noot: Onderbroken pijlen duiden op een mogelijke richting in samenhang, zonder implicatie van causaliteit. Afbeelding van klankschaal gebruikt met toestemming van de auteursrechthebbende.

Thema 1: Ontroering verwijst naar een intense emotionele reactie waarin de bewoner zich “geraakt voelde” of waarbij de sessie “iets losmaakte”, zowel positief als negatief. Het kwam voor bij bewoners met dementie, somatische aandoeningen en revalidanten. De reactie uitte zich in non-verbale signalen, zoals tranen, zuchten of het vasthouden van een hand. Sommige bewoners benoemden hun beleving met uitspraken als “onwaarschijnlijk” (P20), “dit raakt me” (P7) of door het expliciete verzoek om een knuffel. Ontroering was vaak verbonden met herinneringen en leidde tot het delen van emotioneel beladen momenten, zoals het aanhalen van een overleden dierbare.

Positieve ontroering kreeg uiteenlopende duidingen. Bij sommige bewoners stond een religieuze beleving centraal, zichtbaar in rituele gebaren zoals gevouwen handen in gebedshouding voor de borst of uitspraken als “Hemelse muziek” (P6, O6). Anderen benoemden herinneringen uit hun jeugd of het gezin van herkomst, wat gepaard ging met emotionele reacties. Zo zei een bewoner met dementie huilend: “Ik mis mijn ouders zo. Het kwam door de klanken. Ik ben heel blij dat ik dit gehoord heb” (P11, O21). Daarnaast werd de ervaring soms spiritueel geduid, zoals een revalidant die zei: “Ik reis door het universum. Dit benadrukt zo dicht wat ik voel. Dank je wel ... Ik was bij het universum. Als ik daarover denk, dat is niet te geloven. Het is geweldig” (P20, O40).

Negatieve ontroering werd sporadisch waargenomen, uitsluitend bij bewoners met dementie die bekend waren met onbegrepen gedrag. Zij vertoonden tekenen van emotionele overprikkeling, zoals wijd geopende ogen, snelle ademhaling, spierspanning, zuchten met een gespannen onderton of weglopen. Een bewoonster verwoordde dit als: "Ik ben geraakt ... ik krijg het benauwd" (P13, O14).

Thema 2: Ontspanning kenmerkte zich door het ervaren van rust. Dit werd frequent waargenomen. Een bewoonster met somatische klachten verwoordde dit als: "Het brengt me een beetje rust. Daar ben ik gelukkig mee. Als je je onrustig voelt, is dat een verschrikkelijk gevoel" (P05, O33). Ontspanning uitte zich in non-verbale signalen, zoals het sluiten van de ogen, een tragere buikademhaling, het zakken van schouders en het verdwijnen van fronsrimpels. Soms nam onsamenhangende spraak, trillen of de beweeglijkheid van een lichaamsdeel af. De overgang van spanning naar ontspanning trad meestal kort na de start op en hield gedurende de sessie aan. Na afloop bleef ontspanning soms zichtbaar, bijvoorbeeld in een trager spreektempo of doordat bewoners bleven doorslapen.

Thema 3: Verbondenheid verwijst naar de mate waarin bewoners zich actief betrokken toonden tijdens de sessie, ongeacht hun cognitieve status. Dit uitte zich soms verbaal, zoals in de vraag: "Wat voor geluid is dat?" (P9, O20), maar vaker non-verbaal, via kijken, hummen of kleine gebaren. Bewoners volgden met hun ogen de aanslag van de klankschaal of richtten hun lichaam naar de geluidsbron.

In verschillende observaties ontstonden momenten van gedeelde aandacht, zichtbaar in oogcontact, knikken of korte uitwisselingen. Een revalidant deelde zijn kennis over klankschalen als volgt: "Alle geluiden en klanken hebben een naam gekregen: ze staan op een kussentje, zodat de klanken niet verloren gaan ... Achter ieder geluid zit een kern" (P20, O32). De responsiviteit van de klankschaalspecialist speelde hierin een rol: het vermogen aan te sluiten bij het tempo en initiatief van de bewoner. Zo bleef een bewoner met gevorderde dementie naar een klankschaal wijzen, waarna de klankschaalspecialist hem deze liet vasthouden. Hij betastte de schaal met zijn handen en glimlachte vervolgens breed.

Thema 4: Positief affect verwijst naar emotionele expressies van plezier en tevredenheid. Dit werd waargenomen via lachen, meeneuriën of een vriendelijke blik naar de klankschaalspecialist. Bij meerdere bewoners met dementie veranderde de gezichtsuitdrukking van neutraal naar positief; een bewoner legde de hand op het hart. Een bewoner merkte op: "Die klanken zijn mooi, die wil ik wel mijn hele leven horen" (P11, O31) Anderen gebruikten woorden als "prachtig" (P9), leuk (P18) en "wonderful" (P23), of zeiden: "ik vind het mooi" (P7, O7) of "dit wil ik vaker" (P11, O11). Positief affect werd gezien bij vrijwel alle bewoners die zich verbaal of non-verbaal konden uitdrukken, met uitzondering van bewoners met ernstige somatische klachten en een verlaagd bewustzijn (bij niet-aangeboren hersenletsel).

Terugkerende gedragingen

Naast de thema's werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand.

Negen bewoners vielen tijdens de sessie in slaap. Dit ging gepaard met gesloten ogen, een tragere ademhaling, verminderde spierspanning en het wegvallen van respons op prikkels. Soms zakte het hoofd naar voren of snurkten bewoners. De meesten bleven slapen tot na afloop, een enkeling ontwaakte en merkte op: "Ik zat te slapen." (P15, O19)

Zeven bewoners vertoonden een verstilde, naar binnen gerichte toestand die duidelijk te onderscheiden was van slapen. Zij vermeden oogcontact, hielden de ogen (half)gesloten en lieten minimale expressie zien, vaak in combinatie met een diepe buikademhaling. Hoewel bewoners niet actief reageerden, waren subtiele responsen zichtbaar, bijvoorbeeld via gelaatsuitdrukking of lichte handbewegingen.

Factoren

Binnen het conceptuele raamwerk ontstonden twee contextuele factoren. Ten eerste speelde de aandachtsspanne van bewoners een rol: wanneer deze beperkt was, nam de aandacht tijdens de sessie af. Dit uitte zich in afleiding, zoals friemelen aan een kleedje of onrustig verzitten, of in expliciete opmerkingen, zoals: "Dit duurt wel heel lang hè?" (P9, O9). Dit werd vooral waargenomen bij bewoners met dementie. Daarnaast konden externe prikkels, zoals geluiden op de gang of binnenkomend personeel, de concentratie en ontspanning onderbreken. In dergelijke situaties raakten bewoners soms uit hun ontspannen toestand en hadden ze moeite deze opnieuw te hervinden, zoals een bewoner verwoordde: "Hoe storend zo iets kleins kan zijn" (P20, O32).

Casus: inzet bij stervensbegeleiding

Naast de algemene bevindingen is één casus geobserveerd bij een 95-jarige bewoner met dementie in de palliatief-terminale fase. De sessies waren aangepast in toonkeuze en instrumentarium, gericht op maximaal comfort en loslaten. De volgorde was verschillend van de gebruikelijke werkwijze (Tabel 1), namelijk van de voeten richting het hoofd. Tijdens de eerste sessie sprak de bewoner zacht: "Mama, mama" (P10, O10). In de tweede sessie werden enkel non-verbale signalen van ontspanning en wisselende ademhaling waargenomen. Deze casus illustreert dat klankschalen ook bij de stervensbegeleiding kunnen bijdragen aan rust en innerlijke overgave. Hoewel deze observatie buiten de hoofdonderzoeksvraag valt, onderstreept zij de potentiële reikwijdte van klankschaalinterventies in de laatste levensfase.

