

Een bijzonder oud en nieuw voor TGG

Vier redacteurs vertrekken

Met ingang van 1 januari 2017 nemen vier leden officieel afscheid van de redactie. Allemaal redacteurs met een lange staat van dienst: Han Diesfeldt werd benoemd als redacteur in 1987, Fons Marcoen in 1990, Cees Hertogh in 1997, en Eddy Dejaeger is sinds 2002 redacteur. Dit vertrek is daarmee een gebeurtenis in de geschiedenis van dit tijdschrift die sinds de oprichting in 1970 misschien alleen zijn evenknie vindt in het vertrek van Joep Munnichs als hoofdredacteur in 1990 en in zekere mate ook in de overgang die de redactie doormaakte na het overlijden van Henk Prenen in 1999. Na het afscheid van Munnichs werd geen nieuwe hoofdredacteur benoemd. Binnen de redactie werden de taken verdeeld [1]. In essentie is die werkwijze ook na 1999 niet veranderd.

Ook al kende TGG dan formeel geen hoofdredacteur, dat neemt niet weg dat Han Diesfeldt al die jaren de motor van de redactie is geweest. Hij kwam met voorstellen over vernieuwingen zoals de instelling van een nieuwe redactieadviesraad en voor nieuwe rubrieken als Proefschriften in discussie, Recent Onderzoek en Recente Onderzoeksliteratuur. Voor deze laatste rubriek schreef hij vele bijdragen. Han Diesfeldt verzorgde ook de redactionelen over de ontwikkelingen binnen de redactie en wierp zich daarbij op om de redactionele formule toe te lichten, met als sleutelwoorden Nederlandstaligheid en het behoud van het multidisciplinaire karakter van dit tijdschrift. TGG bestrijkt het brede vakgebied: geriatrie en gerontologie naast elkaar [2-4]. Toegankelijkheid en het belang dat kennis toepassing vindt in de praktijk, zijn daarbij een leidend motief.

Grote betrokkenheid van Han Diesfeldt bij TGG komt ook tot uitdrukking in de hoeveelheid artikelen die hij in ons tijdschrift heeft gepubliceerd, met een verhouding van bijna één op één. De 44 oorspronkelijke artikelen van zijn hand, deels samen met anderen geschreven, komen min of meer overeen met het aantal jaargangen van dit tijdschrift! Zijn onderwerpen betroffen vooral zijn aandachtsgebieden psychogeriatric en neuropsychologie: gevalstudies over afasie en agnosie, over de ontwikkeling en validering van meetinstrumenten, maar ook over interventies bij moeilijk hanteerbaar gedrag. Het is duidelijk dat de passie van Han Diesfeldt vooral ligt bij de Nederlandse taal, hoe-

wel hij ook met grote regelmaat internationaal publiceert.

Ook de drie andere vertrekkende redacteurs hebben, naast de reguliere werkzaamheden als domeinredacteur van de binnenkomende manuscripten, regelmatig in dit tijdschrift gepubliceerd, ook al voor hun benoeming als redacteur.

Fons Marcoen spant de kroon: hij publiceerde voor het eerst in 1970 in TGG, in de eerste jaargang, nummer één, over een nog steeds zeer actueel thema: levensvoldoening van individueel en collectief gehuiste bejaarden [5]. Fons Marcoen leverde vanuit zijn discipline- de ontwikkelingspsychologie - ook vele bijdragen in de vorm van fraaie redactionelen die vanwege hun raakvlakken met filosofie tot nadenken stemmen. We noemen er hier enkele: over wat (goed) oud worden betekent of zou moeten betekenen, over de betekenis van religiositeit en spiritualiteit voor zinvol ouder worden, over de betekenis van Cicero nu, en over de heilzame werking van poëzie voor ouderen [6-9]. Een goed voorbeeld van het leggen van dwarsverbanden tussen wetenschapsgebieden is zijn bespreking van het proefschrift van kunsthistoricus Anouk Janssen over de verbeelding van de ouderdom in de Nederlandse prentkunst, waaraan hij ook bespiegelingen over een postmoderne visie op goed oud worden wist te verbinden [10].

Eddy Dejaeger en Cees Hertogh hebben zich al die jaren buitengewoon ingespannen anderen te enthousiasmeren om aan TGG bij te dragen, veelal in de vorm van klinische lessen. Daarnaast hebben zij zich verdienstelijk gemaakt bij het tot stand komen van themanummers, zoals Cees Hertogh bij het themanummer over wilsbekwaamheid en Eddy Dejaeger bij het nummer over slikstoornissen [11]. Zij schreven beiden ook meerdere redactionelen over hun vakgebied. Cees Hertogh veelal over medisch ethische en juridische onderwerpen, over ouderenparticipatie in geneesmiddelenonderzoek en over de aan veranderingen onderhevige positie van de arts in het verpleeghuis [12-14]. Eddy Dejaeger schreef, vaak met het oog op gewenst beleid, over nut en noodzaak van valklinieken, over valpreventie en de daarmee samenhangende kostenbesparing, en over kwaliteitsmeting en kwaliteitsbevordering in de kliniek [15-17].

Eddy Dejaeger vormde samen met Fons Marcoen het Vlaamse smaldeel in de redactie. Zij vormden ook

in ander opzicht het Bourgondische hart van de redactie. Het mag opgemerkt worden met hoeveel trouw en nauwgezetheid zij al die jaren de redactievergaderingen in Nederland bezochten, en dat anderzijds geen moeite teveel was om bij het jaarlijkse bezoek aan België de Nederlandse gasten een warm welkom te bieden, steevast culminerend in een onthaal in een met zorg en oog voor budget uitgekozen Leuvens restaurant.

Han Diesfeldt schreef in 1999, in zijn terugblik op de jaren met Henk Prenen: “Al jaren zinspeelde Henk, ver in de zeventig, op beëindiging van zijn redactietaken, maar ontwikkelingen rond beheer en beleid stonden zijn vertrek in de weg” [1]. Heeft een dergelijke overweging geen rol gespeeld bij het vertrek van deze redactieleden, die de afgelopen twintig jaar het hart van de redactie hebben gevormd? Kunnen ze eigenlijk wel gemist worden? Misschien niet, maar het moest toch. In 2005 is bij aanpassing van het redactiestatuut (bij de overgang van het eigendom van TGG naar Vilans) bepaald dat redactieleden maximaal zes jaar kunnen aanblijven, met de mogelijkheid van eenmalige verlenging. Bedoeling van zo'n bepaling is, juist omdat er zoveel goede redenen te vinden zijn om op oude voet door te gaan, om de weg te openen voor een jongere generatie.

Drie nieuwe redacteuren

Het tekent de voormalige redactie dat zij, onder aanvoering van Han Diesfeldt, vervolgens direct, planmatig en nauwgezet is begonnen met de geleidelijke voorbereiding van deze omvorming. Eerder bent u geïnformeerd over de benoemingen van achtereenvolgens Daisy Janssen in augustus 2014 en Barbara van Munster begin vorig jaar. In de redactievergadering van 23 september 2016 zijn nu de volgende drie redacteurs benoemd:

Eva Dierckx studeerde psychologie aan de Vrije Universiteit Brussel. Zij promoveerde in 2007 op het proefschrift: “Early detection of Alzheimer’s disease: a neuropsychological approach”. Zij is werkzaam als onderzoeker aan de Vrije Universiteit Brussel op het gebied van (1) vroege detectie van neurocognitieve stoornissen bij ouderen, (2) preventie van multidimensionele kwetsbaarheid bij ouderen en (3) diagnostiek van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Aan de Vrije Universiteit Brussel doceert zij tevens drie vakken: Gevalstudies psychopathologie, Psychogerontologie en Klinische Neuropsychologie. Haar werk in de klinische praktijk voert zij uit in een parttime aanstelling bij de Alexianen Zorggroep Tienen, waar zij de taak heeft van ‘stafmedewerker onderzoek’.

Debby Gerritsen promoveerde in 2004 op het proefschrift: “Quality of life and its measurement in nursing homes”. Zij is ouderenpsycholoog en programmaleider ‘Mental Health’ bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc en als associate professor ver-

bonden aan het Radboud Alzheimer Centrum, het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen e.o. en het Joachim en Anna Specialistisch Zorg- en Behandelingcentrum. Haar specifieke expertise ligt op het gebied van kwaliteit van leven en geestelijke gezondheid van zeer kwetsbare ouderen met of zonder dementie die zorg behoeven, thuis en in zorginstellingen. Ze is (co-) auteur van wetenschappelijke artikelen, begeleidt promovendi en postdocs en is projectleider van verschillende onderzoeks-, ontwikkel- en implementatieprojecten. Debby Gerritsen is lid van de erkenningscommissie Interventies in de langdurige zorg, lid van de wetenschapscommissie van het Radboud Institute for Health Sciences en redactielid van het vakblad Denkbeeld. Zij maakt deel uit van Interdem, een Europees netwerk van onderzoekers op het gebied van opsporing en tijdige psychosociale behandeling van dementie.

Johan Flamaing behaalde zijn registratie als specialist interne geneeskunde in 1996 aan de Katholieke Universiteit Leuven. Hij promoveerde in 2008 op het proefschrift: “The epidemiology of lower respiratory tract infections in the elderly with a focus on *Streptococcus pneumoniae*”. Hij is hoofd van de afdeling Geriatrie, onderdeel van Interne geneeskunde van het academisch ziekenhuis te Leuven. Tevens is hij werkzaam als assistant professor aan de medische faculteit van de KU Leuven. In samenwerking met het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde van het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg van de KU Leuven ontwikkelde hij voor de onderzoekseenheid Gerontologie en Geriatrie van de afdeling Klinische en experimentele geneeskunde het onderzoekstraject Ouderdomsgebonden zorgmodellen en zorgkwaliteit. Deze samenwerking biedt plaats voor jonge onderzoekers en leidt tot tal van presentaties op internationale congressen en publicaties in tijdschriften en boeken. Johan Flamaing is onder meer bestuurslid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie en redacteur van de tijdschriften *European Geriatric Medicine* en *BMC Geriatrics*. Hij treedt tevens op als medisch adviseur van de Vlaamse overheid.

Debby Gerritsen en Eva Dierckx zullen de verantwoordelijkheid dragen voor het domein van de psychologie, de psychogeriatrie en neuropsychologie. Johan Flamaing, Daisy Janssen en Barbara van Munster gaan de geneeskundige bijdragen onder hun hoede nemen. Tineke Fokkema (redactielid sinds 2006) en Fanny Janssen (redactielid sinds 2013) zijn al langere tijd verantwoordelijk voor de domeinen sociologie, demografie en epidemiologie, de domeinen die ook toebehoorden aan Geert Braam tot zijn overlijden in 2013.

Tezamen vormen zij de redactie van TGG. Met hulp van redactie bureau, uitgever en de intussen ook vernieuwde redactieadviesraad gaan zij zich de komende jaren bijzonder inspannen om de kwaliteit van het tijd-

schrift, zoals deze onder de vertrekkende redactieleden geborgd was, te handhaven. Daarbij gaan zij de uitda-

gingen niet uit de weg die anno 2017 gesteld worden aan een wetenschappelijk tijdschrift als het onze.

Literatuur

1. Diesfeldt HFA. Prof. dr. H. Prenen (1921–1999) ‘Gij zult niet eenzaam zijn: de nachtegaal zal fluiten.’ Tijdschr Gerontol Geriatr. 1999;30:186.
2. Diesfeldt HFA. De nieuwe redactieadviesraad van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2006;37:132–3.
3. Diesfeldt HFA. De levensvatbaarheid van Nederlandstalige wetenschappelijke tijdschriften. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2003;34:94–5.
4. Diesfeldt HFA. Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie en de praktijk. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2008;39:2–3.
5. Marcoen A. Levensvoldoening van individueel en collectief gehuisveste bejaarden. Ned Tijdschr Gerontol. 1970;1:35–41.
6. Marcoen A. Ouder worden: fundamenteel thema in de psychologie? Tijdschr Gerontol Geriatr. 1992;23:169–70.
7. Marcoen A. Gerontologisch onderzoek en spiritualiteit. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2003;34:194–5.
8. Marcoen A. De novogeront, Cicero en het nieuwe en beter ouder worden. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2008;39:130–2.
9. Marcoen A. Over ouderen en de heilzame werking van poëzie. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2010;41:112–5.
10. Marcoen A. Grijsaards in zwart-wit: de verbeelding van de ouderdom in de Nederlandse prentkunst (1550–1650). Tijdschr Gerontol Geriatr. 2007;38:213–5.
11. Dejaeger E. Een discipline met toekomst diagnostiek en behandeling van slikstoornissen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2014;45:259.
12. Hertogh CPM. Voorbij cure and care: Het geriatrie van de verpleeghuisgeneeskunde. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1997;28:3–5.
13. Hertogh CPM. De wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen en de moraal van vader Cats. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1998;29:50–1.
14. Hertogh CPM. Predict: ontwikkeling van een ‘handvest’ voor ouderenparticipatie in klinisch geneesmiddelenonderzoek. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2009;40:180–3.
15. Dejaeger E. Vallen bij ouderen, heeft een valkliniek zin? Tijdschr Gerontol Geriatr. 2003;34:3–5.
16. Milisen K, Dejaeger E. Verpleegkunde investeren in kwantiteit of kwaliteit. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2006;36:86–8.
17. Dejaeger E. Kwaliteitshandboek en kwaliteitsmeting in de geriatrie: een zegen of een hype? Tijdschr Gerontol Geriatr. 2009;40:146–8.

Lokale burgerparticipatie van 65-plussers in de steigers

Een participatief project

Linden Douma · Ruben Bouwman · Inge Hutter · Louise Meijering

Samenvatting

Doel Nederlandse gemeenten willen participatie van burgers bevorderen. Dit artikel geeft inzicht in wat oudere burgers, tijdens een gestructureerd participatief project op het gebied van wonen, welzijn en zorg, zelf ervaren als bevorderende en belemmerende factoren voor blijvende zelfredzame burgerparticipatie.

Methode Het participatieve onderzoeksproject liep van april 2014 tot maart 2016. De projectstructuur bestond uit een ondersteunende werkgroep, een deelnemersgroep met 21 deelnemers (65+) en de onderzoeksgroep. De dataverzamelmethode waren interviews en focusgroepen.

Resultaten Het bleek in dit project niet mogelijk om de beoogde, zelfredzame burgerparticipatie van 65-plussers te realiseren. Uit onze analyse van de deelnemerservaringen blijkt dat de factoren Kunnen, Willen, In staat worden gesteld, Gevraagd worden en Gehoord worden, belemmerend en bevorderend werkten in het doorlopen participatieproces.

Conclusie Dit project versterkt de bestaande empirische basis voor lokaal participatiebeleid door het inzichtelijk maken van de participatie-ervaringen van ouderen zelf. Om een burgerparticipatieproces te doen slagen, dienen alle belanghebbenden in het participatieproces te voldoen aan alle vijf factoren. Hieraan voldoen is niet vanzelfsprekend. We bevelen daarom aan om tijdens een participatieproces met alle belanghebbenden wederzijdse uitgangspunten af te stemmen. Hiervoor biedt het in dit artikel besproken CLEAR-model handvaten.

Trefwoorden burgerparticipatie · ouderen · participatief onderzoek · CLEAR-model

L. Douma · I. Hutter · L. Meijering
Basiseenheden Demografie, Faculteit Ruimtelijke
Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen,
Nederland

L. Douma (✉)
Healthy Ageing, Population and Society, Rijksuniversiteit
Groningen, Groningen, Nederland
e-mail: l.e.douma@rug.nl

R. Bouwman
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Rijksuniversiteit
Groningen, Groningen, Nederland

I. Hutter
International Institute of Social Studies (ISS), Erasmus
Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland

DOI 10.1007/s12439-016-0203-3
Published online: 3 January 2017

Building local citizen participation among older adults

A participatory project

Abstract

Aim Dutch municipalities are looking for ways to promote citizen participation, among which older adults. This paper discusses older adults' experiences regarding favoring and inhibiting factors for lasting and independent citizen participation around the themes of housing, wellbeing and health care.

Methods The participatory research project lasted from April 2014 to March 2016. The organizational structure consisted of a working group, a group of

21 participants (aged 65+) and the research team. Interviews and focus-group discussions were used.

Results The project did not result in lasting and independent citizen participation of older adults, as was intended beforehand. When we examined the experiences of the participants, we found that their participation was favored and inhibited by the factors Can do, Like to, Enabled to, Asked to, and Responded to.

Conclusions In order for citizen participation to be successful, all five identified factors should be met by the stakeholders involved. To achieve this we recommend to fine-tune the mutual expectations of the stakeholders, using the CLEAR model. The empirically grounded knowledge, generated throughout the project, strengthens the existing evidence-base about participation of older adults and helps to shape local participation programs.