Discussie

Deze exploratieve studie biedt inzicht in hoe verpleeghuisbewoners klankschaalsessies ervaren, een invalshoek die in onderzoek naar klankschalen en CZ nog beperkt is belicht. De bevindingen lieten uiteenlopende emotionele en relationele reacties zien die verschillende aspecten van KvL raken. Deze zijn weergegeven in een conceptueel raamwerk waarin kernervaringen, gedragsmatige patronen en contextuele factoren in samenhang zijn geplaatst (Figuur 1).

Dit biedt een meer gedifferentieerd inzicht in het bewonersperspectief en de rol van contextuele factoren. In een latere analytische fase is het inductief ontwikkelde raamwerk abductief geïnterpreteerd in relatie tot de Sociale Productie Functies (SPF)-theorie van Lindenberg.^{10,25} Deze theorie beschrijft hoe mensen welbevinden realiseren via de basisbehoeften comfort, stimulatie, affect, gedragsbevestiging en status. Deze behoeften worden vervuld via uiteenlopende hulpbronnen en activiteiten, waarbij hulpbronnen tot op zekere hoogte onderling vervangbaar zijn.

Hoewel ook andere theoretische kaders voor welbevinden en KvL denkbaar zijn, biedt de SPF-theorie hier een passend perspectief door haar nadruk op basisbehoeften en de vervangbaarheid van hulpbronnen. Wanneer gebruikelijke bronnen beperkt zijn – zoals vaak in het verpleeghuis – kunnen alternatieve vormen een vergelijkbare functie vervullen.^{10,25}

Deze interpretatie vanuit de SPF-theorie biedt een psychologisch perspectief op hoe bewoners betekenis geven aan klankschaalsessies en welke basisbehoeften daarbij worden aangesproken. De reacties van bewoners sluiten aan bij meerdere basisbehoeften: comfort in de vorm van ontspanning; stimulatie via auditieve en vibro-akoestische prikkels; affect in momenten van verbondenheid en wederkerigheid; gedragsbevestiging in responsieve interactie en status wanneer persoonlijke kennis of identiteit naar voren komt.

Binnen dit kader worden kernervaringen besproken. Ontroering kwam naar voren als een diep persoonlijke respons, vaak verbonden met autobiografische herinneringen. Dit komt overeen met bevindingen buiten het verpleeghuis waarin klankschaalinterventies worden gekoppeld aan subjectieve verdieping, zoals welbevinden en spirituele beleving.^{17,19} Dit past binnen processen van affectregulatie en herinneringsactivatie: emotionele herinneringen die eerder buiten het bewustzijn lagen, worden opnieuw beleefd en krijgen betekenis in het heden. De klanken kunnen daarbij fungeren als prikkels die impliciet geheugen activeren en gevoelens van samenhang oproepen, een ervaring die in de dagelijkse verpleeghuiszorg niet eenvoudig te faciliteren is. Dat deze reacties vaker voorkwamen bij bewoners met dementie, kan samenhangen met afgenomen cognitieve remming, waardoor emoties directer zichtbaar worden.

Ontspanning trad op bij veel bewoners en leeksamente hangen met de klankschaalsessies. Dit is consistent met studies die fysiologische ontspanningsindicatoren^{16,18}

en afname van spanning rapporteren.¹⁹ Lichamelijke signalen, zoals een rustigere ademhaling en verminderde spierspanning, wijzen op activering van het parasympathische zenuwstelsel, dat geassocieerd is met herstel en vermindering van spanning, zoals beschreven in de polyvagaaltheorie.²⁶ In lijn met deze theorie kan dit worden geduid als een vorm van lichamelijke co-regulatie: de klanken en vibraties bieden ritme en ondersteunen zo het proces van tot rust komen. Het laagbelastende karakter van de interventie kan hierbij een rol spelen, doordat prikkels geleidelijk en voorspelbaar worden aangeboden. Dit kan verklaren waarom de interventie ook toegankelijk lijkt voor bewoners met beperkte communicatieve mogelijkheden.

De twee terugkerende gedragsmatige patronen in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand lijken verschillende vormen van co-regulatie te vertegenwoordigen. Waar het eerste een fysiologische overgave aan rust laat zien, wijst het tweede op een interne beleving of meditatieve toestand. Beide patronen laten zien dat klankschaalsessies innerlijke stabiliteit kunnen faciliteren, ook bij bewoners die in het dagelijkse leven onrustig of gespannen zijn.

Tijdens de sessies tonen bewoners zich niet alleen ontvangers van zorg, maar ook actief betrokken. Waar betrokkenheid verwijst naar aandacht, duidt verbondenheid op een relationele en emotionele dimensie: het ervaren van nabijheid en wederkerigheid. Dit vormt een essentieel onderdeel van de ervaren KvL bij ouderen met dementie.^{4,10} Deze nuance maakt duidelijk dat bewoners niet alleen *bij* de activiteit betrokken waren, maar soms ook werkelijk verbonden waren *met* de klanken of de ervaring zelf, veelal via non-verbale responsen. Relationele afstemming werd in de analyse zichtbaar in subcodes zoals gedeelde aandacht en wederkerigheid, met name binnen het thema verbondenheid. Het betreft daarmee geen afzonderlijk thema, maar komt tot uiting in de interactie tussen bewoner en klankschaalspecialist. In een context waarin eigen regie en sociale participatie vaak beperkt zijn, kunnen dergelijke momenten van afstemming bijdragen aan het ervaren van invloed en relationele aanwezigheid.²¹ Deze vorm van afstemming past binnen de kern van CZ, waarin interactiekwaliteit en relationele responsiviteit centraal staan.¹¹⁻¹³

Positief affect duidt erop dat bewoners emotioneel kunnen afstemmen op deze vorm van CZ, ook wanneer cognitieve vermogens zijn afgenomen. Dit sluit aan bij een studie waarin een vergelijkbare interventie een toename in positief affect liet zien¹⁷, terwijl een crossover-onderzoek juist aantoonde dat affectverandering niet noodzakelijk interventiespecifiek is¹⁸.

Hoewel de meeste bewoners positief reageerden, liet een kleine subgroep onrust of afwijzende reacties zien. De voortijdige beëindiging van enkele klankschaalsessies bij signalen van overbelasting onderstreept het belang van klinische alertheid en responsiviteit. Mogelijke verklaringen zijn sensorische overprikkeling, auditieve gevoeligheid of gevoelens van verlies aan controle; ook aandachtsspanne en omgevingsprikkels lijken hieraan bij te dragen. Daarnaast kan emotionele activatie soms

intense of beladen herinneringen oproepen. Deze variatie benadrukt de noodzaak van een zorgvuldige, persoonsgerichte en behoeftegebaseerde afweging van de inzet en frequentie van klankschaalsessies. In de verpleeghuiscontext vraagt dit om systematische observatie en regelmatige evaluatie door betrokken zorgprofessionals. Klinische studies tonen immers vooral kortdurende verbeteringen aan.^{16,17}

Deze studie kent enkele beperkingen. De heterogeniteit van de populatie bemoeit vergelijking tussen bewoners. Als kwalitatieve verkenning zijn de bevindingen contextgebonden. De uitvoering binnen één zorgorganisatie en door één klankschaalspecialist, evenals mogelijke interpretatiebias van de observator, kunnen de resultaten mede hebben beïnvloed. Bij bewoners met een sterk verlaagd bewustzijn was interpretatie complexer door beperkte zichtbare respons. Member-checking was niet haalbaar vanwege cognitieve beperkingen binnen de onderzoekspopulatie en beperkte toegang tot het verpleeghuis tijdens de COVID-19-pandemie, wat de verificatie van interpretaties beperkte. Desondanks bieden de bevindingen waardevolle inzichten in de ervaren betekenis van klankschaalsessies.