Keywords Citizen participation · Participatory approach · Older adults · CLEAR-model

Doel

In Nederland zijn op 1 januari 2015 verantwoordelijkheden en taken op beleidsterreinen, zoals ouderenzorg, gedecentraliseerd van de centrale overheid naar lokale overheden. Gemeenten hebben uitgebreidere verantwoordelijkheden gekregen voor de voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Een belangrijke en omvangrijke doelgroep van deze voorzieningen zijn oudere burgers. Deze groep wordt van overheidswege gestimuleerd om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De dagelijkse woon- en leefomgeving van oudere burgers dient zo goed mogelijk aan te sluiten op hun behoeften. Voor een goede afstemming tussen de behoeften van oudere burgers en de lokale beleids- en uitvoeringspraktijk ten aanzien van wonen, welzijn en zorg is participatie van oudere burgers van essentieel belang [1].

Burgerparticipatie in Nederland

In de lokale beleidspraktijk wordt beleidsbeïnvloedende en zelfredzame burgerparticipatie nagestreefd [2]. Beleidsbeïnvloedende participatie betekent dat burgers deelnemen aan de voorbereiding en totstandkoming van beleid via politieke en ambtelijke structuren [3, 4]. Zelfredzame burgerparticipatie verwijst naar vormen waarin burgers zelf aan de slag gaan om hun woon- en leefomgeving te verbeteren, eventueel in samenwerking met lokale belanghebbenden [5]. Hoewel gemeenten beide vormen nastreven, vormt zelfredzame burgerparticipatie momenteel hun belangrijkste aandachtsgebied [5–8]. Deze aandacht voor zelfredzame participatie is de meest recente ontwikkeling in de traditie van burgerparticipatie in Nederland.

In de ontwikkeling van burgerparticipatie in Nederland worden drie generaties onderscheiden [7]. Eerste generatie burgerparticipatie begon rond 1970 en wordt gekenmerkt door het inspraakmodel en formele participatiemechanismen [5]. Burgers eisten meer formele inspraak en daarom werd inspraak op afgeronde beleidsplannen via juridische procedures een wettelijk recht. Draagvlakverwerving voor beleid wordt gezien als een belangrijke uitkomst van dit inspraakmodel, omdat het de legitimiteit van de besluitvorming vergroot [3, 9]. In de jaren '90 kwam tweede generatie participatie op, met als uitgangspunt dat burgers vroegtijdig bij een beleidsproces betrokken moeten worden. Immers, beleidsmakers kunnen uitsluitend rekening houden met hun inbreng als besluitvorming nog gaande is [7]. Een belangrijke uitkomst van dit interactievere beleid is dat besluiten beter kunnen worden afgestemd op de ervaringskennis en behoeften van burgers, wat het draagvlak en de kwaliteit en effectiviteit van de besluitvorming ten goede komt [3, 10, 11]. Kenmerkend voor beide generaties is dat burgers beleid middels inspraak mede kunnen beïnvloeden. De overheid is echter de procesinitiator en neemt de eindbeslissing.

Met de opkomst van de derde generatie burgerparticipatie begin 21^e eeuw is het accent van beleidsbeïnvloedende naar zelfredzame burgerparticipatie verschoven. Kenmerkend voor deze vorm is dat niet overheden maar burgers het initiatief nemen voor collectieve acties in het publieke domein, ingegeven door een gevoelde maatschappelijke noodzaak [5, 6, 12]. Eventueel vragen ze overheden en/of organisaties om het initiatief te faciliteren [5, 12, 13]. Zelfredzame burgerparticipatie vraagt dus om een andere rolverdeling, zeggenschapsverhouding en interactie tussen professionele belanghebbenden en burgers dan beleidsbeïnvloedende burgerparticipatie [5, 8, 9]. Een verschuiving van de tweede naar de derde generatie wordt beschouwd als een cultuuromslag en een tijdrovend proces [5, 6, 9]. Voor initiatiefnemende burgers is een belangrijke motivatie dat zij zaken in hun eigen en in het collectieve belang kunnen realiseren [4, 6]. Ook van overheidswege wordt de meerwaarde van burgerinitiatieven onderkend, in bijvoorbeeld maatwerk-mogelijkheden, ontwikkeling van gemeenschapszin, innovatie en persoonlijke ontwikkeling van de burger. Bovendien worden burgerinitiatieven beschouwd als een manier om kostenbesparingen te realiseren voor de terugtrekkende overheid [2, 5, 6, 8, 13]. In de zoektocht naar manieren om het initiatief meer aan burgers te laten, heeft de Rijksoverheid het artikel 'Right to Challenge' aan de Wet maatschappelijke ondersteuning toegevoegd. Het Right to Challenge, oftewel het Recht om Uit te dagen, is afkomstig uit Engeland en de grondgedachte is dat burgers het recht hebben om de uitvoering van zelfgekozen overheidstaken (ten dele) over te nemen als zij deze taak beter of goedkoper

kunnen uitvoeren dan de overheid zelf. Het initiatief daartoe komt uit de gemeenschap zelf en burgers krijgen zo de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de wijze waarop lokale zorg- en ondersteuningstaken worden uitgevoerd. Nederlandse gemeenten hebben de mogelijkheid (dus geen verplichting) om zelf invulling te geven aan het mogelijk maken van het Recht om Uit te dagen op het gebied van de Wmo. De invulling verschilt sterk per gemeente [14]. In de praktijk hanteren overheden verschillende strategieën voor burgerinitiatieven. Sommige overheden faciliteren, desgevraagd, burgerinitiatieven. Andere overheden nemen een tussenpositie in: ze faciliteren niet alleen, maar proberen burgers ook te activeren om zelf initiatieven op te zetten [8, 15]. Inmiddels is gebleken dat de laatste strategie het meest raadzaam is. Burgerinitiatieven komen overwegend tot stand door succesvolle interactie tussen burgers en overheden, waarbij burgers actief aangemoedigd worden om in actie te komen en daarbij op ondersteuning van lokale overheden kunnen rekenen [16].

Projectdoelstelling

Veel Nederlandse gemeenten zoeken manieren om burgerparticipatie van burgers, waaronder ouderen, te bevorderen. Inzichten zijn voornamelijk op institutionele logica gestoeld en de ervaringen van burgers zelf worden zelden meegenomen [5, 9, 10]. Echter, om de condities die op lokaal niveau van invloed zijn op burgerparticipatie van ouderen inzichtelijk te krijgen, is het meenemen van de perspectieven van oudere burgers essentieel [9, 17, 18]. Vooralsnog zijn de specifieke ervaringen van oudere burgers met participatieprocessen onderbelicht gebleven. Door met oudere burgers te reflecteren op het participatieproces waar zij aan deelnemen, kunnen belangrijke lessen worden geleerd en worden vertaald in aanbevelingen voor de toekomst [6, 19].

Het onderzoeksproject dat in dit artikel besproken wordt, had als doelstelling om 1) via een participatief onderzoeksproject blijvende, zelfredzame burgerparticipatie van 65-plussers te bereiken in de lokale beleidspraktijk van zorg, wonen en welzijn, en 2) inzicht te verwerven in wat oudere burgers zelf ervaren als bevorderende en/of belemmerende factoren gedurende dit proces.

Methode

Projectstructuur en -organisatie

De projectstructuur bestond uit de deelnemersgroep, een werkgroep en de onderzoeksgroep. De werkgroep bestond uit de onderzoekers en per organisatie één vertegenwoordiger. De betrokken organisaties waren de gemeente, twee lokale zorg- en welzijnsorganisa-

ties, twee woningcorporaties, een zorgcoöperatie en een buurtcommissie. De rol van de werkgroep was het gezamenlijk initiëren en ondersteunen van het project, waarbij het gezamenlijke uitgangspunt was dat de initiatieven en ervaringen van burgers en niet de belangen en uitgangspunten van de organisaties leidend zouden zijn in het project. De Ethische Commissie van de Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen heeft dit onderzoeksproject goedgekeurd.

Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek is een participatieve benadering gebruikt [20]. Deze benadering houdt in dat het onderzoek plaatsvindt *met* in plaats van *over* betrokkenen, zodat zij gedurende elke fase van het onderzoeksproces invloed kunnen uitoefenen. De context-afhankelijke meningen en ervaringen van betrokkenen en hun ideeën over mogelijke verbeteringen van een ervaren situatie staan centraal. Gedurende het onderzoeksproces leren onderzoekers en de betrokkenen van elkaar en passen de inzichten toe om verandering te bewerkstelligen. De keuze voor deze onderzoeksbenadering kwam voort uit het actiegerichte onderzoeksdoel. Het project vond plaats in een stadswijk in Noord-Nederland.

Onderzoeksproces en projectverloop

Het project Duurzame Ouderenparticipatie liep van april 2014 tot maart 2016. Er worden vijf fasen onderscheiden: participantenwerving; situationele analyse; opzetten van gezamenlijke gedefinieerde interventie; uitvoering hiervan; en tot slot evaluatie en kennisdeling [20]. Tab. 1 geeft een overzicht van het procesverloop, per projectfase.

Gedurende de eerste fase zijn de deelnemers geworven middels twee strategieën, namelijk een persoonlijke, schriftelijke uitnodiging via hun huisarts en een oproep tot deelname voor de lezers in een lokaal huis-aan-huisblad (geen reacties). Voor de eerste wervingsstrategie werd een bestaand deelnemersbestand van het Integraal Ouderenproject Noord- en Oost-Groningen van het UMC Groningen gebruikt. Deze deelnemers gaven toestemming voor gebruik van hun contactgegevens voor vervolgonderzoek. Uit dit deelnemersbestand zijn steekproefsgewijs 99 personen geselecteerd, waarna 14 personen door hun huisartsen van de steekproeflijst werden verwijderd, bijvoorbeeld wegens overlijden. Van de 85 aangeschreven personen, meldden 24 deelnemers zich aan. Zij ontvingen een uitnodiging voor de kennismakingsbijeenkomst, met als doel om het project en elkaar te leren kennen. Uiteindelijk besloten 21 deelnemers mee te doen. Zij woonden allen in de betreffende stadswijk. De deelnemersgroep bestond uit 11 vrouwen en 10 mannen.

Tabel 1 Projectverloop per projectfase.			
fase	stappen	reguliere betrokke- nen (aantal)	overige betrokke- nen (aantal)
1 participantenwerving	werkgroepbijeenkomsten 1, 2 en 3	werkgroepleden (8,5,8) onderzoekers (3)	–
	participantenwerving	werkgroepleden (6) onderzoekers (3)	lokale huisartsen (5)
	gezamenlijke kennismakingsbijeenkomst	deelnemers (20) onderzoekers (3)	–
2 situatiele analyse	4 focusgroepen met beide deelnemersgroepen	deelnemers (6,9,9,11) onderzoekers (2)	–
	diepte-interview	deelnemer (1) onderzoeker (1)	–
	werkgroepbijeenkomst 4	werkgroepleden (8) onderzoekers (3)	–
3 opzetten interventie	3 focusgroepen met deelnemersgroepen	deelnemers (6,11,7) onderzoekers (2)	–
4 implementatie	voorbereidend gesprek verkeersbijeenkomst	onderzoekers (2)	afgevaardigden gemeente (5) en politie (2)
	verkeersbijeenkomst	deelnemers (16) onderzoekers (2)	afgevaardigden gemeente (5) en politie (1)
	werkgroepbijeenkomsten 5 en 6	werkgroepleden (7,4) onderzoekers (2,3)	–
	2 evaluatiebijeenkomsten over de verkeersbijeenkomst met de deelnemersgroepen	deelnemers (6,4) onderzoekers (2)	–
	interviews met deelnemers die afwezig waren tijdens de evaluatiebijeenkomst	deelnemers (7) onderzoeker (1)	–
	gezamenlijke zorgbijeenkomst	deelnemers (14) onderzoekers (2)	afgevaardigden gemeente (2) en zorgorganisatie (2)
	gesprek over voortgang aanpak verkeersknelpunten	onderzoekers (2)	afgevaardigde gemeente (1)
5 eindevaluatie en kennisdeling	gezamenlijke evaluatieve slotbijeenkomst	deelnemers (12) onderzoekers (3)	–
	slotbijeenkomst werkgroep	werkgroepleden (6) onderzoekers (2)	–
	groepsbijeenkomst bespreken concept-artikel	deelnemers (6) onderzoeker (1)	–
	kennisbijeenkomst	onderzoekers (2) deelnemers (2)	afgevaardigden gemeente (27)
	terugkoppelingsbijeenkomst uitkomsten verkeersinterventies door gemeente	deelnemers (17) onderzoeker (1)	afgevaardigden gemeente (5)

Vijf deelnemers woonden alleen, de overige deelnemers woonden samen met een partner. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 65 tot 87 jaar. De deelnemers zijn vooraf geïnformeerd over het projectdoel en de manier waarop de data zouden worden geanonimiseerd. Mondelinge toestemming voor audio-opname werd voorafgaand verkregen. In dit artikel zijn de deelnemersnamen weggelaten.

De projectfase situationele analyse is bedoeld om de bestaande wijkssituatie in kaart te brengen, vanuit de ervaringen van de deelnemers. We maakten gebruik van focusgroepen en een interview bij een deelnemer thuis. Door de deelnemers zijn diverse gespreksthema's aangedragen. Aan het einde van deze fase stemden alle deelnemers op de thema's die zij in de volgende fase verder uit wilden diepen. De deelnemers kozen unaniem voor het interventiethema verkeersveiligheid en -overlast. Later werd het thema zorg aan deze selectie toegevoegd.

In de fase interventie-ontwikkeling vroegen wij de deelnemers om na te denken over de knelpunten die zij aan zouden willen pakken en om hiervoor gewenste oplossingen te formuleren. Zij hadden zich op de bijeenkomst voorbereid, bijvoorbeeld schriftelijk of door het meebrengen van zelfgemaakte foto's van knelpunten. Als hulpmiddel brachten wij een wijkplattegrond op A0-formaat mee, zodat hierop de specifieke locaties konden worden aangewezen. Deze exercitie leidde tot een gezamenlijk plan van aanpak per interventiethema, met daarin de door de deelnemers aangedragen actiepunten en oplossingen.

In de implementatiefase kozen de deelnemers voor een aanpak met themabijeenkomsten. Tijdens de themabijeenkomst verkeersveiligheid en -overlast, hebben zes deelnemers de knelpunten gepresenteerd aan de aanwezigen van de gemeente en de politie. Aangaande het thema zorg wilden de deelnemers graag meer uitleg over de gevolgen van de decentralisatie per 1 januari 2015. Tijdens een informatiebijeenkomst kregen zij hierover meer informatie van de gemeente en wijkverpleegkundigen.

Evaluatie en kennisdeling vond zowel ter afsluiting als tijdens het project plaats. Door gedurende het proces te reflecteren op de ervaringen van de deelnemers kon tussentijds worden bijgestuurd, waar nodig met behulp van (één van de) organisaties in de werkgroep. Een voorbeeld van tussentijdse bijsturing was het betrekken van gemeenteambtenaren die werkzaam waren op het gebied van verkeer en verkeersveiligheid. Hun betrokkenheid was gewenst, omdat in de werkgroep onvoldoende expertise op dit specifieke gebied aanwezig was. Op dat moment kregen de overige leden van de projectgroep een minder grote rol. De tussentijdse evaluaties met de deelnemers vonden plaats aan het einde van de bijeenkomsten, middels telefonische interviews en tijdens de evaluatiebijeenkomsten. Tijdens kennisbijeenkomsten en een terugkoppelings-

bijeenkomst zijn de projectuitkomsten en het concept-artikel gedeeld met de deelnemers en betrokken organisaties.

Tijdens de evaluatieve slotbijeenkomst bleek dat de beoogde continuïteit van een participatiegroep van oudere burgers niet tot stand was gekomen. De specifieke factoren die van invloed waren op de motivatie van de deelnemers om zich niet blijvend te verbinden aan zelfredzame burgerparticipatie worden onder het kopje 'de bevindingen' in onderstaand hoofdstuk in meer detail besproken.

Resultaten

Data en dataverwerking

Alle (focusgroep)bijeenkomsten en interviews met deelnemers zijn digitaal opgenomen en getranscribeerd door Ruben Bouwman. Van de telefonische interviews zijn aantekeningen gemaakt. De omvang van het totale databestand betreft 132.120 woorden, 313 pagina's in totaal.

Linden Douma heeft in eerste instantie al deze data geanalyseerd volgens de uitgangspunten van *informed grounded theory* [21] in het softwareprogramma Atlas.TI. De eerste stap in het inductieve analyseproces was het herhaaldelijk doorlezen van alle transcrip-ten. De tweede stap was het data coderen en de derde stap was het identificeren van overeenkomstige (sub)categorieën. Dit resulteerde in een codeboek met twee hoofdcategorieën: bevorderende en belemmerende condities, waarbinnen subcategorieën werden onderscheiden.