Conclusie

Door het bewonersperspectief centraal te stellen, biedt deze studie een aanvulling op onderzoek dat vooral was gericht op algemene welbevindingsmaten of fysiologische effecten.

Het laat zien dat klankschaalsessies betekenisvolle reacties kunnen oproepen bij verpleeghuisbewoners met uiteenlopende cognitieve en communicatieve mogelijkheden en mogelijk ook bij bewoners met een andere taalachtergrond. Ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect illustreren dat bewoners gebruiken van beschikbare vermogens, ook bij gevorderde cognitieve of fysieke beperkingen. Daarmee kunnen klankschaalsessies bijdragen aan emotionele, sociale en spirituele dimensies van KvL vanuit het bewonersperspectief.

De bevindingen sluiten aan bij de SPF-theorie, die een psychologisch kader biedt voor deze reacties. Als exploratieve observatiestudie in de Nederlandse verpleeghuiszorg wijzen de resultaten op mogelijke verdere ontwikkeling en toepassing van klankschaalinterventies binnen de CZ. Juist in de kwetsbaarheid van het verpleeghuis, waar woorden soms ontoereikend zijn, laten de observaties zien hoe zorgvuldig afgestemde klanken, in interactie met de bewoner, ruimte kunnen openen voor rust, contact en betekenis.

Aanbevelingen

Klankschaalinterventies lijken veelbelovend binnen CZ, vooral voor bewoners met dementie of beperkte communicatiemogelijkheden. De interventie benut emotionele en sociale vermogens die beschikbaar zijn en kan een waardevolle aanvulling zijn op persoonsgerichte zorg, mits afgestemd op individuele behoeften en gevoeligheden en uitgevoerd door een klankschaalspecialist. In de praktijk vraagt dit om een zorgvuldige afstemming, waarbij bewonersreacties systematisch worden geobserveerd en de interventie wordt geëvalueerd door zorgprofessionals.

Vervolgonderzoek kan deze inzichten verdiepen door te onderzoeken bij welke bewoners en onder welke omstandigheden klankschaalsessies verschillende vormen van respons oproepen, variërend van ontspanning en ontroering tot overbelasting, en wat de effecten zijn van deze ervaringen op bijvoorbeeld onbegrepen gedrag en slapen. Onderzoek kan daarnaast worden versterkt door het perspectief van zorgverleners, naasten en – waar mogelijk – bewoners te integreren, zodat de interpersoonlijke context beter zichtbaar wordt. Bij bewoners met een sterk verlaagd bewustzijn kan het zinvol zijn om kwalitatieve observaties te combineren met eenvoudige fysiologische metingen, zoals ademhaling of hartslag, om subtiele responsen beter te duiden.

De SPF-theorie biedt een geschikt kader om de werking van klankschaalinterventies te conceptualiseren. Door systematisch te onderzoeken hoe niet-talige, zintuiglijke en relationele elementen bijdragen aan het vervullen van basisbehoeften, kan een sterker theoretisch fundament ontstaan voor de positionering van klankschaalinterventies binnen de verpleeghuiszorg.

Dankwoord

We zijn de bewoners dankbaar voor hun openheid en het vertrouwen dat we deelgenoot mochten zijn van hun unieke ervaringen. Daarnaast dank aan zorgorganisatie Kalorama voor het faciliteren van dit onderzoek.

Literatuur

1. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Synthese. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
2. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: World Health Organization, 1997.
3. Mjorud M, Kirkevold M, Rosvik J, Selbaek G, Engedal K. Variables associated to quality of life among nursing home patients with dementia. *Aging Ment Health*. 2014;18(8):1013-21.
4. Nakrem S, Vinsnes AG, Seim A. Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(11):1357-66.
5. Van Campen C, Verbeek-Oudijk D. Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.

6. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1259-70.
7. Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold O. Anxiety, Anxiety Symptoms, and Their Correlates in Persons with Dementia in Norwegian Nursing Homes: A Cause for Concern. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2017;43(5-6):294-305.
8. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimers Dis*. 1996;11(6):10-19. doi:10.1177/153331759601100603.
9. Ettema TP, Dröes RM, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. Handleiding QUALIDEM: een meetinstrument kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
10. Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, Ribbe MW. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res*. 2004;13(3):611-24.
11. Busch M, Jong M, Baars E. Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen: eerste Nederlandse inventarisatie. Driebergen: Louis Bolk Instituut; 2015. Contract No.: 2015-005 VG.
12. Brouwer A, Busch M, Van Vliet M. Proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg. Driebergen: Louis Bolk Instituut; 2019. Contract No.: 2019-008 VG.
13. Hupkens S. Wat is complementaire zorg? In: Busch M, Huisman A, Hupkens S, Visser A, editors. *Inleidend complementaire zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017. p. 31-48.
14. Ann IS, Bae M. Analysis of singing bowl's sound. *J Acoust Soc Am*. 2017;142:2613. Abstract.
15. Punkanen M, Ala-Ruona E. Contemporary vibroacoustic therapy: perspectives on clinical practice, research, and training. *Music Med*. 2012;4(3):128-135.
16. Bidin L, Piagiani L, Carini M, Seghini P, Cavanna L. Feasibility of a trial with Tibetan Singing Bowls and suggested benefits in metastatic cancer patients. A pilot study in an Italian Oncology Unit. *Eur J Integr Med*. 2016;8(5):747-55.
17. Milbury K, Chaoul A, Biegler K, Wangyal T, Spelman A, Meyers CA, et al. Tibetan sound meditation for cognitive dysfunction: results of a randomized controlled pilot trial. *Psychooncology*. 2013;22(10):2354-63.
18. Landry JM. Physiological and psychological effects of a Himalayan singing bowl in meditation practice: a quantitative analysis. *Am J Health Promot*. 2014;28(5):306-9.
19. Goldsby TL, Goldsby ME, McWalters M, Mills PJ. Effects of singing bowl sound meditation on mood, tension, and well-being: An observational study. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2017;22(3):401-6.
20. Bulsara C, Seaman K, Steuxner S. Using sound therapy to ease agitation amongst persons with dementia: a pilot study. *Aust Nurs Midwifery J*. 2016;23(7):38-9.
21. Gerritsen DL, Dröes RM, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Meihuizen L, et al. Kwaliteit van leven bij dementie: Opvattingen onder mensen met dementie, hun zorgverleners en in de literatuur. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010;41(6):241-55.
22. Crespo M, Bernaldo de Quiros M, Gomez MM, Hornillos C. Quality of life of nursing home residents with dementia: a comparison of perspectives of residents, family, and staff. *Gerontologist*. 2012;52(1):56-65.
23. Leontjevas R, Teerenstra S, Smalbrugge M, Koopmans RT, Gerritsen DL. Quality of life assessments in nursing homes revealed a tendency of proxies to moderate patients' self-reports. *J Clin Epidemiol*. 2016;80:123-133.
24. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
25. Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Soc Sci Med*. 1997;45(7):1051-63.
26. Porges SW. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation. New York: Norton; 2011.