Echter, na de inductieve analyse, kwamen de auteurs in aanraking met het CLEAR-model. Het CLEAR-model is, op basis van eerdere onderzoeken, ontwikkeld door Lowndes en collega's en kan worden gebruikt als een beoordelingsinstrument om inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren voor burgerparticipatie [18]. De geïdentificeerde (sub)categorieën in ons codeboek bleken inhoudelijk sterk te overlappen met de wetenschappelijk getoetste verklaringsfactoren in het CLEAR-model. Daarom hebben we besloten om gedurende het vervolg het CLEAR-model als analysekader te gebruiken.

Het CLEAR-model als analysekader

Het Engelstalige CLEAR-model onderscheidt vijf factoren, respectievelijk *kunnen (Can do)*, *willen (Like to)*, *gevraagd worden (Asked to)*, *in staat worden gesteld (Enabled to)* en *gehoord worden (Responded to)* [18, 22]. Als wordt voldaan aan een factor, werkt dit bevorderend voor burgerparticipatie, maar wordt er niet voldaan aan een factor, dan werkt dat belemmerend. In de Nederlandse beleidscontext heeft het CLEAR-model gediend als basis voor de ontwikkeling van het

ACTIE-instrument [13]. Beide modellen kennen een vergelijkbare toepassing.

Kunnen betekent dat deelnemers persoonlijk in staat moeten zijn tot deelname. Hiervoor zijn vaardigheden nodig, zoals organisatorisch talent of een kritische blik, en toegang tot benodigde hulpbronnen, zoals tijd, gezondheid of wettelijke mogelijkheden [8, 13]. De beschikking hierover vergroot de kans op participatiesucces [9]. Willen betreft de participatiemotivatie van burgers. Er zijn talrijke motieven om te participeren, waaronder verwachte beïnvloedingsmogelijkheden, verwachte sociale opbrengsten of persoonlijke voordelen en de mate van binding met de buurt [8, 13, 22]. Een concrete aanleiding en een gevoel van urgentie motiveert bewoners en levert dus een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming en instandhouding van burgerparticipatie [23]. Gevraagd worden houdt in dat een burger sneller participeert als hij/zij daartoe gevraagd wordt en een uitnodigende houding ervaart [8, 22]. In staat worden gesteld verwijst naar het feit dat participatie meestal voortkomt uit groepsverbanden [18]. Binnen een groep zijn sleutelfiguren en kartrekkers van doorslaggevend belang [9, 23]. Gehoord worden houdt in dat burgers meer geneigd zijn om te (blijven) participeren als ze menen dat ze serieus worden genomen, dat er vertrouwen is, en dat hun betrokkenheid leidt tot verbeteringen [9, 10, 19]. De manier waarop burgers worden behandeld, speelt hierbij een cruciale rol. Hinderende condities zijn bijvoorbeeld traagheid in de invoering, starre regelgeving of gebrekkige informatie-uitwisseling en terugkoppeling [9].

De bevindingen

Gevraagd worden

In dit project lag het startinitiatief bij de werkgroep van lokale organisaties en onderzoekers. De deelnemers vonden het belangrijk dat mensen uitgenodigd waren voor het project, omdat ze anders waarschijnlijk niet bij elkaar waren gekomen. Eén van de deelnemers zei hierover tijdens de evaluatieve slotbijeenkomst:

Er komen dus dingen op tafel waarvan je met elkaar eens in discussie gaat. Dat zal niet zo gauw gebeuren als je het initiatief aan de burger zelf overlaat.

Tijdens de verkeersbijeenkomst vertelde de aanwezige wethouder hoe hij zich het samenwerkingsvervolg voorstelde:

Ik hoor hier net een hele zinvolle opmerking [...]. Dat is, dat we het initiatief ook bij u kunnen laten. Dat wij zeggen wij zijn als gemeente, dat benadruk ik nog maar eens, ontzettend bereid om met u verder aan de slag te gaan en op een zeker moment weer bij elkaar te komen, maar het initiatief om te komen – waarvan u zegt dat zou een goed moment zijn – kunnen we ook bij u leggen.

De wethouder moedigde de betrokkenheid van de deelnemers aan, maar dichtte de deelnemers een initiatiefnemende rol toe. Bij veel deelnemers viel het voorstel van de wethouder echter niet in goede aarde:

D1: Ik dacht dat de wethouder zei dat er nog vervolgstappen kwamen?

D2: Ja, maar die verwacht van ons dat wij dat gaan doen. [...].

D1: Dan is hij van het probleem af [...]. Ja dat is toch zo, zo komt dat over. Tenminste, zo denk ik erover.

De deelnemers bestempelden het voorstel van de wethouder als een politieke keuze en een manier om gemeentelijke verantwoordelijkheden af te schuiven. De gemeente vroeg de deelnemers om een rol te spelen die zij niet wilden vervullen.

Gehoord worden

Vrijwel alle deelnemers waren tevreden over de manier waarop zij hun ervaringen onder de aandacht konden brengen bij de organisaties tijdens de bijeenkomsten. Zij waardeerden bijvoorbeeld de grote afvaardiging van de organisaties, hun grondige voorbereiding, wijkennis en uitleg. Ook waren de deelnemers positief over de projectbegeleiding door de onderzoekers. Waar de deelnemers minder tevreden over waren, was het gevoelde gebrek aan toezeggingen, concrete resultaten en zichtbare maatregelen. Dit gevoel werd gedeeld door alle deelnemers. Eén van hen merkte tijdens de slotbijeenkomst op:

Zolang als de gemeente niet met een oplossing komt, of dat nou die lantaarnpaal is of dat fietspad bij de {straatnaam} enzovoort. Zo lang als daar niets aan gebeurt, moet men niet teveel verwachten dat het initiatief van onze groep leken uitkomt.

De teleurstelling over het uitblijven van maatregelen resulteerde in een verminderde motivatie tot eigen inzet. Ook informatievoorziening was belangrijk voor de deelnemers. Enkele bewoners zouden door een ambtenaar worden teruggebeld over een maatregel, maar dit gebeurde niet. Dit gebrek aan informatie over de voortgang werd als demotiverend ervaren voor verdere betrokkenheid.

Kunnen

Gedurende het project droegen de deelnemers naar eigen mogelijkheden en voorkeuren bij. Zo had één deelnemer, ter voorbereiding van het plan van aanpak voor verkeersveiligheid, foto's van verkeerssituaties in de wijk gemaakt en afgedrukt. Andere deelnemers hadden verkeerssituaties opgeschreven. Met name in de interventie- en implementatiefases werden persoonlijke vaardigheden en hulpbronnen als belemmering genoemd. Zo gaven veel deelnemers aan niet te wil-

len presenteren toen werd geopperd om het plan van aanpak met de knelpunten zelf te presenteren aan de gemeente en de politie:

D1: Ik voel mezelf niet zo'n woordvoerder.

D2: Nee ik ook niet hoor.

D3: Nee.

D1: [...] ik ben thuis een hele held, maar verder niet.

Uit bovenstaande dialoog blijkt dat sommige deelnemers vonden dat ze niet over voldoende spreekvaardigheden beschikten. Ook tijdens de slotbijeenkomst werden door de deelnemers diverse obstakels aangedragen, bijvoorbeeld toen zij de mogelijkheid bespraken om na vertrek van de onderzoekers het project zelfstandig te vervolgen, zonder ondersteuning. Als belemmeringen noemden zij hun gezondheid en gebrek aan tijd, kennis, organisatorische en initiërende vaardigheden, en wettelijke zeggenschap. Gezien deze belemmeringen sloten de deelnemers een zelfstandig projectvervolg uit.

Een mogelijke uitkomst van participatie is de persoonlijke ontwikkeling van de betrokkenen. Deze uitkomst werd besproken tijdens de slotbijeenkomst:

O: [...] is er bij uzelf wel wat veranderd door hier te zitten?

D: We kijken nu nog scherper naar wat de gemeente moet doen.

Deze deelnemer gaf aan dat hij door zijn betrokkenheid een kritischere blik had ontwikkeld.

Willen

De meest genoemde drijfveer voor deelname aan het project was nieuwsgierigheid naar de ontwikkelingen in de wijk. Dit motief komt niet overeen met de activerende doelstelling van het project. Tijdens één van de latere bijeenkomsten, vertelden twee deelnemers hoe zij hun deelname tot dusver hadden beleefd:

D1: Ik vind het interessant, omdat ik een heleboel dingen hoor die ik gewoon als burger nergens lees en ook nergens hoor.

D2: Ja, wat er leeft in de wijk.

Uit de vele aanmeldingen en het feit dat gedurende het onderzoek nauwelijks deelnemers zijn afgehaakt, blijkt dat de deelnemers gemotiveerd waren om mee te (blijven) doen. Het gaf de deelnemers voldoening om met elkaar, en met afgevaardigden van organisaties, in gesprek te zijn en elkaars invalshoeken te begrijpen. De groepsbijeenkomsten vormden een mogelijkheid om mede-wijkbewoners te ontmoeten, wat een belangrijke motivatiefactor was.

De motivatie tot deelname betrof vooral het meedenken en adviseren ten aanzien van ervaren knelpunten, en in mindere mate de eigen betrokkenheid in de uitvoerende fase. De deelnemers beschouwden de ge-

meente als de uitvoerende partij en zagen voor zichzelf een adviserende rol weggelegd. Slechts enkele deelnemers waren bereid om in uitvoerende zin een bijdrage te leveren aan een knelpunt.

Deelnemers verschilden verder in hun gedachten over welke onderwerpen en knelpunten relevant waren. Met name aspecten van hun eigen woon- en leefomgeving werden belangrijk gevonden. Sommige deelnemers gaven aan dat ze het lastig vonden om een mening te vormen over of belang te hechten aan een onderwerp waar ze zelf (nog) niet direct mee te maken hadden, zoals thuiszorg.

In staat worden gesteld

De opzet van het project met kleinschalige interactieve groepsbijeenkomsten werd door de deelnemers als prettig ervaren en was van positieve invloed op hun kennisdeling en motivatie. De deelnemers ondervonden echter meer voordelen van het werken in groepsverband:

Dat hadden we de vorige keer, toen met de gemeente. Toen waren we bij elkaar. Maar als je zelf moet bellen naar de gemeente, dan krijg je niks klaar. Als er ook maar één persoon is die belt en er komt niet meer, dan wordt dat helemaal niet gehoord. Dan wordt er helemaal geen aandacht aan geschonken. Je moet daar collectief naar toe.

Uit deze uitspraak blijkt dat de deelnemers het werken in groepsverband zinvol vonden, omdat zij een gezamenlijke vuist konden maken. Op die manier maakten ze meer kans om zaken te bereiken. Er dient echter rekening gehouden te worden met de aard van dit groepsverband. Tijdens de verkeersbijeenkomst werden de deelnemers door de gemeente gewezen op bestaande, geformaliseerde samenwerkingsverbanden van burgers, zoals een lokale buurtcommissie of een adviesraad. Een dergelijke formele raad sprak niet tot de verbeelding van de deelnemers:

Even over, je zegt, dan kun je bellen naar zo'n raad he, maar ik heb het idee dat de meeste mensen dat niet gaan doen, want het is een raad en dat is heel ver weg. Wie krijg ik aan de telefoon en dat is onpersoonlijk. Zoals wij hier zitten, wij praten nu met elkaar en met jullie. En met het contact, doordat ... Dat is wel concreet. [...].

De deelnemers werden afgeschrikt door het formele, onpersoonlijke karakter van een adviesraad en weinig deelnemers wisten van het bestaan ervan. Het informele en laagdrempelige karakter van de groepsbijeenkomsten sloot goed aan bij de voorkeuren van onze deelnemers en werkte positief op hun betrokkenheid. Echter, in de deelnemersgroep ontbrak een kartrekker.

Conclusie

Dit artikel geeft inzicht in wat oudere burgers tijdens een gestructureerd en actiegericht participatief project zelf ervaren als bevorderende en/of belemmerende factoren voor blijvende, zelfredzame burgerparticipatie op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

Het project heeft geresulteerd in drie participatieve veranderingen: de deelnemers ontwikkelden een bewustzijn voor diverse onderwerpen, leerden knelpunten te benoemen met een oplossingsgerichte blik, en er ontstond een saamhorigheidsgevoel. Doordat de deelnemers en organisaties hun ervaringskennis uitwisselden, kregen beide partijen inzicht in het onderwerp vanuit elkaars invalshoeken. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de voordelen die worden genoemd in de participatieliteratuur [8, 13, 24]. Echter, het project heeft niet geleid tot de beoogde continuïteit van een burgerparticipatiegroep van de deelnemers en die doelstelling is dus niet haalbaar gebleken.

Het CLEAR-model, opgebouwd uit de vijf verklarende factoren van burgerparticipatie – kunnen, willen, gevraagd worden, in staat worden gesteld en gehoord worden – bleek een waardevol en toepasselijk beoordelingsinstrument. Onze bevindingen impliceren dat alle vijf CLEAR-factoren ook verklarende waarde hebben voor burgerparticipatie van ouderen [18, 22]. Om een participatieproces te doen slagen, dienen alle belanghebbenden, naar wederzijdse tevredenheid, te voldoen aan deze vijf factoren. Daarbij liggen sommige factoren vooral binnen de invloedssfeer van de burger (kunnen, willen), terwijl andere factoren (gevraagd worden, gehoord worden) meer binnen de invloedssfeer van andere belanghebbenden liggen.

Uit onze bevindingen blijkt dat het voldoen aan deze factoren niet vanzelfsprekend is, wat leidt tot hinderende condities voor burgerparticipatie. De verklarende factoren waar het minst aan voldaan werd, waren kunnen, willen en gehoord worden. Een belangrijk inzicht in dit onderzoek is dat de mate waarin wordt voldaan aan een factor afhankelijk is van het verwachtingspatroon en de beoordeling van de betrokkenen op dat gebied. Zo bleek het sleutelmoment in dit project het moment te zijn waarop de gemeente, vanuit haar streven naar zelfredzame burgerparticipatie, het eigenaarschap en de uitvoering van de knelpunten neerlegde bij de deelnemers. Op hun beurt ambiëerden de deelnemers alleen een beleidsbeïnvloedende rol en legden het eigenaarschap van de aangedragen knelpunten bij de gemeente. Voor de deelnemers had het feit dat zij gevraagd werden voor iets wat zij zelf niet wilden een averechts effect op hun bereidheid om deel te blijven nemen (willen). Bovendien vonden zij dat zij niet over de juiste capaciteiten en hulpbronnen beschikten voor een zelfredzame rol (kunnen) en dat dit een taak van de gemeente was. Omdat er een discrepantie bestond tussen de participatieverwachtingen van de deelnemers en

de gemeente werd in de ogen van beide partijen niet voldaan aan hun verwachtingen, ontstond onderling wantrouwen en vormde zich een spanningsveld over de wederzijdse rollen en verantwoordelijkheden. Het participatieproces kwam daardoor tot een einde.

Aanbevelingen

Dit onderzoek maakt inzichtelijk hoe de systeemwereld van beleidsplannen, waarin naar zelfredzame burgerparticipatie wordt gestreefd, kan botsen met de leefwereld van oudere burgers zelf. Zelfredzame participatie vraagt om een cultuurverandering ten opzichte van beleidsbeïnvloedende participatie en deze overgang heeft bij zowel (sommige) oudere burgers als lokale overheden expliciete aandacht. De vraag die rijst is of de verwachtingen van de overheid op dit gebied wel wenselijk en realistisch zijn. Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Er zijn namelijk ook voorbeelden bekend van burgerinitiatieven op het gebied van wonen, welzijn en zorg waarin oudere burgers, al dan niet in samenwerking met andere leeftijdsgroepen, er wel in zijn geslaagd om deze succesvol te maken [23, 24]. Omdat uitkomsten en behoeften altijd afhankelijk zijn van de situationele context, impliceren wij nadrukkelijk niet dat onze onderzoeksbevindingen overdraagbaar zijn naar andere situaties. Wel menen wij dat de in dit onderzoek onderzochte verklarende factoren en principes overdraagbaar kunnen zijn naar andere situaties. Gezien het aangetoonde belang van participatieverwachtingen en mogelijkheden, strekt het tot aanbeveling om aan het begin en gedurende het participatieproces wederzijdse uitgangspunten uit te spreken en af te stemmen. Op basis van gezamenlijk bepaalde uitgangspunten, kan een passende participatiestrategie worden bepaald. Het CLEAR-model kan hiervoor zowel als vertrekpunt als beoordelingsinstrument fungeren.