PRAKTIJKVRAGEN

Wensen en behoeften voor de inzet van informele zorgverleners tijdens de Geriatrische Revalidatie

Esmee Hak¹, Rudy Vernooij^{1*}, Nicole Sistermans¹, Niels Jongejan², Di-Janne Barten³, Karin Valkenet^{3,4}

Samenvatting

Door de dubbele vergrijzing, toename van chronische ziekten en multimorbiditeit neemt de zorgvraag toe, terwijl het aantal zorgverleners niet meegroeit. Hoewel uit onderzoek blijkt dat betrokkenheid van informele zorgverleners bij CVA-revalidanten positief bijdraagt, is er weinig bekend over hun rol bij de revalidatie van niet-CVA-revalidanten. Het doel van dit exploratieve kwalitatieve onderzoek was om de wensen en behoeften van revalidanten, formele zorgverleners en informele zorgverleners te verkennen met betrekking tot de betrokkenheid van informele zorg tijdens de geriatrische revalidatie van niet-CVA-revalidanten. Uit de interviews met zes formele zorgverleners, drie informele zorgverleners en vier revalidanten kwamen vijf thema's naar voren: 1) Taken en handelingen, 2) Communicatie, 3) Betrokkenheid, 4) Belastbaarheid en 5) Verwachtingen. Betrokkenheid van de informele zorgverlener wordt als gewenst gezien door de verschillende partijen. Een toekomstige interventie zou rekening moeten houden met de gevonden thema's om zo de betrokkenheid van informele zorgverleners optimaal vorm te geven.

¹ Kennis en Behandelcentrum QuaRijn, Doorn.

* Correspondierend auteur: r.vernooij@quarijn.nl.

² Universiteit Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Geriatrie, Utrecht.

³ Kenniscentrum Gezond & Duurzaam Leven, Hogeschool Utrecht.

⁴ Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, Utrecht.

Inleiding

Door de dubbele vergrijzing, toename in multimorbiditeit en toename in aantal chronisch zieken, zien we een toename in zorgvraag en zorgkosten. Echter zal het aantal werknemers in de zorg niet toenemen. We zullen dus met een ander plan van aanpak moeten komen om de gevraagde zorg te kunnen blijven bieden.¹ Dit heeft ook zijn weerslag op de geriatrische revalidatie (GR).

In onderzoek wordt de informele zorgverlener omschreven als iemand die onbetaald of deels betaald vrijwillig iemand met beperkingen helpt in dagelijkse handelingen.² Verwacht wordt dat de rol van informele zorgverleners in de zorg groter wordt vanwege de schaarste aan formeel personeel.¹

In bestaande literatuur komt naar voren dat betrokkenheid van informele zorgverleners tijdens het revalidatietraject van revalidanten na een cerebrovasculair accident (CVA) een positief effect heeft op functioneel herstel en de algemene dagelijkse levensverrichtingen.³ Ook blijkt uit onderzoek dat patiënten na een CVA die met familieleden trainen tijdens een ziekenhuisopname eerder met ontslag gaan dan patiënten die niet met familieleden trainen.⁴ Daarnaast komt uit onderzoek dat zowel revalidanten als informele zorgverleners meer zelfvertrouwen krijgen en dat betrokkenheid van informele zorgverleners zorgt voor meer oefenmomenten, wat weer ten goede komt aan het revalidatieproces.⁵

Het effect van betrokkenheid van informele zorgverleners bij veelvoorkomende doelgroepen zoals orthopedie, cardiologie en amputatie is echter nog niet onderzocht.⁶ Daarom is het doel van dit onderzoek om de wensen en behoeften van revalidanten, zorgprofessionals en informele zorgverleners in kaart te brengen ten aanzien van de betrokkenheid van informele zorgverleners tijdens de GR van niet-CVA-revalidanten. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gebruikt in de ontwikkeling van een werkwijze om de betrokkenheid van informele zorgverleners te vergroten bij niet-CVA-revalidanten in de GR.

Methode

Design

Het onderzoeksdesign bestaat uit een generiek kwalitatief onderzoek met een beschrijvende benadering en een exploratief karakter. De COREQ-rapportagerichtlijn is als leidraad gebruikt voor het schrijven van dit artikel.⁷

Setting & populatie

Het onderzoek is uitgevoerd bij twee revalidatiecentra, ZorgSpectrum en QuaRijn, op de GR-afdelingen orthopedie, cardiologie en amputatie. In- en exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek staan per deelpopulatie vermeld in tabel 1.

Tabel 1 In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Deelpopulatie	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Revalidant	• Verblijft minimaal twee weken bij QuaRijn op de afdeling Orthopedie of Cardiologie of bij ZorgSpectrum op de afdeling amputatie • Spreekt en begrijpt de Nederlandse taal goed	• Opname diagnose is CVA
Informele zorgverlener	• De revalidant waarvoor de informele zorgverlener zorgt, verblijft minimaal twee weken op de geriatrie revalidatie afdeling • Spreekt en begrijpt de Nederlandse taal goed	• Opname diagnose revalidant is CVA
Formele zorgverlener	• Werkt minimaal een half jaar op een GR afdeling • Is een behandelaar of zorgmedewerker die direct betrokken is bij de dagelijkse zorg van revalidanten • Spreekt en begrijpt de Nederlandse taal goed	• Werkt op de CVA afdeling

Dataverzameling

Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen om inzicht te krijgen in wensen en behoeften ten aanzien van betrokkenheid van informele zorg binnen de GR. Thema's die werden opgenomen in de interviewleidraad zijn afkomstig uit bestaande literatuur en werden aangevuld met opgedane kennis uit eerder afgenomen vragenlijst.

De interviews zijn door drie onderzoekers afgenomen (EH, RV, NS). Zij hadden verschillende achtergronden: ergotherapeut, fysiotherapeut, psycholoog. Na afloop werd het interview geëvalueerd en feedback gegeven aan de interviewer om zo tot consensus te komen over formulering van vragen. De interviews werden opgenomen via beveiligde opnameapparatuur.

Alle deelnemers zijn vooraf over het onderzoek geïnformeerd en hebben een toestemmingsformulier ondertekend.

Data analyse

Een exploratieve, thematische analyse is uitgevoerd. Het doel was niet om datasaturatie te bereiken, maar om de belangrijkste overkoepelende thema's te ontdekken. De geluidsopnamen van de interviews zijn automatisch verbatim getranscribeerd door Microsoft Word. Elk transcript is vervolgens door één van de onderzoekers gecontroleerd via het vergelijken van de tekst met de audio. De interviews zijn inductief geanalyseerd volgens de zes fasen van de thematische analyse van Braun & Clarke (2006) met behulp van het programma Atlas.ti.⁸ Na het open coderen werden conceptueel verwante codes samengebracht tot voorlopige categorieën en subthema's. Deze zijn vervolgens herzien en gedefinieerd tot de uiteindelijke thema's.

Resultaten

Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen bij zes formele zorgverleners, drie informele zorgverleners en vier revalidanten van QuaRijn en Zorgspectrum. De revalidanten zijn drie mannen en één vrouw tussen de 52 en 88 jaar, van wie twee van de orthopedie-afdeling en twee van de amputatie-unit. De informele zorgverleners zijn twee vrouwen en één man; twee partners en een kind. De formele zorgverleners bestaan uit vijf vrouwen en één man. Hun functies zijn: verzorgende, verpleegkundige, manager GR en oefentherapeut.

Uit de interviews komt naar voren dat de rol van informele zorgverlener door verschillende personen kan worden vervuld. Personen die worden genoemd zijn: burens, kinderen, partner en vrienden.

Uit de interviews zijn vijf overkoepelende thema's geïdentificeerd gerelateerd aan het verlenen van informele zorg: 1) Taken en handelingen, 2) Communicatie, 3) Betrokkenheid, 4) Belastbaarheid en 5) Verwachtingen.

Taken en handelingen

Revalidanten, informele zorgverleners en formele zorgverleners geven verschillende taken aan die de informele zorgverlener tijdens de revalidatieperiode kan uitvoeren (zie tabel 2).

Tabel 2 Taken die de informele zorgverlener kan doen

Revalidant geeft als taak voor IZ aan:	Informele zorgverlener geeft als taak voor IZ aan:	Formele zorgverlener geeft als taak voor IZ aan:
Halen en brengen in de instelling	Oefenen van verschillende huiswerk oefeningen	Halen en brengen in de instelling
Vervoer van en naar het ziekenhuis	Vaat wegbrengen	Huishoudelijke taken
Steunen en stimuleren	Helpen bij het toilet	Steunen van de revalidant
Oefenen van verschillende huiswerk oefeningen		Ondersteunen bij de ADL-taken
Koken op de afdeling		Aanwezig zijn tijdens het eten
Kopen van boodschappen		Activiteiten kan ondernemen zoals wandelen en spelletjes spelen
Kleine klusjes zoals het opladen van een telefoon		Regelen van administratieve taken
		Vertalen als er een taalbarrière is

Alle drie de partijen geven aan dat de ADL liever niet overgenomen dient te worden. Formele zorgverleners geven als reden dat de informele zorgverlener wellicht de revalidant in mindere mate stimuleert tot zelfstandigheid. De informele zorgverlener neemt verpleegkundige taken (zoals medicatie verzorgen) en transfers maken met valgevaar liever niet over in verband met veiligheidsrisico's.

Communicatie

Informele zorgverleners vinden het fijn om op de hoogte te worden gehouden en dat belangrijke zaken direct met hen worden besproken. Communicatie over het revalidatieproces wordt momenteel echter door de informele zorgverlener als beperkt ervaren en verloopt meestal via de revalidant en eventueel via de eerste contactpersoon. Tevens wordt aangegeven dat de revalidant aan de informele zorgverlener moet vragen welke taken diegene kan doen.

Er vindt méér communicatie met informele zorgverleners plaats als de revalidant cognitieve problemen heeft of als de revalidant taalproblemen heeft. Het initiatief voor communicatie komt veelal vanuit de fysiotherapeut en ergotherapeut, maar ook door een arts bij een behandelplanbespreking bij negatieve of andere belangrijke ontwikkelingen. Communicatie met informele zorgverleners vindt nu vooral aan het begin en aan het einde van de revalidatie plaats. Formele zorgverleners wensen dat informele zorgverleners één tot twee keer per week aanwezig zijn en dat het contact gaat over de voortgang van de revalidatie en de wederzijdse verwachtingen. Informele zorgverleners zijn echter vaak buiten kantoortijden aanwezig en wensen dat contact één-op-één plaatsvindt (voorkeur voor fysiek en anders telefonisch) via een vooraf gemaakte afspraak.

Als er iets belangrijks besproken wordt, dan komen ze wel natuurlijk. Als de gelegenheid ervoor is en als er tijd is verder. Dat is natuurlijk ook een kwestie tegenwoordig, hè. Want iedereen werkt. (Informele zorgverlener)

Ook wensen informele zorgverleners dat de formele zorgverleners actief contact zoeken. En dat naast de ergotherapeut en fysiotherapeut, ook de verpleegkundige contact zoekt. Ook wensen informele zorgverleners dat er duidelijke kaders worden geboden over wat van hen verwacht wordt. Een uitnodiging en uitleg zouden volgens deelnemers helpend zijn. Dat ze bijvoorbeeld worden uitgenodigd om aan te sluiten bij een multidisciplinair overleg. Ook de zichtbaarheid van disciplines helpt bij spontaan contact tussen formele en informele zorgverleners.

Belangrijkste tip is wat ik net al zei: vrij snel nadat de revalidant is opgenomen, er even een-op-een tijd aan besteden. Niet verwachten dat als er een folder ligt: 'er zijn vier momenten de komende maand waarbij er een bijeenkomst is', dat mensen daar automatisch naartoe komen. (Informele zorgverlener)

Betrokkenheid

De betrokkenheid van de informele zorgverlener tijdens de revalidatie wordt door revalidanten, informele en formele zorgverleners als positief ervaren.

Formele zorgverleners geven aan dat als de informele zorgverlener betrokken is, dit bepalend kan zijn voor de snelheid van het revalideren en het ontslag. Betrokkenheid van de informele zorgverlener tijdens de revalidatie verschilt per revalidant en blijft daardoor maatwerk. Per revalidant zal onderzocht moeten worden welke taken een informele zorgverlener kan uitvoeren.

Dus je kijkt heel erg per casus, hoe kunnen we de goede zorg geven en wat hebben we daarvoor nodig? En dan moet je inderdaad soms wel beroep op familie doen.
(Formele zorgverlener)

Formele zorgverleners vinden dat als een revalidant voldoende eigen regie heeft, de informele zorgverlener niet betrokken hoeft te worden. Formele zorgverleners geven aan dat informele zorgverleners momenteel betrokken zijn door aanwezigheid tijdens de behandelbesprekingen, bij het opnamegesprek en contact met formele zorgverleners. Wel geven formele zorgverleners aan dat contact met informele zorgverleners veel tijd kost. Informele zorgverleners geven aan dat ze tijdens de gehele revalidatie betrokken willen worden van opname tot ontslag. Wel geven ze aan dat ze bang zijn de nodige hulp niet of niet op de juiste manier te kunnen bieden.