Ten aanzien van de te kiezen participatiestrategie laten bestaande onderzoeken zien dat geslaagde vormen van burgerparticipatie doorgaans voortkomen uit succesvolle samenwerkingen tussen burgers en professionele belanghebbenden [16]. Formele verbanden (zoals vergunningen, ambtenaren) zijn meestal nodig om burgerparticipatie mogelijk te maken. Een participatiestrategie met een organisatievorm waarin zowel burgers als professionele belanghebbenden een rol spelen, is kansrijker dan een strategie met een volledige verantwoordelijkheid van de burger zelf. Van de professionele betrokkenen wordt samenwerking, flexibiliteit en communicatie verwacht. Zij moet openstaan voor de behoeften en mogelijkheden van burgers [16]. Ieder participatieproces vereist maatwerk. De resultaten in dit project wijzen er bijvoorbeeld op, dat oudere burgers mogelijk moeite hebben met het oppakken van het eigen initiatief, zoals vanuit overheidswege wordt beoogd met derde generatie participatie. Hiervoor zijn meer-

dere verklaringen mogelijk en elke verklaring vraagt om een ander plan van aanpak.

Allereerst verklaarden de deelnemers zelf dat zij zijn opgegroeid in de klassieke verzorgingsstaat en daarom niet gewend zijn aan een actieve rol. Ten tweede bleek het gevoelde gebrek aan toereikende capaciteiten en hulpbronnen belemmerend te werken. In deze gevallen zouden professionele organisaties wellicht meer ondersteuning moeten bieden aan oudere burgers. Beide gevolgtrekkingen kunnen pleiten voor specifieke aandacht van gemeenten voor participatie van de doelgroep ouderen binnen het generieke participatiebeleid. Deze aanbeveling staat haaks op de afschaffing van het doelgroepenbeleid door veel Nederlandse gemeenten. Een andere mogelijkheid is om juist de verbinding te zoeken tussen oudere en jongere generaties, zodat jongere kartrekkers een ondersteunende rol kunnen spelen. Een derde verklaring betreft de manier waarop de Nederlandse overheid burgerparticipatie propageert en de manier waarop deze boodschap door burgers wordt ontvangen [25, 26]. De politieke boodschap van onze overheid kenmerkt zich door een moreel beroep op de individuele verantwoordelijkheden van de burger, onderbouwd met een pessimistisch verhaal over onvermijdelijke hervormingen van de verzorgingsstaat. Deze benadering resulteert echter in afwijzende gevoelens bij burgers, ook in dit project [27, 28]. Een alternatieve strategie is om mensen te activeren vanuit een optimistisch streven naar participatie. Door middel van cursussen of thema-avonden zouden oudere generaties bewust gemaakt kunnen worden van de voordelen van burgerinitiatieven en de mogelijkheden om zelf aan de slag te gaan, zonder daarbij de nadruk te leggen op hun plichtsbesef en verantwoordelijkheidsgevoel. Een voorbeeld van een dergelijke cursus is de 80-in-30 cur-

sus van de Denktank 60+ Noord, in samenwerking met het UMC Groningen [29].

Beperkingen

Er kunnen enkele kanttekeningen bij dit onderzoek worden geplaatst. De eerste kanttekening is dat de deelnemers zijn geselecteerd middels een steekproef uit een bestaand deelnemersbestand. Het is dus mogelijk dat vooral actievare en betrokken burgers hebben deelgenomen. Een tweede mogelijke beperking is dat het project is geïnitieerd door een groep organisaties, in samenwerking met een groep lokale huisartsen. Hoewel deze benadering als voordeel heeft dat er een zo breed mogelijke doelgroep kan worden benaderd, lag er vanuit de deelnemers geen concrete, urgente aanleiding ten grondslag aan het project. Het aanvankelijke maar ook aanhoudende gebrek aan een gevoelde urgentie kan een belangrijke verklaring zijn voor het feit dat er geen zelfredzame burgerparticipatie tot stand is gekomen [25]. Een derde beperking is dat, vanwege tijdsrestricties, alleen de eerste auteur de tekstbestanden heeft gecodeerd. Het resulterende analysebestand is pagina voor pagina doorgesproken door de eerste en vierde auteur, waarbij de wederzijdse interpretatie van de citaten onderwerp van discussie was. Uiteindelijk zijn de meest illustratieve citaten in gezamenlijkheid gekozen en verwerkt in dit artikel. Desondanks kan de gehanteerde aanpak hebben geleid tot een onderzoekersbias.

Dankbetuiging. Wij bedanken alle betrokkenen in dit onderzoek voor hun inzet en constructieve feedback. Dit project kon tot stand komen door de financiële ondersteuning van het UMC Groningen.

Literatuur

1. Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties. Handboek participatie voor ouderen in zorg- en welzijnsprojecten. Utrecht: CSO; 2010.
2. Sociaal en Cultureel Planbureau. Burgermacht op eigen kracht? Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2014.
3. Edelenbos J, Domingo A, Klok P, Van Tatenhove J. Burgers als beleidsadviseurs: Een vergelijkend onderzoek naar acht projecten van interactieve beleidsvorming bij drie departementen. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek; 2006.
4. Jager-Vreugdenhil M. Spraakverwarring over participatie. *J Soc Interv Theory Pract.* 2011;20:76–99.
5. Kilic M. Derde generatie burgerparticipatie, hoe doe je dat? Amersfoort: Twynstra Gudde; 2008.
6. Van der Heijden H, Van Dam R, Van Noortwijk R, Salverda I, Van Zanten I. Van doe-het-zelf naar doe-het-samen maatschappij: Experimenteren met burgerinitiatieven. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties; 2011.
7. Lenos S, Sturm P, Vis R. Burgerparticipatie in gemeenteland: quick scan van 34 coalitieakkoorden en raadsprogramma's voor de periode 2006–2010. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek; 2006.
8. Van de Wijdeven T, De Graaf L, Hendriks F. Actief burgerschap: lijnen in de literatuur. Tilburg: Tilburgse School voor Politiek en Bestuur; 2013.
9. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Vertrouwen in burgers. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2012.
10. Michels A, De Graaf L. Examining citizen participation: local participatory policy making and democracy. *Local Gov Stud.* 2010;36:477–91.

11. Edelenbos J. Proces in vorm: procesbegeleiding van interactieve beleidsvorming over lokale ruimtelijke projecten. Utrecht: Lemma; 2000.
12. Van der Heijden J, Van der Mark L, Meireson A, Zuylen J van. Help! Een burgerinitiatief. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties; 2007.
13. Denters SAH, Tonkens EH, Verhoeven I, Bakker JHM. Burgers maken hun buurt. Den Haag: Platform 31; 2013.
14. De Bruijn D, Van Mierlo T, Nourozi S, De Ruijter T, Turnhout S. Kompas right to challenge in de Wmo 2016. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/03/04/kompas-right-to-challenge-in-wmo>. Geraadpleegd op: 16. sep 2016.
15. Oude Vrielink M, Verhoeven I. Burgerinitiatieven en de bescheiden overheid. *Beleid En Maatschappij*. 2011;38:377–87.
16. Tonkens EH. Vijf misvattingen over de participatiesamenleving 2014. <http://www.actiefburgerschap.nl/wp-content/uploads/2014/04/Afscheidsrede-16april14.pdf>. Geraadpleegd op: 23. feb 2016.
17. Van der Bol N, Van der Arend S. Interactieve besluitvorming vanuit een participanten-perspectief. *Bestuurskunde*. 2007;61:31–44.
18. Lowndes V, Pratchett L, Stoker G. Diagnosing and remedying the failings of official participation schemes: the CLEAR framework. *Soc Policy Soc*. 2006;5:281–91.
19. Lowndes V, Pratchett L, Stoker G. Trends in public participation: part 2 – citizens' perspectives. *Public Adm*. 2001;79:454–5.
20. Hennink M, Hutter I, Bailey A. Qualitative research methods. London: SAGE; 2011.
21. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. London: SAGE; 1998.
22. Verba S, Scholzman K, Brady H. Voice and equality: civic voluntarism in American politics. Cambridge: Harvard University Press; 1995.
23. Bewonersgroep Hoekwierde. Experiment Zelfbeheer Hoekwierde 2016. <http://www.hoekwierde.nl/>. Geraadpleegd op: 26. nov 2016.
24. Zorgcoöperatie Loppersum. Beleidsplan 2016. <http://www.zorgcoöppersum.nl/over-ons/beleidsplan/>. Geraadpleegd op: 26. nov. 2016.
25. Van Xanten H, Schonewille J, Engelen J, Van de Maat J. Sterke verhalen: Burgerinitiatieven voor voorzieningen in kleine dorpen. Rotterdam, Utrecht: SEV, Movisie; 2011.
26. Irvin R, Stansbury J. Citizen participation in decision-making: Is it worth the effort? *Public Adm Rev*. 2004;64:55–65.
27. Tonkens EH. De participatiesamenleving inhumaan? 2014. http://academievoorinformezorg.nl/contents/uploads/pdf/56_1.departicipatiesamenlevinginhumaan-socrateslezing2014evelinto.pdf. Geraadpleegd op: 5. maart 2016.
28. Verhoeven I, Tonkens EH. Talking active citizenship: framing welfare state reform in England and the Netherlands. *Soc Policy Soc*. 2013;12:415–26.
29. BeterOud. Denktank 60+ Noord. 80 in '30 cursus voor jonge senioren. 2016. <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-80-in-30-cursus.html>. Geraadpleegd op: 26. nov. 2016.

Validatieonderzoek Welzijnsmeter-dementie

Gerben J. Westerhof · Kristel Richters · Peter M. ten Klooster

Samenvatting

De Welzijnsmeter-*dementie* is een digitaal observatie instrument dat het welzijn van mensen met dementie op basis van hun gedrag en functioneren in vier domeinen in kaart brengt: Mentaal welzijn, Lichamelijk welzijn, Participatie en Woon- en leefomstandigheden. Het doel van de Welzijnsmeter-*dementie* is om op een eenvoudige en positieve manier het welzijn van mensen met dementie te meten. Naast ziektegerelateerde klachten en problemen worden daarom ook positieve aspecten van het gedrag en functioneren in kaart gebracht. Het instrument visualiseert de uitkomsten en geeft specifieke handelingsadviezen. Dit artikel betreft een eerste psychometrische analyse van de Welzijnsmeter-*dementie*, waarbij de factorstructuur, de betrouwbaarheid (Cronbachs alfa), concurrente en convergente validiteit van het instrument werden onderzocht.

Er werden observaties uitgevoerd bij 168 mensen met dementie uit elf verschillende psychogeriatrische huiskamers. Bij 63 mensen werden ook vijf bestaande observatielijsten (voor kwaliteit van leven, neuropsychiatrische symptomen, zorgafhankelijkheid, depressie en agitatie) gebruikt voor de validering van de Welzijnsmeter-*dementie*.

Per domein konden de verwachte componenten steeds duidelijk teruggevonden worden. Items laadden hoog op de verwachte factor en laag op de andere factor(en). De gemiddelden op de schalen lagen aan de positieve kant, maar lieten een goede range en variatie zien. De interne consistentie was steeds voldoende tot goed. De samenhang met bestaande schalen was gematigd tot sterk en het patroon van relaties sloot goed aan bij de meetpretentie van de gebruikte valideringsinstrumenten.

Al met al kunnen we concluderen dat de Welzijnsmeter-*dementie* een betrouwbare en valide schaal lijkt. Vervolgonderzoek zal de test-hertestbetrouwbaarheid, de gevoeligheid voor verandering en de relatie met de ernst van dementie moeten onderzoeken. Op basis van bestaande ervaringen blijkt dat de Welzijnsmeter-*dementie* ook in de praktijk een bruikbaar instrument is.

Trefwoorden welzijn · dementie · observatie · psychometrie

De auteurs stellen het nieuwe instrument graag beschikbaar voor nader onderzoek in de toekomst. De Welzijnsmeter-Dementie is verkrijgbaar bij de Schrijverij Nederland (<http://www.deschrijverij-nederland.nl>)

G. J. Westerhof (✉) · P. M. ten Klooster
Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie,
Universiteit Twente, Postbus 217, 7500 AE Enschede,
Nederland
e-mail: g.j.westerhof@utwente.nl

K. Richters
De Schrijverij, Oldenzaal, Nederland

DOI 10.1007/s12439-016-0202-4
Published online: 13 January 2017

The Well-Being Measure – dementia: A validation study

Abstract

The Well-Being Measure – *dementia* is a digital observation instrument that assesses the well-being of persons with dementia on four domains of quality of life: Mental well-being, Physical well-being, Participation, and Living arrangements. Its goal is to assess the well-being of persons with dementia in an easy and positive way. Besides illness-related symptoms and problems, the instrument

also assesses positive aspects of functioning. It visualizes the results and provides specific behavioural advice to the caregivers. The goal of the present article is to conduct a first psychometric analysis: factor structure, reliability (Cronbach's alpha), concurrent, and convergent validity.

Observations were carried out among 168 persons with dementia in eleven different small-scale psychogeriatric wards. Five existing instruments were used among 63 persons to validate the Well-Being Measure-dementia: quality of life, neuropsychiatric symptoms, care dependency, depression, and agitation.

The expected factor structure was found in each of the four domains. Coefficients were high on the expected factor and low on the other factor(s). The scale means were on the positive side, but showed an adequate range and variability. Reliability was satisfactory to good. The relation with existing scales was moderate to strong. The pattern of relations was consistent with the measurement intentions of the different existing instruments.

The Well-Being Measure – dementia appears to be a valid and reliable scale. Further studies should assess its test-retest reliability, sensitivity to change and relation with the course of dementia. Current experience shows that the instrument is also useful in everyday practice.

Keywords Well-being · Dementia · Observation · Psychometrics

Inleiding

De zorg voor mensen met dementie vergt veel van mantelzorgers en zorgmedewerkers, zowel thuis als in een zorginstelling. Het ziekteproces is altijd een proces van achteruitgang en verschilt sterk per persoon. Hierdoor is er geen standaardbehandeling mogelijk en is een voortdurende bijstelling en afstemming door de verschillende mantelzorgers en zorgverleners noodzakelijk. Inzicht in het welzijn van mensen met dementie kan hierbij behulpzaam zijn. Om hierin meer inzicht te krijgen is de Welzijnsmeter-dementie ontwikkeld [1]. Het doel van dit instrument is om op een eenvoudige en zoveel mogelijk positieve manier het welzijn van mensen met dementie te meten.

Dementie komt veel voor in Nederland. Er wordt geschat dat er momenteel 260.000 mensen met dementie zijn [2]. Per jaar wordt bij minstens 20.000 personen de diagnose dementie gesteld [3]. De kans op dementie neemt sterk toe met de leeftijd: van 10 % bij mensen boven de 65 jaar tot 40 % bij mensen boven de 90 jaar [2]. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met dementie in 2050 in Nederland naar schatting gestegen zijn naar meer dan een half miljoen [2]. Mensen leven gemiddeld acht jaar met dementie, waarvan zes jaar thuis [4].

Dementie is een klinisch syndroom dat gekenmerkt wordt door een geleidelijke vermindering van cognitieve capaciteiten. Er kunnen verschillende ziektes

aan dementie ten grondslag liggen, zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie en Lewy body disease. Dementie heeft direct, door de vermindering van het cognitieve functioneren, maar ook indirect, door de wijze waarop mensen met de ziekte omgaan, een sterke invloed op het dagelijks en sociaal functioneren. Dementie gaat vaak gepaard met onbegrepen gedrag en neuropsychiatrische symptomen, zoals angst, depressie, agressie of agitatie [5, 6]. Waar dementie zelf niet te behandelen is, zijn de bijkomende problemen wel behandelbaar. De laatste decennia is er in de ouderenzorg daarom een verschuiving geweest van een medisch perspectief, waarbij de nadruk ligt op de behandeling van ziektesymptomen [7], naar een meer cliënt- of belevingsgericht perspectief waarbij het welzijn en de kwaliteit van leven van de cliënt een meer prominente rol speelt [8]. Dit wordt mede bepaald door de manier waarop de persoon met dementie zich steeds opnieuw kan aanpassen aan veranderingen die met de progressieve ziekte onvermijdelijk komen [9]. De manier waarop de fysieke omgeving is ingericht en de sociale omgeving met de persoon met dementie omgaat, speelt hierbij ook een belangrijke rol [10]. De richtlijnen voor de integrale benadering van dementie zijn dan ook gericht op een optimaal welbevinden, een aanvaardbare kwaliteit van leven en op het voorkomen of verlichten van psychosociale symptomen [3].

In de zorg voor mensen met dementie is het daarom van belang om het welzijn van mensen met dementie goed in kaart te brengen en zo te kunnen inspelen op de onvermijdelijke veranderingen die tijdens het ziekteproces optreden. Er zijn vragenlijsten voor emotioneel welbevinden en zelfwaardering ontwikkeld die voor de psycholoog in de psychogeriatrische praktijk een hulpmiddel kunnen zijn om het gesprek over gevoelens van mensen met dementie binnen de psychogeriatrische dagbehandeling te ondersteunen [11]. Echter, naarmate de ziekte voortschrijdt en de cognitieve tekorten toenemen, kunnen mensen met dementie niet meer zelf (betrouwbaar) rapporteren hoe het met hen gaat. Een oordeel moet dan van anderen, zoals verzorgenden en familieleden, komen. Hoewel er natuurlijk informatie verloren gaat over de subjectieve beleving van de persoon met dementie zelf, wordt daarom vaak gebruik gemaakt van observatievragenlijsten. Voorbeelden van veel gebruikte observatie instrumenten zijn de Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), die neuropsychiatrische symptomen meet [12] en instrumenten die specifieke gedragsproblemen meten, zoals de Cornell Depressieschaal (CSDD) [13] of de Cohen-Mansfield Agitation Index (CMAI) [14]. Deze instrumenten hebben een sterke klachtgerichte focus en bevatten voornamelijk negatief geformuleerde items.