En dat durf ik niet, want ik krijg het niet voor elkaar. Dat weet ik zeker. (Informele zorgverlener)

Welke factoren de mate van betrokkenheid van de informele zorgverlener positief en/of negatief beïnvloeden, is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 Mate van betrokkenheid van de informele zorgverlener

Revalidant	Informele zorgverlener	Formele zorgverlener
Taalbarrière (+)	Voelt zich vrij om mee te kijken en vragen te stellen (+)	Verhoogde tijdsinvestering in IZ (+)
Goede relatie tussen IZ en revalidant (+)	Goede relatie tussen revalidant en IZ (+)	Bespreken betrokkenheid en taken IZ met IZ (+)
Goede belastbaarheid revalidant (+)	Goede gezondheid (+)	Betrekken IZ zonder toestemming revalidant (-)
Geen of beperkt sociaal netwerk (-)	Goede motivatie (+)	Bericht sturen naar IZ over betrokkenheid (+)
Vertrouwen in handelen van IZ (+)	Werk (-)	
Oefenzaal fysio open buiten werktijden (+)	Gezin (-)	
Pushen IZ door FZ (-)	Reistijd (-)	
Negatieve patronen tussen revalidant en IZ voor revalidatie (-)	Vertrouwen in de handelingen die gevraagd worden (+)	
	Niet meer tijd kwijt zijn dan voor de revalidatie (-)	
	Therapietijden buiten werktijd (+)	
	Vergoeding (-)	

+ = Factoren die een positieve rol spelen

- = Factoren die een negatieve rol spelen

Belastbaarheid van de revalidant, informele zorgverlener en formele zorgverlener

Revalidanten geven geregeld aan dat informele zorgverleners druk zijn met hun eigen leven en dat zij hen daarom niet extra willen belasten. De revalidant ziet wel in dat de hulp van informele zorgverleners de formele zorgverlener kan ontlasten in het kader van personeelstekorten. Informele zorgverleners vinden het vaak fijn om even te kunnen ademen als hun naaste is opgenomen. Het maakt verschil in de belastbaarheid van informele zorgverleners of de revalidant voorheen ook al veel informele zorg nodig had of vitaal was.

Nee, het is geen vakantie, maar dan speelt toch even ademen ook een rol. En bij die even moet ademen is het misschien wel goed om die niet te zeer weer onder druk te zetten, dat ze toch weer van alles gaan doen. (Informele zorgverlener)

De formele zorgverlener vindt de betrokkenheid van informele zorgverleners soms een aanvulling en soms een belasting voor de formele zorgverlener en/of voor de revalidant. Het wordt als een extra belasting gezien als formele zorgverleners veel van hen vragen. De formele zorgverlener vindt zichzelf een beschermende rol hebben naar een overbelaste informele zorgverlener of revalidant.

En je bent ook een beetje in de beschermende rol van... Mensen zijn ook al hier soms, te ver in gegaan in het mantelzorgen. (Formele zorgverlener)

Verwachtingen

Formele zorgverleners verwachten niet van elke informele zorgverlener dezelfde bijdrage of inzet, gezien de leeftijd, beschikbare tijd en werk. Wel verwachten zij dat informele zorgverleners, wanneer zij aanwezig zijn, bepaalde taken of handelingen uitvoeren. Daarnaast verwachten formele zorgverleners niet snel taken uit handen te geven.

Ik denk dat wij ook niet snel gaan bellen van: diegene moet geholpen worden met eten, hebben jullie mogelijkheden om te kijken of jullie één maaltijd al aanwezig kunnen zijn? Maar dat wij dan op automatisch piloot denken van: dat doen wij, want dat hoort ook bij het werk. (Formele zorgverlener)

De formele zorgverlener verwacht dat door het oppakken van taken, de informele zorgverlener beter de vooruitgang van de revalidant ziet. Ook geeft een formele zorgverlener aan dat de rol die de informele zorgverlener speelt soms kan bepalen of en hoe snel een revalidant met ontslag naar huis kan.

Het zou kunnen dat je iets sneller bij het revalidatiedoel bent en dat iemand sneller naar huis kan en dat iemand ook van alle kanten wordt gestimuleerd. Dat denk ik. (Formele zorgverlener)

De formele zorgverlener vindt wederzijdse verwachtingen naar elkaar uitspreken belangrijk.

Discussie

Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat zowel de revalidanten, formele en informele zorgverleners voordelen zien van betrokkenheid van de informele zorgverlener. De mate en de vorm van de betrokkenheid verschillen echter per revalidant en per informele zorgverlener.

Dit komt overeen met eerdere onderzoeken die uitgevoerd zijn bij CVA-revalidatie.^{3,5} Een voorbeeld hiervan is de betrokkenheid van de informele zorgverlener tijdens de ADL. Het huidige onderzoek laat zien dat communicatie belangrijk is. Uit ander onderzoek blijkt ook dat communicatie belangrijk is, maar dat de vertrouwensrelatie tussen de informele en formele zorgverlener ook belangrijk is.⁹ In ons onderzoek is dit niet naar voren gekomen.

In kwalitatief onderzoek naar het betrekken van informele zorgverleners in fysiotherapie-gerelateerde zorg voor IC-patiënten komen ook meerdere overeenkomstige factoren naar voren.¹⁰ Zoals dat deelname van informele zorgverleners altijd vrijwillig moet zijn, de informele zorgverlener lichamelijk en/of emotioneel in staat moet zijn om te helpen, en dat formele zorgverleners de controle moeten kunnen behouden over de situatie en de revalidant. In dit onderzoek wordt ook geconcludeerd dat het per revalidant en zelfs per dag verschilt of participatie mogelijk is en, zo ja, aan welke activiteiten. Daarom is effectieve communicatie over regels en verwachtingen noodzakelijk.

In een systematische review zijn verschillende interventies beschreven die door informele zorgverleners uitgevoerd kunnen worden.¹¹ De interventies zijn onderverdeeld in scholing en gerichte oefeningen en werden per revalidant afgestemd. Dit laatste sluit ook goed aan bij onze resultaten die bevestigen dat de betrokkenheid van informele zorgverleners erg persoonsafhankelijk is. Bij het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze gericht op de structurele inzet van informele zorgverleners, moet hiermee dus rekening worden gehouden.

Sterke en zwakke punten

Voordat de interviews zijn afgenomen, zijn de onderzoekers getraind in het afnemen van interviews. Tijdens het afnemen van de interviews en bij het coderen en thematiseren van de uitgetypte transcripten heeft peer review plaatsgevonden. Dit maakt dat consensus kon worden bereikt en de resultaten betrouwbaarder kunnen worden geacht.

Tijdens werving van participanten is geprobeerd om zoveel mogelijk en zo gevarieerd mogelijk te werven, zodat een breed perspectief werd verkregen. Echter zijn in totaal relatief weinig revalidanten geïnccludeerd en geen enkele participant van de afdeling Cardiologie. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat bepaalde perspectieven zijn gemist. Ook is geen membercheck gedaan, wat de interne validiteit verlaagt. Wat nog beter meegenomen had kunnen worden, is de reflexiviteit van de

onderzoekers. Zo had de invloed van de onderzoekers duidelijk kunnen worden, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek zou kunnen vergroten.⁸

Conclusie

Betrokkenheid van informele zorgverleners bij niet-CVA-patiënten wordt als kansrijk ervaren, maar het verschilt per revalidant en informele zorgverlener wat de wensen en behoeften zijn. Bij het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen om informele zorgverleners in te zetten tijdens de GR, moet rekening worden gehouden met de gevonden thema's: taken en handelingen van de informele zorgverlener, communicatie, belastbaarheid van zowel de revalidant, informele én formele zorgverlener, en verwachtingen van de drie partijen.