Onderzoek in de positieve psychologie laat zien dat optimaal functioneren meer is dan de afwezigheid van klachten [15]. De Wereldgezondheidsorganisatie bena-

drukt dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van stoornissen: het gaat om optimaal psychologisch en sociaal functioneren en om de ervaring van welbevinden [16]. Deze invulling van geestelijke gezondheid hangt gematigd samen met psychische symptomen en stoornissen. Er zijn dus ook mensen die weliswaar leiden aan psychische ziektes, maar die toch een positieve geestelijke gezondheid ervaren en andersom [17, 18]. Het is daarom belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan de preventie en behandeling van psychische ziektes, maar ook aan de verbetering van het functioneren en het welbevinden. Dit geeft onder andere meer ruimte voor interventies en behandelingen, die zich zowel op klachten als krachten van cliënten richten [15]. Op soortgelijke wijze is het ook in de dementiezorg van belang om niet alleen klachten te observeren, maar ook aandacht te besteden aan wat er wel goed gaat, zoals de kwaliteit van leven [19] of participatie [20].

De Welzijnsmeter-dementie is ontwikkeld als observatie-instrument om welzijn, waar mogelijk, op een positieve manier in kaart te brengen. Er worden zowel ziektegerelateerde symptomen als bredere aspecten van het functioneren in kaart gebracht. Daarbij richt het instrument zich op vier domeinen die momenteel in de ouderenzorg gehanteerd worden in de visie op kwaliteit van leven: *Mentaal functioneren, Lichamelijk functioneren, Participatie en Woon- en leefomstandigheden* [21]. Deze indeling sluit ook aan op het model Zorgleefplan [22]. Binnen elk domein worden in de Welzijnsmeter-dementie verschillende componenten onderscheiden. Mentaal welzijn richt zich op stemming, agressie, angst en agitatie; Lichamelijk welzijn op gezondheid, decorum en verward gedrag; Participatie op bezigheden en contacten; Woon- en leefomstandigheden op woonomstandigheden en de relatie met medewerkers.

De items zijn mede geïnspireerd door items van bestaande observatieschalen, zoals de NPI-Q [12], de CMAI [13], CDSS [14] en Qualidem [19], maar formulering en samenstelling van de stellingen zijn aangepast voor het nieuwe instrument. Het doel daarbij was zoveel mogelijk positief geformuleerde stellingen te hebben, zoals 'Geniet van dagelijkse dingen' en 'Neemt initiatieven voor bezigheden'. Omdat dit bij aspecten zoals pijn, angst of lichamelijke ongemakken tot verwarring kan leiden bij het invullen, zijn in sommige gevallen negatief geformuleerde stellingen zoals 'Is in paniek' of 'Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen' toch gehandhaafd.

Het uitgangspunt in de ontwikkeling van de Welzijnsmeter-dementie is vooral de praktische toepasbaarheid door zorgverleners. De indeling in de vier domeinen, die bij zorgmedewerkers bekend zijn en gebruikt worden, draagt bij aan een makkelijke en toepasbare inzet. Door de Welzijnsmeter-dementie als digitaal instrument aan te bieden sluiten we aan bij de behoefte om snel en effectief betrouwbare informatie

te verkrijgen, zonder dat hiervoor veel verschillende vragenlijsten moeten worden ingevuld. Direct na het invullen krijgt de invuller een visuele weergave gepresenteerd in een taartdiagram, die in één oogopslag met groene en rode taartpunten laat zien hoe het met de betreffende cliënt gaat (Zie fig. 1).

Donkergroene en groene taartpunten geven aan waar het goed gaat en oranje en rode taartpunten welke aspecten aandacht behoeven. Hiervoor kunnen, indien gewenst, direct handelingsadviezen opgevraagd worden via het programma. Voorbeelden van handelingsadviezen bij stemmingsproblemen zijn: geef gevoelens van de cliënt de ruimte; laat keuzes zoveel mogelijk over aan de cliënt; stimuleer bewegingsactiviteiten. Voorbeelden van handelingsadviezen bij sociale contacten zijn: bied activiteiten waarbij communicatie en samenwerking nodig is; bied gelegenheid voor het opdoen van prettige ervaringen, waar mogelijk met anderen; voorkom overprikkeling, zoek een goede balans tussen activiteiten en rust. Op deze manier kunnen observaties direct worden gekoppeld aan interventies door zorgmedewerkers en/of mantelzorgers. Zorgmedewerkers kunnen direct de resultaten en adviezen genereren en toepassen, wat hun handelingsrepertoire en gevoel van regie kan vergroten. Meten is hier dus meer dan weten, het leidt ook tot handelen.

Het uiteindelijke doel van de Welzijnsmeter-dementie is om de dementiezorg te verbeteren. Doordat de focus minder klachtgericht is, kunnen verzorgenden zich meer richten op de mogelijkheden van mensen met dementie. Door de observaties direct te koppelen aan handelingsadviezen worden zorgverleners in staat gesteld om op de individuele behoeftes in te gaan. Gerichte handelingsadviezen kunnen de continue aanpassing aan veranderende omstandigheden bevorderen. Ze dragen ertoe bij dat het leefklimaat zo gunstig en prettig mogelijk wordt.

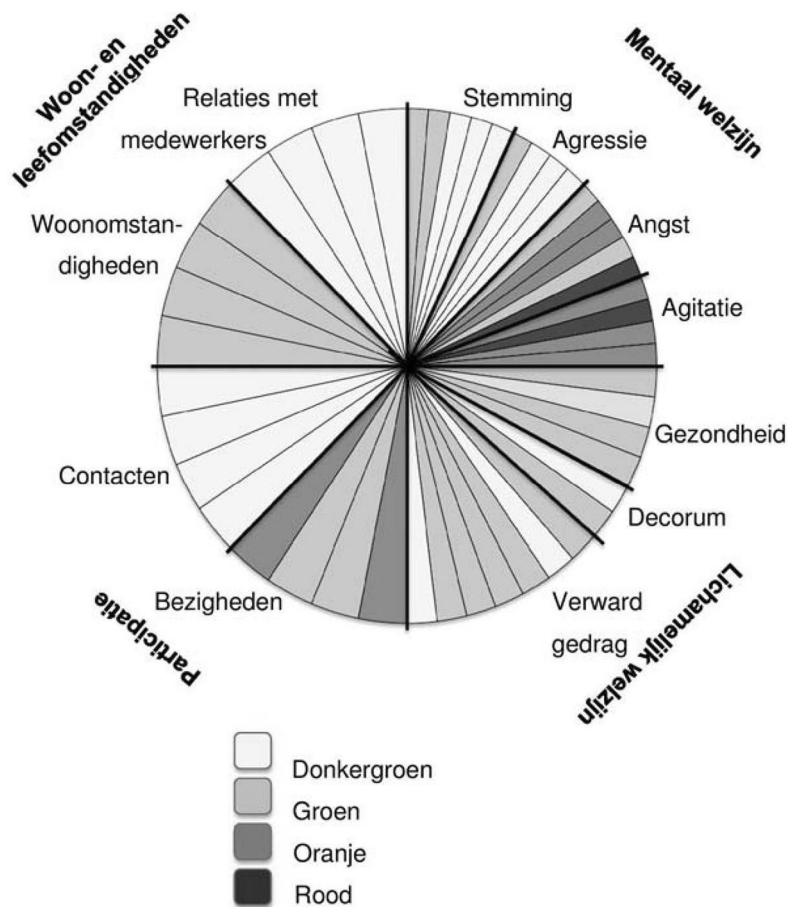
Het doel van dit artikel is een eerste psychometrische analyse van de Welzijnsmeter-dementie, waarbij de factorstructuur, de betrouwbaarheid (Cronbachs alfa) en de concurrente en convergente validiteit van het instrument worden onderzocht.

Methodie

Deelnemers

Er werden observaties uitgevoerd bij 168 mensen met dementie die op elf verschillende psychogeriatrische huiskamers (op BOPZ-afdelingen) binnen De Posten in Enschede leefden. Alle deelnemers hadden een indicatie voor psychogeriatricie, waarvoor een geldige diagnose van dementie vereist is. Hun leeftijd varieerde van 59 tot 99 jaar, met een gemiddelde van 85 jaar. Iets meer dan een kwart (28 %) is man, 72 % is vrouw. Alle deelnemers hadden dementie, in verschillende fasen van de ziekte. Bij 63 mensen werden ook andere obser-

Resultaat meting 18 april 2016
Cliënt Dhr. W.C. ten Wilde
Geboortedatum 12 december 1930
Afdeling de Nachtvliender
Gemeten door Mirthe Zondernaam



Rode scores

Angst: Item 'Schrikt in onverwachte situaties'
 Agitatie: Item 'Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait'

Tips: Agitatie

Zorg voor een geregelde, overzichtelijke en vaste daginvulling.
 Zoek een goede balans tussen inspanning en rust.
 Ga regelmatig na hoe het activiteitenprogramma van een bewoner eruit ziet. Pas het activiteitenprogramma zo nodig aan.
 Maak een lijst met mogelijke oorzaken van iemands agitatie, onderzoek welke oorzaak het meest waarschijnlijk is en doe daar vervolgens wat aan.

Figuur 1 Voorbeeld resultaat Welzijnsmeter-dementie.

vatielijsten gebruikt voor de validering van de Welzijnsmeter-dementie. Zij varieerden in leeftijd van 63 tot 96 jaar (gemiddeld 84 jaar). Van deze groep was 81 % vrouw en zij kwamen van 7 verschillende huiskamers.

Instrumenten

De eerste versie van de Welzijnsmeter-dementie is een observatielijst met 47 stellingen, verdeeld over vier domeinen: *Mentaal welzijn* (18 items), *Lichamelijk welzijn* (13 items), *Participatie* (8 items) en *Woon- en leefomstandigheden* (8 items). Elk domein omvat een aan-

tal componenten: stemming, agressie, angst, agitatie (*Mentaal welzijn*), gezondheid, decorum, verward gedrag (*Lichamelijk welzijn*), bezigheden, contacten (*Participatie*) en woonomstandigheden en relatie met medewerkers (*Woon- en leefomstandigheden*). De observatieperiode omvat de afgelopen twee weken. Elke stelling wordt beantwoord op een 4-punts Likert schaal: (1) Nooit, (2), Zelden, (3), Regelmatig, (4) Altijd. *Nooit* betekent dat de cliënt het gedrag niet vertoonde, *zelden* één keer in de geobserveerde periode, *regelmatig* twee tot drie keer en *altijd* dat de cliënt dit gedrag over de laatste twee weken bijna constant vertoonde. Verder kent de *Welijnsmeter-dementie* een knop met een vraagteken en een uitroepteken (?!). Die laatste kan gebruikt worden als men iets niet heeft kunnen observeren of als iets niet van toepassing is. Hierbij ging het meestal om cliënten met een ernstige vorm van dementie. Elk van de elf componenten werd opgevat als een subschaal van de welzijnsmeter. De scores voor elke subschaal werden, na hercodering van de negatief geformuleerde items, berekend als de gemiddelde score op de items behorende bij de subschaal. De mogelijke waarden lopen van 1 tot 4, waarbij een hogere score wijst op meer welbevinden.

Observatoren hebben vooraf een training gekregen waarin de *Welijnsmeter-dementie*, de inhoud van de items en het antwoordformaat werden uitgelegd. Daarnaast is er een handleiding geïntegreerd in de site waar de observaties geregistreerd worden. De ervaring is dat de items duidelijk zijn. De observatielijst werd bij voorkeur door twee zorgverleners of mantelzorgers samen ingevuld om consensus te bereiken over de inschatting van de frequentie. Belangrijk was dat zij de persoon met dementie goed kenden. In de praktijk waren het vaak Contactverzorgenden, Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden of verpleegkundigen, die de *Welijnsmeter-dementie* samen met een collega invulden, bijvoorbeeld een verzorgende of activiteitenbegeleider. Ook kwam het voor dat de *Welijnsmeter-dementie* werd ingevuld door een medewerker en een vrijwilliger of familielid.

Om de concurrente en convergente validiteit van de *Welijnsmeter-dementie* te onderzoeken zijn er daarnaast vijf andere observatie-instrumenten afgenomen die in de zorg voor mensen met dementie veel worden gebruikt. Het betreft gevalideerde observatievragenlijsten, die door dezelfde observatoren werden ingevuld als de *Welijnsmeter-Dementie*. De verwachting is dat hiermee inhoudelijk vergelijkbare aspecten worden gemeten die ook door de *Welijnsmeter-dementie* worden gemeten.

- De Qualidem voor kwaliteit van leven [19]
- De NPI-Q voor Neuropsychiatrische symptomen [12]
- De ZAS-kort voor zorgafhankelijkheid [23]
- De CSDD voor depressie [13]
- De CMAI-D voor agitatie [14]

Analyses

Allereerst zijn er factoranalyses uitgevoerd om de structuur van de *Welijnsmeter-dementie* binnen de vier domeinen vast te stellen. Gelet op het aantal deelnemers zijn de factoranalyses uitgevoerd op de items binnen een domein. Voor elk domein werd een principale componentenanalyse uitgevoerd. De eigenwaarden (groter dan 1) en de *scree plot* werden gebruikt om het aantal factoren te inspecteren. Er werd gezocht naar een optimale balans tussen het aantal factoren en de theoretische interpretatie hiervan. Voor elke categorie werd ernaar gestreefd de vier of vijf beste items vast te stellen. Items met een zwakke relatie (<0,50) met de bedoelde factor en items met een sterke relatie (>0,30) met meer dan één factor hadden zijn meestal weggelaten. Om de inhoudsvaliditeit recht te doen is ook de inhoud van de items bij deze keuze betrokken, zodat de betekenis van elke factor niet veranderde door het weglaten van items. Vervolgens is steeds een nieuwe principale componentenanalyse uitgevoerd met de resterende items. Ten tweede zijn de frequentieverdeling en de betrouwbaarheid (Cronbachs alfa) van de subschalen op de elf componenten geanalyseerd.

Ten derde zijn Pearson correlaties tussen de componenten en de valideringsinstrumenten berekend. We hanteren hierbij de indeling van zwakke (<0,30), gematigde (0,30–0,50) en sterke (>0,50) relaties. Gezien de breedte van de Zorgafhankelijkheidsschaal verwachten we een gematigde samenhang met de subschalen van de *Welijnsmeter-Dementie*. De schaal voor neuropsychiatrische symptomen (NPI-Q) bevat onder andere items over depressie, angst en agressie/agitatie. We verwachten daarom een gematigde correlatie met de subschalen van Stemming, Angst, Agitatie en Agressie. Gezien de overlap in de meetpretentie verwachten we dat de depressieschaal (CSDD) sterk samenhangt met de subschaal Stemming en dat de agitatieschaal (CMAI) sterk samenhangt met de subschaal Agitatie. Tot slot verwachten we dat de subschalen van de Qualidem een sterke relatie hebben met de overeenkomstige subschalen van de *Welijnsmeter-Dementie*: Positief Affect met Stemming, Negatief Affect met Angst, Rusteloos Gedrag met Agitatie, Iets om Handen Hebben met Bezigheden, Sociale Relaties en Sociaal Isolement met Sociale contacten, Zich Thuis Voelen met Woonomstandigheden, en Zorgrelatie met Contact met Medewerkers. Positief Zelfbeeld wordt wel met de Qualidem gemeten, maar niet met de *Welijnsmeter-dementie* terwijl het omgekeerde geldt voor de subschalen Gezondheid, Decorumverlies en Verward Gedrag. Voor deze subschalen verwachten we geen sterke relaties te vinden.