Ethiek

Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie voor onderzoek van de Hogeschool Utrecht en uitgevoerd volgens de Good Clinical Practice-standaarden en de Verklaring van Helsinki. Elke deelnemer kreeg in het transcript een code. De transcripten en codering werden bewaard in de beschermde opslag van de HU: SURF Research Drive.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg" - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2022 [cited 2025 May 30]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
2. Vloothuis JD, Mulder M, Veerbeek JM, Konijnenbelt M, Visser-Meily JM, Ket JC, et al. Caregiver-mediated exercises for improving outcomes after stroke - Vloothuis, JDM - 2016 | Cochrane Library. [cited 2025 May 30]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011058.pub2/full>
3. Choo WT, Jiang Y, Chan KGF, Ramachandran HJ, Teo JYC, Seah CWA, et al. Effectiveness of caregiver-mediated exercise interventions on activities of daily living, anxiety and depression post-stroke rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(7):1870-82.
4. Hirano Y, Maeshima S, Osawa A, Nishio D, Takeda K, Baba M, et al. The Effect of Voluntary Training with Family Participation on Early Home Discharge in Patients with Severe Stroke at a Convalescent Rehabilitation Ward. *Eur Neurol*. 2012 Sep 4;68(4):221-8.
5. Tijsen LMJ, Derksen EWC, Achterberg WP, Buijck BI. A Qualitative Study Exploring Rehabilitant and Informal Caregiver Perspectives of a Challenging Rehabilitation Environment for Geriatric Rehabilitation [Internet]. [cited 2025 May 30]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/23743735231151532>
6. Nederland Z. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) - GRZ: Gebruikers | Zorgcijfersdatabank.nl [Internet]. Zorginstituut Nederland; [cited 2025 May 30]. Available from: https://www.zorgcijfersdatabank.nl/databank?infotype=zvw&label=00-totaal&tabel=B_gebr&geg=jjvierdiepnew24&item=211670

7. COREQ_Checklist-1556513515737.pdf [Internet]. [cited 2025 May 30]. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.utrechtuniversity.idm.oclc.org/pb-assets/assets/17416612/COREQ_Checklist-1556513515737.pdf
8. Braun, V., & Clarke, V. (2024). A critical review of the reporting of reflexive thematic analysis in Health Promotion International. *Health Promotion International*, 39(3).
9. Hovenga, N., Landeweer, E., Lesman-Leegte, I., Van Twillert, S., Vinckers, F., Zuidema, S., & Leget, C. (2024). Fostering a Trusting Relationship With Family in Dementia Special Care Units: A Participatory Action Research Project. *Journal Of Advanced Nursing*, 81(4), 2039-2049.
10. Van Delft L, Valkenet, Karin, Slooter, Arjen, and Veenhof C. Perceptions and ideas of critically ill patients, their family and staff members regarding family participation in the physiotherapy-related care of critically ill patients: a qualitative study. *Physiother Theory Pract*. 2022 Nov 18;38(13):2856-73.
11. Van Dijk M, Vreven J, Deschodt M, Verheyden G, Tournoy J, Flamaing J. Can in-hospital or post discharge caregiver involvement increase functional performance of older patients? A systematic review. *BMC Geriatr*. 2020 Dec;20(1):362.

Interviewleidraad en COREQ-checklist is bij de auteurs op te vragen.

VOOR U GESIGNALEERD

Sterker thuis

Astrid Preitschopf-Van Gestel

Op 22 april 2026 verdedigde Astrid Preitschopf-Van Gestel haar proefschrift *Stronger at Home: Insights from the GO-Home study on developing home-based geriatric rehabilitation*, waarin zij laat zien hoe geriatrische revalidatie (GR) steeds vaker succesvol buiten de muren van zorginstellingen kan plaatsvinden. Dit proefschrift richt zich op de ontwikkeling, onderbouwing en implementatie van ambulante GR: revalidatie die (deels) in de thuissituatie van kwetsbare ouderen plaatsvindt.

GR is een multidisciplinaire interventie gericht op herstel van functioneren en zelfstandigheid na een acute achteruitgang. Door vergrijzing, toenemende multimorbiditeit en druk op de intramurale capaciteit groeit de behoefte aan zorg die dichterbij huis wordt georganiseerd. Tegelijkertijd geven veel ouderen de voorkeur aan herstel in de eigen leefomgeving. De GO-Home-studie speelt in op deze ontwikkeling en verkent hoe ambulante GR effectief, doelmatig en duurzaam kan worden vormgegeven.

Het proefschrift bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt ambulante GR gedefinieerd en theoretisch onderbouwd. Een systematische review en meta-analyse toont aan dat revalidatie aan huis de klinische ligduur verkort en minstens even effectief is als traditionele zorg voor functioneel herstel, kwaliteit van leven en heropnames. Daarnaast zijn aanwijzingen gevonden voor kosteneffectiviteit.

Kwalitatief onderzoek met patiënten, zorgprofessionals en beleidsmakers laat zien dat succesvolle ambulante GR vraagt om geïntegreerde samenwerking in de keten, een gespecialiseerd multidisciplinair team, duidelijke coördinatie en aandacht voor de thuissituatie en sociale context van de patiënt. Ook wordt het belang van blended eHealth benadrukt, bijvoorbeeld via oefenapps, beweegsensoren en videoconsulten ter ondersteuning van zelfmanagement en zorgcoördinatie.

In een internationale Delphi-studie met experts uit 14 landen werd consensus bereikt over kerncomponenten van ambulante GR. Participatie en functioneren in het dagelijks leven gelden daarbij als de belangrijkste uitkomstmaten, wat benadrukt dat herstel verder reikt dan alleen klinische parameters.

Het tweede deel van het proefschrift richt zich op de praktijk. Via co-creatie met professionals, patiënten en patiëntvertegenwoordigers is een ambulant GR-zorgpad ontwikkeld en getest op haalbaarheid en acceptatie. Dit zorgpad omvat onder

andere gepersonaliseerde participatiedoelstellingen, een revalidatiecoördinator, nauwe samenwerking met wijkverpleging, actieve betrokkenheid van mantelzorgers en blended inzet van eHealth. De resultaten tonen dat implementatie haalbaar en gewenst is, maar tijd, flexibiliteit en organisatorische aanpassingen vereist.

Een analyse van landelijke declaratiegegevens laat zien dat de zorgkosten van GR-patiënten, verdeeld over meerdere zorgdomeinen zoals ziekenhuiszorg, wijkverpleging, langdurige zorg en eerstelijnsverblijf, ongelijk zijn verdeeld. Een relatief kleine groep patiënten is verantwoordelijk voor een substantieel deel van de totale trajectkosten. Hoge kosten zijn met name geassocieerd met heropnames, langdurige zorg en leefstijlgerelateerde aandoeningen. Deze bevindingen onderstrepen het belang van adequate zorgcoördinatie, vroege triage en de inzet van preventieve interventies binnen het gehele zorgtraject.

De studie concludeert dat ambulante GR een veelbelovende ontwikkeling is binnen de ouderenzorg, mits deze wordt ingebed in een goed georganiseerd zorgcontinuüm. Cruciale succesfactoren zijn interprofessionele samenwerking, continuïteit van zorg, actieve betrokkenheid van mantelzorgers en structurele integratie van digitale technologie. Hiermee kan revalidatie beter aansluiten bij de leefwereld van ouderen en bijdragen aan herstel van autonomie, kwaliteit van leven en uiteindelijk: sterker functioneren thuis!

Het proefschrift is online beschikbaar via deze link.

VOOR U GESIGNALEERD

De geografie van welbevinden op latere leeftijd

Linden Douma

Een leefomgeving die bij je past. En die zo goed en zo lang mogelijk bijdraagt aan het welbevinden, zeker ook op latere leeftijd. Dat gunnen we toch iedereen? Op 26 maart 2026 promoveerde Linden Douma aan de Rijksuniversiteit Groningen op haar proefschrift *Geographies of wellbeing in later life*. Dankzij de kwalitatieve onderzoeksbepending staat de stem van ouderen centraal in dit onderzoek naar de relatie tussen ervaren welbevinden en de leefomgeving op latere leeftijd. Het onderzoeksgebied is Noordoost-Groningen.