Tabel 1 Principale componentenanalyse met varimaxrotatie voor het domein Mentaal welzijn.

	stemming	agressie	angst	agitatie
WM01 Geniet van dagelijkse dingen	0,80	0,12	0,22	0,17
WM02 Is opgewekt	0,88	0,12	0,16	-0,09
WM04 Lijkt zich goed te voelen	0,71	0,16	0,27	0,09
WM05 (glim)lacht	0,78	0,10	0,02	0,18
WM06 Is vriendelijk	0,66	0,32	0,13	0,22
WM09 Is verbaal agressief	0,15	0,74	0,12	0,14
WM10 Is fysiek agressief	0,22	0,74	0,12	0,20
WM11 Gooit met voorwerpen	0,09	0,87	0,06	0,00
WM12 Maakt met opzet dingen kapot	0,15	0,74	-0,05	0,11
WM15 Is in paniek	0,16	0,03	0,81	0,17
WM16 Is overstuur	0,26	0,06	0,75	0,25
WM17 Zegt angstig of bang te zijn	0,12	-0,05	0,85	0,09
WM18 Lijkt angstig/bang te zijn	0,15	0,10	0,85	0,18
WM21 Schrikt in onverwachte situaties	0,08	0,15	0,66	0,22
WM22 Is opgewonden en gespannen	0,22	0,23	0,44	0,54
WM23 Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait	0,17	0,22	0,12	0,62
WM24 Praat snel en veel	-0,01	0,03	0,20	0,82
WM25 Is ongedurig en onrustig	0,21	0,12	0,33	0,74
% Verklaarde variantie	18,4	15,1	20,3	12,6

Resultaten

In de factoranalyse voor het domein *Mentaal welzijn* werden de vier verwachte factoren teruggevonden: stemming, agressie, angst, agitatie (tab. 1). Er zijn uiteindelijk 18 items van de 25 items overgebleven die allemaal sterk (>0,50) correleerden met de verwachte factor en inhoudelijk de dimensies goed representeren. Alle items hebben lage coëfficiënten op de andere factoren (<0,30) met uitzondering van 'is opgewonden en gespannen' en 'is ongedurig en onrustig'.

Bij het domein *Lichamelijk welzijn* werden de drie verwachte factoren gevonden, waarbij 13 items van de 27 items aan de criteria voldeden (tab. 2). De subschalen bestaan uit 4 items voor gezondheid, 4 voor decorum en 5 voor verward gedrag. Alle items hebben een sterke relatie (>0,50) met de verwachte factor en een zwakke met de andere factoren (<0,30). Alleen het item 'accepteert eten en drinken' ligt voor het eerste criterium op de grens (0,49).

Bij het domein *Participatie* werden de verwachte twee factoren gevonden, bezigheden en contacten (tab. 3). Op beide factoren hebben acht (van de oorspronkelijke 16) items een sterke coëfficiënt (>0,50), terwijl ze een lage coëfficiënt hebben voor de andere

factor (<0,30), al ligt het item 'leest krant/kijkt journaal' op de grens (0,31).

Het domein *Woon- en leefomstandigheden* laat de twee verwachte factoren zien: wonen en de relatie met de medewerkers (tab. 4). Acht van de twaalf items hebben een sterke relatie (>0,50) met de verwachte factor en een zwakke (<0,30) met de andere factor.

Tab. 5 geeft de betrouwbaarheid en de frequentieverdeling voor elk van de componenten. De betrouwbaarheid voor de subschalen m.b.t. componenten is voldoende tot goed (Cronbachs alfa ligt tussen 0,62 en 0,89). Uit de frequentieverdelingen blijkt dat steeds een breed spectrum aan observaties gegeven is, variërend van bijna de laagst mogelijke score (1) tot de hoogst mogelijke score (4) met standaarddeviaties tussen 0,5 en 0,8. Een hogere score heeft steeds een positieve betekenis. De gemiddelden liggen aan de positieve kant (tussen de 3,0 en 3,5). Alleen stemming, agitatie, verwarring en bezigheden liggen onder de 3,0. Dat wil zeggen dat op deze componenten juist niet zo positief gescoord werd. Alleen agressie heeft een gemiddelde boven de 3,5, hetgeen wil zeggen dat er juist weinig agressie geobserveerd is.

Tab. 6 geeft de correlaties weer met bestaande observatie-instrumenten, die de concurrente en convergente validiteit aangeven. Bij de interpretatie van de bevin-

Tabel 2 Principale componentenanalyse met varimaxrotatie voor het domein Lichamelijk welzijn.

	gezondheid	decorum	verward gedrag
WM26 Lijkt zich gezond te voelen	0,77	0,20	0,06
WM27 Accepteert eten en/of drinken	0,49	-0,06	0,26
WM29 Heeft pijn	0,71	0,24	-0,02
WM30 Heeft lichamelijke ongemakken (bijvoorbeeld jeuk of obstipatie)	0,68	0,13	-0,09
WM36 Gedraagt zich netjes in gezelschap	0,10	0,67	0,30
WM39 Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen	0,14	0,80	0,07
WM44 Beweert dat anderen hem/haar niet mogen	0,26	0,74	-0,08
WM48 Beschuldigt anderen onterecht	0,06	0,85	-0,08
WM46 Maakt op juiste wijze gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld rollator of hoortoestel)	-0,18	-0,08	0,69
WM43 Lijkt zich bewust van gevolgen van eigen handelen	0,06	0,08	0,76
WM49 Heeft een helder bewustzijn	-0,01	0,24	0,77
WM52 Herkent eigen woning/kamer/appartement	0,09	0,02	0,78
WM53 Herkent bekende anderen	0,22	-0,05	0,70
% Verklaarde variantie	15,3	19,5	22,4

Tabel 3 Principale componentenanalyse met varimaxrotatie voor het domein Participatie.

	bezigheden	contacten
WM55 Neemt initiatieven voor bezigheden	0,89	0,10
WM56 Wil eigen hobby's blijven uitvoeren	0,87	-0,03
WM58 Leest krant/kijkt journaal	0,61	0,31
WM61 Maakt gebruik van beschikbare voorzieningen (bv tuin/keuken)	0,75	0,27
WM64 Heeft graag contact met medecliënten	0,26	0,82
WM65 Heeft graag contact met medewerkers	0,26	0,85
WM66 Heeft graag contact met familieleden	-0,09	0,75
WM67 Geniet van contacten met anderen	0,23	0,80
% verklaarde variantie	33,3	35,0

dingen moet er rekening mee gehouden worden dat er tussen de meeste subschalen van de Welzijnsmeter-dementie een gematigde of sterke samenhang is. Hetzelfde geldt voor de meeste subschalen van de Qualidem. De meeste subschalen hebben een matig sterke correlatie met de valideringsschalen.

Zoals verwacht hangt de zorgafhankelijkheid gematigd samen met de meeste subschalen van de Welzijnsmeter-dementie. Tegen de verwachting in zijn er sterke relaties met Verward gedrag en Bezigheden, maar geen relaties met Agressie, Gezondheid en Decorum. De neuropsychiatrische symptomen (NPI-Q) hangen zoals verwacht gematigd samen met de subschalen Stemming, Angst en Agitatie. Er is een sterke samenhang met de subschaal Agressie en er zijn ook

enkele gematigde relaties met andere subschalen van de Welzijnsmeter-dementie. De verwachte sterke relaties van de depressieschaal (CDSS) met de subschaal Stemming en van de agitatieschaal (CMAI) met de subschaal Agitatie worden inderdaad gevonden. Ook andere subschalen hangen echter gematigd of zelfs sterk samen met de depressie- en/of agitatieschaal. Tot slot worden de verwachte sterke relaties gevonden van Positief Affect met Stemming, Negatief Affect met Angst, Rusteloos Gedrag met Agitatie, Iets om Handen Hebben met Bezigheden, Sociale Relaties met Sociale contacten en Zorgrelatie met Contact met Medewerkers. Er zijn gematigde in plaats van sterke relaties gevonden van Sociaal Isolement met Sociale Contacten en van Zich Thuis Voelen met Woonomstandigheden. Hoewel er

Tabel 4 Principale componentenanalyse met varimaxrotatie voor het domein Woon- en leefomstandigheden.

	wonen	medewerkers
WM71 Vindt wonen thuis/op de afdeling prettig	0,83	0,16
WM72 Geniet van eigen woonruimte	0,82	0,04
WM74 Voelt zich veilig in eigen woning/appartement	0,90	0,21
WM75 Voelt zich veilig op eigen afdeling	0,86	0,25
WM76 Accepteert hulp tijdens de ADL	-0,01	0,80
WM77 Accepteert medicatie	0,29	0,67
WM79 Werkt mee als dat gevraagd wordt	0,11	0,87
WM81 Zoekt contact met medewerkers	0,18	0,53
% Verklaarde variantie	37,7	28,3

Tabel 5 Frequentieverdelingen en betrouwbaarheid.

	N	gemiddelde	st. Deviatie	minimum	maximum	cronbach alpha
<i>mentaal welzijn</i>						
stemming	168	2,9	0,6	1,2	4,0	0,88
agressie	167	3,7	0,5	1,3	4,0	0,83
angst	168	3,0	0,8	1,2	4,0	0,88
agitatie	168	2,8	0,7	1,0	4,0	0,76
<i>lichamelijk welzijn</i>						
gezondheid	160	3,0	0,6	1,5	4,0	0,62
decorum	164	3,4	0,6	1,5	4,0	0,77
verward gedrag	163	2,9	0,8	1,0	4,0	0,83
<i>participatie</i>						
bezigheden	160	2,0	0,8	1,0	3,6	0,81
contacten	167	3,1	0,7	1,5	4,0	0,85
<i>woon- en leefomstandigheden</i>						
woonomstandigheden	146	3,2	0,8	1,0	4,0	0,89
relatie met medewerkers	168	3,3	0,6	1,3	4,0	0,77

soms ook sterke relaties met andere subschalen gevonden worden, zijn de verwachte relaties doorgaans het sterkst. Er zijn zoals verwacht geen sterke relaties van Positief Zelfbeeld met subschalen van de Welzijnsmeter-dementie en slechts enkele sterke correlaties van de subschalen Gezondheid, Decorumverlies en Verward Gedrag met de subschalen van de Qualidem.

Discussie

Het doel van de Welzijnsmeter-dementie is om op basis van observaties van het gedrag en functioneren van mensen met dementie hun welzijn in kaart te brengen op de vier domeinen van het Actiz Model Zorgleef-

plan: mentaal welzijn, lichamelijk welzijn, participatie en woon- en leefomstandigheden. Dit artikel betrof een eerste psychometrische analyse van de Welzijnsmeter-dementie.

Per domein konden de verwachte componenten steeds duidelijk teruggevonden worden. Nagenoeg alle factorladingen van de overgebleven items vielen binnen de verwachte range. De gemiddelden op de schalen lagen aan de positieve kant, maar lieten een goede range en variatie zien. De betrouwbaarheid van de subschalen was steeds voldoende tot goed. Het patroon van relaties met bestaande schalen was overwegend zoals verwacht. Al met al kunnen we concluderen dat de Welzijnsmeter-dementie een be-

Tabel 6 Correlaties van de Welzijnsmeter-dementie met bestaande schalen.

	ZAS	zorg-afhankelijkheid	neuro-psychiatrische symptomen	depressie	agitatie	positief affect	negatief affect	rusteloos gedrag	iets om handen hebben	sociale relaties	sociaal isolement	zich thuis voelen	zorg relatie	positief zelfbeeld
	ZAS	NPI-Q	CDSS	CMAI	qualidem									
<i>mentaal welzijn</i>														
stemming	-0,42*	-0,43*	-0,53*	-0,52*	-0,61*	-0,41*	-0,55*	-0,43*	-0,55*	-0,49*	-0,20	-0,50*	-0,38*	
agressie	-0,21	-0,31*	-0,22	-0,42**	-0,28*	-0,04	-0,33*	-0,07	-0,33*	-0,33*	-0,15	-0,53*	0,10	
angst	-0,32*	-0,48*	-0,55*	-0,50*	-0,47*	-0,68*	-0,52*	-0,36*	-0,31*	-0,28*	-0,25*	-0,24	-0,33*	
agitatie	-0,40*	-0,55*	-0,54*	-0,67*	-0,51*	-0,39*	-0,60*	-0,33*	-0,44*	-0,49*	-0,15	-0,41*	-0,35*	
<i>lichamelijk welzijn</i>														
gezond	-0,21	-0,37*	-0,47*	-0,43*	-0,37*	-0,24	-0,46*	-0,39*	-0,34*	-0,30*	-0,15	-0,29*	-0,14	
decorum	-0,03	-0,32*	-0,28*	-0,34**	-0,44*	-0,17	-0,26*	0,11	-0,24	-0,27*	-0,25	-0,60*	-0,08	
verward gedrag	-0,62*	-0,22	-0,33*	-0,42*	-0,46*	-0,14	-0,54*	-0,29*	-0,53*	-0,43*	-0,14	-0,36*	-0,12	
<i>participatie</i>														
bezigheden	-0,70*	-0,36*	-0,31*	-0,39*	-0,37*	-0,14	-0,51*	-0,66*	-0,63*	-0,48*	0,06	-0,19	-0,21	
contacten	-0,47*	-0,24	-0,29*	-0,32*	-0,39*	-0,08	-0,33*	-0,38*	-0,61*	-0,35*	0,01	-0,30*	0,04	
<i>woon- en leefomstandigheden</i>														
woonomstandigheden	-0,42*	-0,53*	-0,58*	-0,65*	-0,69*	-0,44*	-0,56*	-0,43*	-0,45*	-0,53*	-0,45*	-0,45*	-0,35*	
relatie medewerkers	-0,37*	-0,41*	-0,47*	-0,46*	-0,51*	-0,29*	-0,60*	-0,37*	-0,54*	-0,46*	-0,12	-0,56*	-0,17	

* $p < 0,05$

trouwbaar en valide schaal lijkt voor het in kaart brengen van het welzijn van mensen met dementie in verpleeghuizen. De lengte van het instrument is op basis van de analyses teruggebracht, waardoor de schaal nog beter bruikbaar is in de praktijk.

Het patroon van zwakke en sterke relaties komt grotendeels overeen met de verwachtingen. Doorgaans waren de verwachte relaties ook de sterkste in de hele matrix. Er werden echter ook sterke relaties gevonden, waarvoor geen verwachting was gespecificeerd. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat er een verband is tussen de meeste subschalen van de Welzijnsmeter-dementie onderling. Er kunnen echter ook inhoudelijke redenen zijn voor de gevonden relaties: Stemming, zoals gemeten met de Welzijnsmeter-dementie heeft bijvoorbeeld een relatie met Iets om Handen Hebben en Sociale Relaties, zoals gemeten met de Qualidem. In dit geval zouden bezigheden en contacten kunnen bijdragen aan een betere stemming. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe goed de verschillende subschalen van elkaar te onderscheiden zijn. Gezien de grootte van de steekproef konden we niet de factorstructuur van het hele instrument analyseren en zijn we uitgegaan van de theoretische indeling in vier domeinen met bijbehorende subschalen.

Een opvallende bevinding is dat woonomstandigheden sterk met verschillende validatieschalen samenhangen. Wellicht dat de verzorgenden minder de nadruk op het wonen hebben gelegd bij het invullen van de observatieschaal maar meer op het gevoel van veiligheid en plezier dat aangesproken wordt in de items. Daarmee zou het meer het algemene welzijn weerspiegelen dan specifiek de woonomstandigheden. Dat zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden door de scores op de Welzijnsmeter-Dementie te relateren aan zelf gerapporteerd welzijn van mensen met dementie [11].

Een belangrijke doelstelling van het instrument is om de dementiezorg te verbeteren. Daartoe is het van belang het instrument ook in andere instellingen te onderzoeken, om na te gaan of de bevindingen generaliseerbaar zijn en of de scores discrimineren tussen verschillende afdelingen en locaties. Daarnaast is het van belang om de test-hertestbetrouwbaarheid en de gevoeligheid voor verandering vast te stellen om na te gaan of ook valide uitspraken gedaan kunnen worden over de veranderingen in het welzijn over tijd. Tot slot

is het ook van belang om de relatie tussen de aard van de dementie en het beloop van de ziekte met het welzijn te onderzoeken om na te gaan in hoeverre het mogelijk is ondanks de ziekte een goed welzijn te realiseren.

De Welzijnsmeter-dementie is daarbij ontworpen om praktisch bruikbaar te zijn in de zorg. Dit gebeurt ten eerste door de handelingsadviezen die gekoppeld zijn aan lage scores op items van het instrument. Door de focus op zowel ziektegerelateerde symptomen en problemen als positieve aspecten van het functioneren wordt de zorgverlener in staat gesteld om op de behoeftes van de persoon met dementie in te gaan en niet alleen aandacht te schenken aan negatieve aspecten van het functioneren. De praktijkervaring in twee zorginstellingen waar het instrument gebruikt wordt, leert dat zorgmedewerkers zich gesteund voelen door de handelingsadviezen, die sturing geven aan de benadering van de persoon met dementie. Daarnaast wordt de visuele weergave als prettig beschouwd, zowel als feedback op de gegeven zorg als in gesprekken met partners en familieleden over het welzijn en de zorg aan hun naaste met dementie. In de praktijk blijkt tot slot dat de uitkomsten van de metingen in de halfjaarlijkse Bewoners Zorg Overleggen veel informatie geven over de kwaliteit van leven van de betreffende bewoner. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre observaties van het welzijn door verschillende verzorgenden en betrokkenen met elkaar overeen komen en in hoeverre het gebruik van de Welzijnsmeter-Dementie als plezierig wordt ervaren en kan bijdragen aan verbetering van de dementiezorg. Gezien de ontwikkelingen in de zorg, is een belangrijke vraag hoe het instrument ook in de thuissituatie gebruikt kan worden om het welbevinden van mensen met dementie te monitoren.