Uitkomsten

Het onderzoek laat zien dat ouderen hun leefomgeving als een belangrijk onderdeel van hun welbevinden beschouwen. Door ouderen woordwebben over welbevinden te laten maken, werden vijftien domeinen geïdentificeerd. Vier domeinen springen er duidelijk uit: *sociale relaties*, *gezondheid*, *activiteiten* en *leefomgeving*. Hoewel de leefomgeving een kerndomein van welbevinden is, staat dit onderzoeksthema nog in de kinderschoenen. Dit proefschrift verdiept daarom expliciet de rol van de leefomgeving in het welbevinden van ouderen.

De reikwijdte van de leefomgeving van ouderen is in kaart gebracht, variërend van de eigen slaapkamer tot buiten de landsgrenzen. Een belangrijk resultaat is dat de meeste ouderen een hoog welbevinden ervaren, ongeacht de mate van beperkingen in hun leefomgeving. Wel blijkt dat ouderen met een beperktere leefomgeving meer risico lopen op een lager welbevinden. Dit hangt samen met meer onvervulde behoeften, zoals het wegvallen van leuke activiteiten.

Een derde belangrijke bijdrage van het proefschrift is de gedetailleerde analyse van hoe ouderen omgaan met beperkingen en veranderingen in hun dagelijks leven en leefomgeving. De resultaten tonen aan dat ouderen over een groot adaptief vermogen beschikken en dit actief inzetten om hun welbevinden te behouden. In totaal worden zeventien aanpassingsstrategieën onderscheiden, zoals het bijstellen van verwachtingen tot het inschakelen van hulp van anderen. Deze strategieën zijn

ingedeeld in twee complementaire typen: *outer-world-strategieën*, gericht op veranderingen in de omgeving, en *inner-world-strategieën* die betrekking hebben op de manier waarop ouderen zichzelf aanpassen aan hun situatie. Beide blijken essentiële mechanismen voor het behoud van welbevinden.

Tot slot benadrukt het proefschrift het belang om ouderen actief te betrekken bij beleid en interventies op het gebied van zorg, wonen en welbevinden. Het in dit onderzoek gepresenteerde CLEAR-model biedt concrete handvatten voor succesvolle burgerparticipatie door vijf essentiële voorwaarden inzichtelijk te maken: *kunnen, willen, gevraagd worden, in staat worden gesteld en gehoord worden*.

Aanbevelingen

Dit proefschrift laat zien dat welbevinden op latere leeftijd geen statisch gegeven is, maar het resultaat van een continu proces van aanpassing aan het dagelijks leven in een vaak niet-optimale leefomgeving. De leefomgeving kan het ervaren welbevinden ondersteunen, maar ook beperken. Veel ouderen blijken te leven in een leefomgeving die niet (meer) goed aansluit bij hun behoeften. Dit onderstreept het belang van blijvende investeringen in het bevorderen van welbevinden op latere leeftijd. Welbevinden verdient een prominente en blijvende plek op beleids- en uitvoeringsagenda's. Ook belangrijk is de erkenning en ondersteuning van het adaptieve vermogen van ouderen als mechanisme om hun welbevinden te bevorderen en dit volop te benutten.

Het proefschrift is online beschikbaar via <https://research.rug.nl/en/publications/geographies-of-wellbeing-in-later-life/>

VOOR U GESIGNALEERD

Pionieren voor welbevinden voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag op gespecialiseerde afdelingen

Gerrie van Voorden

Enkele mensen met dementie die op woonafdelingen in het verpleeghuis wonen, verhuizen bij zeer ernstig probleemgedrag tijdelijk naar gespecialiseerde afdelingen voor zorg en behandeling. Tegenwoordig hebben gespecialiseerde afdelingen zich verenigd in kennisnetwerk D-zep (dementie en zeer ernstig probleemgedrag). In dit proefschrift onderzoeken Gerrie van Voorden en collega's deze afdelingen waarbij volgende vragen aan de orde kwamen:

- Hoe ziet de organisatie eruit: Wie werken er? Hoe is de omgeving ingericht? En welke behandelingen worden gegeven? (Deelstudie 1)
- Wat houdt volgens professionals succesvolle behandeling voor mensen met dementie en ernstig probleemgedrag in? (Deelstudie 2)
- Wat zijn de kenmerken van mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag die op deze afdelingen verbleven? (Deelstudie 3)

In deelstudie 1 viel op dat afdelingen pionierden. Dit was te zien aan verschillen in de behandeling van mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Deze verschillen waren zichtbaar in bijvoorbeeld een meer intuïtieve of methodische aanpak, in het aantal beschikbare uren voor zorgmedewerkers en in de verblijfsduur. Overeenkomsten waren intensieve multidisciplinaire samenwerking, aandacht voor sensorische stimuli in de analyse en een sleutelrol voor zorgmedewerkers in de behandeling. Hierin werden vaardigheden benoemd zoals kunnen reflecteren op eigen gedrag en omgaan met stressvolle situaties.

In deelstudie 2 werd met professionals van de gespecialiseerde afdelingen en het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) een visualisatie van succesvolle behandeling voor mensen met dementie en ernstig probleemgedrag ontwikkeld. Dit gebeurde middels een zogenaamde concept mapping-studie. De hoofdthema's en subthema's waren: 1) welbevinden, onderverdeeld in welbevinden van de persoon met dementie en welbevinden van de omgeving, 2) multidisciplinaire analyse en

behandeling, onderverdeeld in multidisciplinaire analyse, procesvoorwaarden, verminderen psychofarmaca en persoonsgerichte behandeling, en 3) houding en vaardigheden betrokkenen, onderverdeeld in eenduidige benaderingswijze door team, begrijpen van gedrag door betrokkenen, weten hoe te reageren op gedrag door betrokkenen en een open houding van betrokkenen. Deze visualisatie adresseert behandeluitkomsten in hoofdthema 1 en het behandelproces in hoofdthema's 2 en 3. De visualisatie kan worden gebruikt om behandeling bij mensen met dementie en ernstig probleemgedrag te evalueren en verder vorm te geven.

In deelstudie 3 werden mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag gevolgd tijdens een verblijf op een gespecialiseerde afdeling. Van deze mensen was twee derde man en was de gemiddelde leeftijd 78 jaar. De grootste groep had Alzheimerdementie (42%), maar een relatief grote groep had fronto-temporale dementie (8%). Een derde van de mensen kon verhuizen naar een woonafdeling in het verpleeghuis, maar een derde bleef gespecialiseerde zorg nodig hebben. Dit was op een gespecialiseerde woonafdeling of op de gespecialiseerde afdeling zelf omdat er geen passende plek (beschikbaar) was. Een derde van de mensen overleed tijdens het verblijf.

Op 26 januari 2026 promoveerde Gerrie van Voorden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Haar promotoren waren prof. dr. Raymond Koopmans, prof. dr. Debby Gerritsen, prof. dr. Martin Smalbrugge en prof. dr. Richard Oude Voshaar. Het proefschrift *Very severe challenging behavior in dementia: pioneering for well-being in highly specialized units* is beschikbaar via de Radboud University Press: <https://doi.org/10.54195/9789465152134>