Op basis van dit onderzoek kunnen we voorlopig concluderen dat met behulp van de Welzijnsmeter-dementie betrouwbare en valide uitspraken kunnen worden gedaan met betrekking tot het welzijn binnen de vier domeinen die koepelorganisatie ActiZ als cruciaal beschouwt voor kwaliteit van leven [21, 22].

Dankbetuiging. Graag bedanken we de studenten Felix Klein, Hendrik Müller en Moniek Olthof voor hun assistentie bij de onderbouwing van dit onderzoek.

Literatuur

1. Richters CMJ. Omgaan met gedragsproblemen van mensen met dementie. Oldenzaal: Schrijverij-Nederland; 2012.
2. Volksgezondheidszorg.info. Dementie 2015. Opgehaald van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie>. Geraadpleegd op 13 december 2016.
3. Koopmans RTCM, Steen T van der, Zuidema SU, Hobbelen JSM. De richtlijn Dementie versie 1.0. Opgehaald van <http://www.oncoline.nl/dementie>. Geraadpleegd op 13 december 2016.
4. Alzheimer Nederland & Vilans. Zorgstandaard dementie 2013. Opgehaald van <http://www.vilans>.

- [nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf](#). Geraadpleegd op 13 December 2016.
5. Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie, Tweede herziening. NHG-Standaarden 2009; 2009: 497–520. doi:10.1007/978-90-313-6614-9.
 6. Raad voor de Volksgezondheid. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid; 1998.
 7. Schoot T. Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scand J Car Sc.* 2005;19:169–76.
 8. Reynolds A. Patient-centered care. *Radiol Technol.* 2009;81:133–47.
 9. Droes RM. In beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Nijkerk: Intro; 1991.
 10. Brawley E. Designing for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments. New York: Wiley; 1997.
 11. Diesfeldt HFA. Indicatoren van emotioneel welbevinden in de psychogeriatrische praktijk. *T Gerontol Geriat.* 2015;46:137–51.
 12. Jonghe J de, Kat M, Kalisvaart C, Boelaarts L. Neuropsychiatric Inventory vragenlijstversie (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *T Gerontol Geriat.* 2003;34:74–7.
 13. Leontjevas R, Gerritsen DL, Vernooij-Dassen MJ, Smalbrugge M, Koopmans RM. Comparative validation of proxy-based Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale and Cornell Scale for Depression in dementia in nursing home residents with dementia. *Am J Geriatr Psychiat.* 2012;20:985–93.
 14. Jonghe JM de, Kat MG. Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(7):888–9.
 15. Bohlmeijer E, Bolier L, Westerhof GJ, Walburg J. Handboek positieve psychologie. Amsterdam: Boom; 2014.
 16. World Health Organisation. Promoting mental health: concepts, emerging, evidence, practice. Geneva: WHO; 2004.
 17. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:539.
 18. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev.* 2010;17:110–9.
 19. Bouman A, Ettema T, Wetzels R, Beek A van, Lange J de, Dröes R. Evaluation of qualidem: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings; scalability and reliability of subscales in four Dutch field surveys. *Intern J Geriatr Psychiat.* 2011;26:711–22.
 20. Diesfeldt HFA. Een Gedragsobservatieschaal Voor Particip Psychogeriatrische Dagbehandeling. *T Gerontol Geriat.* 2014;45:208–25.
 21. Poortvliet MC, Beek APA van, Boer ME de, Gerritsen DL, Wagner C. Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. Utrecht: NIVEL; 2006.
 22. Actiz, V&VN, L O C, N V V A, Sting, I G Z. et al. Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Utrecht: Actiz; 2007.
 23. Dijkstra A, Coleman M, Dassen TW, Romoren T, Välimäki M, Zanotti R. Zorgafhankelijkheid van verpleeghuispatiënten met dementie: Gemeten in Europees perspectief. *T Gerontol Geriat.* 2000;31(2000): 245–51.

Gevoel voor cijfers beschermt ouderen tegen financiële uitbuiting

H. F. A. Diesfeldt

Oorspronkelijke publicatie Wood SA, Liu, PJ, Hancock, Y, Estevez-Cores, S. Importance of numeracy as a risk factor for elder financial exploitation in a community sample. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2016;71:978–86.

Conclusie van het artikel

Een eenvoudige test met vragen over procenten en kansberekening onderscheidde ouderen die relatief vaak slachtoffer werden van financieel misbruik van leeftijdsgenoten wie dat niet of minder vaak overkwam.

Bespreking van de studie

Onderzoekers in Californië (VS) onderzochten bij tweehonderd zelfstandig thuiswonende ouderen (60–95 jaar; 70 % vrouw) in hoeverre zij risico liepen op financiële uitbuiting. Op een lijst met 79 items konden deelnemers te kennen geven welke vormen van financieel misbruik zij in het afgelopen jaar hadden meegemaakt. De lijst bevat voorbeelden van diefstal, oplichting, risicovolle omstandigheden, misbruik van vertrouwen, dwang en fraude met bankrekeningen of giropasjes. De onderzoekers brachten ervaringen met financieel misbruik in verband met individuele verschillen in opleiding, zelfstandigheid op het gebied van dagelijkse activiteiten (IADL), lichamelijke en geestelijke gezondheid, cognitieve tests van uitvoerende mentale controle (Trail Making Test, Stroop Kleur-woord Test) en, meer in het bijzonder, gevoel voor cijfers en getallen. Het laatste werd onderzocht met elf vragen die varieerden in moeilijkheidsgraad, van 21 % tot bijna 90 % goed beantwoord. Bijvoorbeeld: U doet mee aan een loterij. De kans om een nieuwe auto te winnen is één op duizend. Bij hoeveel procent van de loten is dat het geval? Of: Als mevrouw A de

komende tien jaar een kans van 1 op 100 heeft om ziek te worden, en mevrouw B twee keer zoveel, wat is dan de kans voor mevrouw B?

Resultaten

Twee van de drie deelnemers (68 %) gaven bij een of meer incidenten of risicofactoren uit de lijst aan dat zij die uit eigen ondervinding kenden. De kans op financiële uitbuiting nam af met de leeftijd. Het waren dus niet de oudste deelnemers die een verhoogd risico liepen. Mannen liepen meer risico dan vrouwen. Opvallend genoeg bood een hogere opleiding geen bescherming tegen financiële uitbuiting. Scores op tests van uitvoerende mentale controle zeiden evenmin iets over het risico op financiële uitbuiting. Verschillen in IADL-zelfstandigheid maakten de kans op misbruik niet groter of kleiner, maar een minder goede lichamelijke of geestelijke gezondheid verhoogde het risico weer wel. Onafhankelijk van verschillen in leeftijd, man of vrouw zijn, opleiding en gezondheid, maakte het voor het risico om slachtoffer te worden van financieel misbruik ook nog verschil welke score iemand behaalde op de cijfertest. Wie daarop meer vragen goed wist te beantwoorden, streepte minder items aan op de lijst van incidenten en risico's van financiële uitbuiting. Elke goed beantwoorde vraag op de cijfertest betekende een additionele vermindering van gemiddeld 0,03 punt op de vragenlijst naar financiële uitbuiting.

Commentaar

Het is niet zo eenvoudig te verklaren waarom de resultaten op een aantal vragen over kansberekening en percentages toegevoegde waarde hadden voor het voorspelde risico op financiële uitbuiting. De onderzoekers veronderstellen dat hun cijfertest iets te zeggen heeft over het vermogen van mensen om goed na te denken over geldzaken of kwesties die met beheer van geld en goederen te maken hebben. Een hoger cijferbewustzijn zou alarmbellen doen rinkelen bij frauduleuze voorstel-

H. F. A. Diesfeldt (✉)
Putten, Nederland
e-mail: h.diesfeldt@outlook.com

len of dubieuze acties van anderen. Voor psychologen die niet helemaal vervreemd zijn van de colleges kansrekening en statistiek die zij in hun eerste studiejaar moesten volgen, heeft het onderzoek praktische implicaties. Zeker bij de vraag hoe een autonome en wils-

bekwame besluitvorming over bijvoorbeeld financiële kwesties beschermd en ondersteund kan worden, kan de ouderenpsycholoog enig onderzoek naar iemands begrip van cijfers en getallen maar beter niet achterwege laten.

Signalementen

Woonsituatie en woonwensen van ouderen in Vlaanderen en België

Net als in de rest van de wereld wordt ook België geconfronteerd met een groeiend aantal gepensioneerden. Dit toenemend aantal ouderen zal een significante impact hebben op de woonsector en zal het huidige en toekomstige woonbeleid voor diverse uitdagingen plaatsen. Agogisch wetenschapper *An-sofie Smetcoren*, 28 jr, deed promotieonderzoek naar de woonsituatie van ouderen in Vlaanderen en Brussel en constateert dat er de laatste tien jaar groeiende aandacht is voor het concept 'ageing in place', dat gaat over de mogelijkheid om zo lang mogelijk in je eigen huis te wonen. Afgezien van het feit dat ouderen dit (vaak) zelf graag willen, zijn beleidsmakers en publiek op dezelfde golfengete gekomen en hebben gereageerd op dit verlangen. Door middel van vier empirische studies onderzoekt An-sofie Smetcoren een groot aantal vragen die naar voren komen bij het concept 'ageing in place'. De resultaten demonstreren de complexiteit van de beslissingen om te blijven zitten waar je zit of op zoek te gaan naar andere huisvesting, wanneer je op hogere leeftijd bent gekomen. Haar bevindingen ondersteunen de noodzaak om rekening te houden met zowel individuele als omgevingsfactoren gedurende dit beslissingsproces, in het bijzonder (hogere) leeftijd, socio-economische status, verwantschapsrelaties, gezondheid, eigen huis en woonomgeving. De dissertatie roept de vraag op of relocatie op hogere leeftijd of 'blijven zitten waar je zit' vrijwillig is: dat je in staat bent om te verhuizen of te blijven. Of onvrijwillig: dat je gedwongen bent om te verhuizen of te blijven waar je bent. Eigenlijk kunnen we zeggen dat sommige oudere mensen wél de middelen hebben om de keus te maken die zij prefereren, maar anderen niet.

Vaak wordt 'ageing in place' gepresenteerd als de standaard voor op een goede manier oud worden, maar dit promotieonderzoek bewijst de noodzaak van een ruimere benadering, waarbij 'ageing in place' wordt gezien als een mogelijke oplossing in plaats van dé oplossing.

Proefschrift *'I'm not leaving!?' Critical perspectives on 'ageing in place'*, Vrije Universiteit Brussel, 13 januari 2016, 165 p, ISBN 978 94 6197 466 2. Promotoren waren prof. dr. Dominique Verté en prof. dr. Tinie Kardol.

Active Ageing is ook van belang binnen intramurale instellingen

Active Ageing, een concept van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2002), heeft zich de laatste jaren tot een leidend concept ontwikkeld binnen

Europa. Het gaat om het versterken van de levenskwaliteit van oudere mensen door hun eigen competenties en bovenal hun participatie centraal te stellen. Dit concept en dit streven zijn gericht op alle ouderen, ook als zij kwetsbaar en afhankelijk zijn. Toch bleef de verkenning van en het onderzoek naar Active Ageing beperkt tot de meer actieve, thuiswonende ouderen. Binnen woonzorgcentra bleef dit concept onontgonnen gebied. Orthopedagoog/gerontoloog *Lien Van Malderen*, 31 jr, vertaalde het algemene Active Ageing concept van de WHO naar het woonzorgcentrum en ontwikkelde en implementeerde een multidimensioneel kader waar wzc's zich op kunnen richten om de levenskwaliteit van bewoners te optimaliseren. Er werd ook onderzocht hoe sterk reeds werd gewerkt vanuit een Active Ageing visie. In wetenschappelijk onderzoek bleek er slechts beperkt interventie-onderzoek te worden gedaan om de levenskwaliteit van bewoners te verhogen.

Voor haar veldonderzoek bevroeg Lien van Malderen 383 bewoners zonder dementie, woonachtig in 57 woonzorgcentra verspreid over Vlaanderen. Uit deze studie bleek dat Vlaamse wzc's al goed op weg waren naar een Active Ageing werkwijze, maar dat verdere inspanningen nodig waren.

Een laatste doel van het doctoraat betrof het implementeren van een Active Ageing strategie in het wzc. Als strategie werd Participatorisch Actie Onderzoek (PAR) gekozen. In PAR worden bewoners structureel betrokken in de organisatie van het wzc en dit dient te leiden tot kwaliteitsverbetering enerzijds en empowerment anderzijds. Na het implementeren van PAR werden de ervaringen en de effecten van PAR op bewoners nagegaan. De PAR activiteit werd algemeen positief onthaald (grotere tevredenheid, kritischere instelling, gevoel van zeggenschap en trots), maar de effecten op levenskwaliteit, ervaren participatie en autonomie bleken beperkt.

Verder Active Ageing onderzoek is gewenst, onder meer naar hoe dit te realiseren bij mensen met dementie. Ook verdere effectiviteitsstudies rond PAR zijn aangewezen.

Proefschrift *Active Ageing in the nursing home setting*, Vrije Universiteit Brussel, 13 juni 2016. Promotor was prof. dr. Ellen Gorus.

Goed toegeruste zorgmedewerkers zijn essentieel voor goede dementiezorg

Gelet op de uitdagingen waarvoor de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie momenteel staat, is het belangrijk inzicht te krijgen in de factoren die bijdragen aan een sterke beroepsgroep in deze sector. Terwijl de totale beroepsbevolking afneemt, neemt het aantal mensen met dementie toe. De werkdruk is hoog in deze

sector en er komt ook meer aandacht voor persoonsgerichte benadering van zorg en ondersteuning. Ouderpsycholoog/onderzoeker *Bernadette Willemse*, 33 jr, probeert in haar promotieonderzoek inzicht te krijgen hoe de organisatie van de zorg en de daarmee samenhangende kenmerken van de werkomgeving bijdragen aan het welbevinden van zorgmedewerkers en de kwaliteit van zorg. Het tweede deel van haar onderzoek richt zich op de persoonsgerichte benadering in relatie tot het welbevinden van zorgmedewerkers en mensen met dementie.

Op grond van haar onderzoek beveelt Bernadette Willems aan om de hiërarchische aard van de verpleeghuiszorg te beperken. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor medewerkers om hun eigen werk in te delen. Haar onderzoek laat zien dat medewerkers beter in staat zijn met werkdruk om te gaan als zij meer autonomie hebben. Investeer ook in leidinggevenden en/of coaches om uiteindelijk het welbevinden van zorgmedewerkers en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Leidinggevenden moeten hun werknemers meer ruimte geven maar hen tegelijkertijd ook steunen. Belangrijk is ook om te kijken of de organisatie van de zorg erg groot-schalig is en taakgericht of is de zorg al kleinschalig georganiseerd en volgt de organisatie de behoeftes van bewoners? Training en coaching van zorgmedewerkers gericht op een persoonsgerichte benadering van mensen met dementie is nodig. Er moet meer aandacht hiervoor komen in de opleidingen voor verzorgenden en verpleegkundigen.

Proefschrift *Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce. Impact on quality of care, staff and resident well-being*, Vrije Universiteit Amsterdam, 11 nov. 2016, 213 p, ISBN 978 90 5253 764 1. Promotores waren prof. dr. A.M. Pot en prof. dr. J. de Jonge.

Het oudere brein komt op een andere manier toch tot dezelfde prestatie

Met veroudering worden nieuwe uitdagingen aan het brein gesteld. Cognitieve vaardigheden zoals geheugen, informatieverwerking, aandacht en concentratie, gaan achteruit naarmate we ouder worden (al vanaf dertig jaar). Dit gaat gepaard met fysieke veranderingen in het brein, zoals een afname van het aantal zenuwcellen in de frontale en temporale hersenkwabben. Toch kunnen ouderen in de praktijk nog lang tot vergelijkbare cognitieve prestaties komen als jongeren. Uit eerder onderzoek (Reutel-Lorenz en Cappel, 2008) rees al het vermoeden dat mensen compensatoire hersenactiviteit kunnen inzetten bij moeilijke taken. Deze additionele activiteit zou bij ouderen voornamelijk vanuit de prefrontale regionen van het brein afkomstig zijn.

Neuropsycholoog *Rik van Dinteren*, 35 jr, ontdekt in zijn promotieonderzoek onder andere dat er bij veroudering een verschuiving plaatsvindt in de hersenstruc-

turen die worden ingezet om een cognitieve taak uit te voeren. Oudere mensen blijken meer hersenactiviteit te hebben vanuit de precentrale hersenwinding en de parahippocampale hersenwinding dan jonge mensen en deze laatste structuur is een belangrijk schakelstation in het verwerken van informatie. Veranderingen in de werking van dit schakelstation kunnen leiden tot een andere manier van informatieverwerking in het brein.

Eindconclusie van het gehele promotieonderzoek is dat oudere mensen hun beschikbare cognitieve capaciteit op een andere manier inzetten dan jonge mensen wanneer ze eenzelfde cognitieve taak moeten uitvoeren. Op deze manier behalen ze een gedragsmatige prestatie die vergelijkbaar is met die van jonge mensen. Het brein van ouderen compenseert op deze wijze voor de effecten van veroudering en behaalt toch het gewenste gedragsmatige eindresultaat. Er zijn echter wel grenzen aan deze compensatietechniek. Als cognitieve taken te complex worden, bereiken ouderen hun capaciteitslimiet eerder dan jongeren. In het dagelijks leven zal dit echter niet vaak voorkomen en is frontale compensatie een effectieve strategie.

Proefschrift *Finding a new balance: Change in cortical activations during the lifespan*, Radboud Universiteit Nijmegen, 19 okt. 2016, ISBN 978 94 6284 071 3. Promotor was prof. dr. R.P.C. Kessels.

Onduidelijkheid bij de lange pre-dementie fase verhindert vroeg ingrijpen

Toekomstige interventies tegen de ziekte van Alzheimer (AD) hebben de grootste kans van slagen in een zeer vroeg stadium van de ziekte. Om vroegtijdige opsporing te bevorderen onderzocht neuropsycholoog *Willemijn Jansen*, 28 jr, de relatie tussen risico- en beschermende factoren voor AD, neuropathologie en cognitie in de pre-dementie fase van AD. In haar promotieonderzoek bepaalde ze eerst de prevalentie van AD pathologie tijdens het leven en vervolgens de relatie tussen AD pathologie en cognitief functioneren. Vervolgens werd het cognitief traject voorafgaand aan een AD-type dementiediagnose onderzocht en de diagnostische waarde van het neuropsychologisch onderzoek.

Haar bevindingen suggereren dat er een interval van 20 tot 30 jaar bestaat tussen de ontwikkeling van amyloïde positiviteit en het begin van dementie. Amyloïde deposities in het brein zijn per definitie pathologisch.

Onderzoek naar de relatie tussen hersenpathologie en cognitie suggereert een interval van 15 jaar tussen het begin van amyloïde positiviteit en het ontwikkelen van geheugenstoornissen en vervolgens een interval van 15 jaar tot het begin van AD-type dementie.

Diverse neuropathologieën en hun relatie met het traject van cognitieve achteruitgang op verschillende leeftijden werden onderzocht. De nadelige invloed van

onder andere tau tangles en macroinfarcten bleek in verband te staan met het non-lineaire traject van cognitieve achteruitgang en deze neuropathologische mechanismen gelden waarschijnlijk zowel voor jongere als voor de oudste ouderen.

In de stellingen bij haar proefschrift noemt Wille-mijn Jansen de diagnostische meerwaarde van het neuropsychologisch onderzoek ten opzichte van de klinische evaluatie beperkt bij verdenking op dementie.

In het algemeen dragen de studies in deze dissertatie bij aan de karakterisering en identificatie van personen met een verhoogd risico op AD-type dementie en daarom ook aan ons begrip van het pad van AD.

Proefschrift *The path of Alzheimer's disease. From neuropathology to clinic*, Universiteit Maastricht, 25 nov. 2016, 232 p, ISBN 978 94 6299 477 5. Promotor was prof. dr. F.R.J. Verhey.

Als het koppie het maar doet: de interactie tussen cognitief en fysiek functioneren

Zelfredzaamheid van ouderen en daarmee ook de kwaliteit van leven wordt in belangrijke mate bepaald door zowel het cognitief als fysiek functioneren. Bij veroudering gaan beide geleidelijk achteruit. Technisch geneeskundige Marjon Stijntjes, 30 jr, onderzocht welke rol het cognitief en fysiek functioneren spelen in familiale langlevendheid en wat de interactie tussen beide is. Is er een gezamenlijke onderliggende oorzaak voor de achteruitgang of heeft verminderd cognitief functioneren een verminderd fysiek functioneren tot gevolg, of andersom? Bij haar onderzoek maakte Marjon Stijntjes gebruik van bewegingssensoren, reeds bekend van bijvoorbeeld de vroege detectie van de ziekte van Parkinson, om meer inzicht te krijgen in de leeftijdsgerelateerde veranderingen van het fysiek functioneren.

Haar onderzoek laat zien dat met name het cognitief functioneren een marker is voor familiale langlevendheid. Reeds vanaf middelbare leeftijd worden verscheidene extra hersengebieden geactiveerd gedurende het uitvoeren van fysieke taken. De leeftijdsrange van 75 tot 85 jaar lijkt een periode waarin meer ruimte is voor invloed van het fysiek functioneren op het cognitief functioneren, terwijl vanaf 85 jaar de invloed van het cognitief functioneren weer belangrijker lijkt te worden. Dit is onder meer zichtbaar door de verschillende cognitieve domeinen waarvoor een relatie in de tijd met het fysiek functioneren werden gevonden, in tegenstelling tot de bevindingen voor slechts één cognitief domein in jongere leeftijdsgroepen. Bovendien werden de interacties vanaf 85-jarige leeftijd gevonden voor zowel laag als hoog complexe taken – handknijpkracht en de 6-meter loopsnelheid, respectievelijk – terwijl in de leeftijdsrange van 55 tot 85 jaar dit verband alleen voor de hoog complexe taak werd gevonden. Het consistent aanwezig zijn van de interacties tussen verschillende cognitieve en fysieke domeinen vanaf de leeftijd

van 75 jaar zou erop kunnen wijzen dat het cognitief en fysiek functioneren twee belangrijke compenserende mechanismen voor elkaar zijn. Hieraan zou de verslechtering van onderliggende systemen zoals het centraal en perifeer zenuwstelsel, het musculoskeletaal systeem en het cardiovasculair systeem – die op hogere leeftijd meer zullen zijn aangetast – ten grondslag kunnen liggen.

Proefschrift *Interactions of cognitive and physical ageing*, Universiteit Leiden, 12 okt. 2016, 137 p, ISBN 978 94 6332 049 8. Promotores waren prof. dr. P.E. Slagboom en prof. dr. A.B. Maier.

Nieuwe aangrijpingspunten voor alzheimer-medicijnen

Alhoewel er verschillende klinische onderzoeken gaande zijn die het effect van nieuwe medicijnen op de ziekte van Alzheimer testen, zijn de resultaten tot op heden nogal teleurstellend. Het is daarom belangrijk nieuwe aangrijpingspunten voor medicijnen te vinden waarvan is aangetoond dat ze niet alleen in muizen maar ook in mensen bij de ziekte zijn betrokken. Dat is helaas voor de medicijnen die momenteel getest worden niet altijd het geval. In het promotieonderzoek van biotechnoloog Andrea Rosenberger, 31 jr, wordt een rol voor verschillende (zowel bekende als nieuwe) eiwitkinasen in een vroeg stadium van de ziekte aangetoond, dus voordat er symptomen van Alzheimer zijn.

Eiwitkinasen zijn enzymen die ervoor zorgen dat andere eiwitten geactiveerd of geïnactiveerd worden doordat ze een fosfaatgroep covalent aan het eiwit koppelen. Eiwitkinasen zijn ook betrokken bij het AD ziekteproces. Zo is bekend dat een verhoging van de activiteit van een bepaald eiwitkinase leidt tot een bovenmatige fosforylering van het tau eiwit dat daardoor kluwens vormt die toxisch zijn voor de cel. Ook het amyloïd eiwit kan door eiwitkinasen worden gefosforyleerd waardoor in het hersenvocht onoplosbare amyloïd aggregaten worden gevormd, die stress in de hersenen veroorzaken. Over de eiwitkinasen die bij deze processen betrokken zijn en over hun specifieke rol bij de ziekte van Alzheimer is nog weinig bekend.

Andrea Rosenberger laat zien dat EphA4 eiwitkinase en CK2 eiwitkinase een essentiële rol hebben bij AD in de mens, door gebruik te maken van humane hersencellen en hersenweefsel afkomstig van mensen. Haar onderzoek, beschreven in haar proefschrift, laat zien dat eiwitkinase activiteit metingen in post mortem humaan hersenweefsel een veelbelovende benadering is voor het vinden van nieuwe kinasen en tevens voor het testen van (nieuwe) kinaseremmers.

Proefschrift *The role of protein kinases in Alzheimer's disease*, Vrije Universiteit Amsterdam, 18 nov. 2016, 223 p, ISBN 978 94 9160 270 2. Promotores waren prof. dr. S.M. van der Vies en prof. dr. Ph. Scheltens.

Shocktherapie zeer effectief bij oudere patiënten met psychotische depressie

Ongeveer 5 tot 10 % van de ouderen boven de zestig jaar heeft een of meer depressieve periodes met ernstige consequenties voor het functioneren en de kwaliteit van leven. Electroconvulsietherapie (ECT) is een belangrijke behandeling bij patiënten die resistent zijn voor antidepressiva of als een snel effect levensreddend is. Een ernstige depressie bij ouderen kan psychotische (met wanen over schuld of falen, ziekte, nihilisme of het verdienen van straf) of melancholische kenmerken hebben, zoals het niet meer kunnen ervaren van vreugde, ernstige somberheid, verlies van eetlust en gewichtsverlies, agitatie of retardatie. Dit beschrijft ouderenpsychiater *Mardien Oudega*, 40 jr, in haar promotieonderzoek bij de Valerius Kliniek in Amsterdam.

Veranderingen in de grijze en/of witte stof zijn mogelijk betrokken bij het ziekteproces van depressie op latere leeftijd. Deze veranderingen kunnen worden veroorzaakt door een verminderde doorbloeding van de hersenen, neurodegeneratie of neuroinflammatie van de hersenen en mogelijk beïnvloeden deze veranderingen ook het effect van de ECT-behandeling. Bij patiënten die werden aangemeld voor ECT werd voor de start van de behandeling een MRI-scan van de hersenen gemaakt om de hersenen in beeld te brengen. In haar onderzoek onderzocht Oudega de relatie tussen kenmerken van de hersenen, ECT-respons en bijwer-

kingen. De uitkomsten zijn van belang om beter te kunnen voorspellen welke patiënten goed gaan reageren op ECT.

De belangrijkste conclusies uit haar proefschrift zijn dat matige tot ernstige hippocampus atrofie geassocieerd is met slechtere ECT-respons, maar niet met tijdelijke geheugenklachten na ECT. Dat matige tot ernstige witte stof schade is geassocieerd met tijdelijke geheugenklachten gedurende ECT-behandeling, maar niet daarna. Dat ernstige witte stof schade, gemeten vóór ECT, een kortere levensduur na 7 tot 12 jaar voorspelt.

Speciaal voor psychotische depressies geldt: dat ECT-behandeling bij deze patiënten zeer effectief is: slagingspercentage 70%! Dat matige tot ernstige hippocampus atrofie hier niet is geassocieerd met een slechtere ECT-respons, maar dat er meer behandelingen nodig zijn. Dat een psychotische depressie zich kenmerkt in de hersenen door een kleiner volume en minder activiteit van de hersengebieden betrokken bij de uitvoerende (executieve) functies. Ook blijkt dat de psychotische depressie op latere leeftijd geassocieerd is met minder cognitieve problemen, na 7 tot 12 jaar follow-up.

Proefschrift *Late life depression, brain characteristics and response to ECT*, Vrije Universiteit Amsterdam, 21 okt. 2016, 157 p, ISBN 978 94 6295 396 3. Promotores waren prof. dr. M.L. Stek en prof. dr. O.A. van den Heuvel.

Abstracts 40e Wintermeeting Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie 2017

1. The evaluation of a 1-year cognitive rehabilitation program for persons with dementia and their caregivers (a retrospective study)

Greet Aerts, Patricia De Vriendt, Ellen Gorus, Elise Cornelis, Karen De Roover, Jan Versijpt, Nathalie Van De Walle, Inge Beyer

Purpose The purpose of this research was to evaluate the effect of a one-year multicomponent cognitive rehabilitation program that is offered to persons with dementia (PwD) and their caregivers.

Methodology Test-results collected from the PwD and their caregivers in the beginning and the end of the program were compared. Cognition (Mini Mental State Examination), behavioral problems (Neuropsychiatric Inventory, Severity Items), functionality (Lawton Scale) and quality of life (Quality Of Life, Alzheimer's Disease) of the PwD and burden (Zarit Burden Interview) and stress (Neuropsychiatric Inventory, Distress Items) perceived by the caregiver were measured.

Results A total of 74 participants were included and 25 dropped out. There were no significant differences at baseline between the group that completed the program and the drop-outs. For the PwD who completed the program a significant decline was found for cognition ($p = 0.01$) and there was an increase of behavioral problems ($p = 0.038$), but not for functionality ($p = 0.847$). Despite this, burden ($p = 0.883$) and stress ($p = 0.20$) did not rise significantly for the caregiver in the course of 1 year. When looking at the participants individually, Pwds 21, 20 and 23 improved for functionality, behavioral problems and quality of life, and 21 and 25 caregivers reported lower distress and burden.

Conclusion The multi-component program appears to be beneficial for the PwD and the caregiver as maintenance of independence (functionality) of the PwD was achieved and an increase of caregiver burden and stress was prevented. This is highly important since high stress and caregiver's burden are key predictors for institutionalization of PwD.

2. Relationships between physical fatigue and fatigue perception in older adults undergoing elective abdominal surgery

Mohammad Alturki, Ingo Beyer, Christian Simoens, Ivan Bautmans

Purpose Older adults show an increased susceptibility and higher risks for muscle fatigue and weakness after elective abdominal surgery; which can exacerbate sarcopenia and frailty. Here we aimed to investigate the relationship between muscle endurance and subjective fatigue perception 1 day preoperatively in 30 elective abdominal surgery patients aged 62–86 years.

Methodology Each patient was assessed 1 day before the surgical intervention including: maximum hand-grip strength (GS), muscle fatigue resistance (FR, time for GS to drop to 50% of its maximum during sustained contraction) and grip work (GW, integrating GS and FR), fatigue subscales of the Profile of Mood State (POMS) and visual analogue scale (VAS) for pain and fatigue.

Results A total of 30 patients (female = 10, male = 20) were recruited. FR and GW negatively correlated ($p < 0.05$) with fatigue subscales of the POMS ($r = -0.547$ and $r = -0.592$, all $p < 0.05$). Moreover, a positive correlation has been found between POMS fatigue and VAS for fatigue ($r = 0.369$, $p < 0.05$), as well as with VAS for pain ($r = 0.405$, $p < 0.05$).

Conclusion Overall, we have noted that lower muscle endurance was significantly related to higher self-perceived fatigue in older elective surgery patients. Prospective studies should confirm whether preoperative fatigue is predictive for postoperative recovery.

3. Is peripheral muscle fatigue in hospitalised geriatric patients associated with circulating markers of inflammation?

Pauline Arnold, Rose Njemini, Stijn Vantieghem, Jacques Duchateau, Tony Mets

Geriatric patients with acute infection show increased muscle weakness and fatigability but the relative contribution of central and peripheral factors is unclear. Hospitalised patients with acute infections (mean age 82 ± 6 years, $N = 10$) and community-

dwelling controls (76 ± 6 years, $N = 19$) sustained a maximum voluntary isometric contraction of the adductor pollicis muscle until strength dropped to 50% of its maximum value. Voluntary muscle activation (VA) was assessed before and at the end of the fatigue protocol using twitch interpolation method and muscle activity was monitored using surface electromyography. Twenty-five circulating inflammatory biomarkers were determined. At pre-fatigue, no significant difference in VA was found between groups. VA decreased to similar levels (~50%) at the end of the fatigue protocol with no association with inflammatory biomarkers. In geriatric patients, muscle activity significantly decreased ($p < 0.05$) during the fatigue protocol, whereas it increased in the controls (time * group interaction $p < 0.05$). The decrease in muscle activity was significantly related to higher levels of inflammation. Although slower muscle contraction and relaxation were significantly related to higher levels of inflammation, no statistical differences were found between groups. Our results confirm that ongoing inflammation significantly alters muscle performance and supports the hypothesis that local processes affecting muscle activity, muscle excitability and contractility are involved.

4. The effect of exercise on physical activity in older adults: a systematic review with meta-analysis

Nikki Rommers, Manuel Gonzalez Sánchez, Veerle Baert, David Beckwée

Purpose Physical inactivity is the fourth leading cause of death worldwide. Exercise programmes, defined as structured physical activity (PA), are primarily presented to counter negative health outcomes in specific diseases; however, they are less frequently investigated than interventions to increase PA as such in healthy older adults. In this systematic review, we present a meta-analysis regarding the effect of exercise programmes on the level of PA in healthy older adults. Where meta-analysis was not possible, a best-evidence synthesis was presented.

Methodology Three databases were systematically searched using keywords corresponding to the PICO design. Randomised controlled trials (RCT) were included if evaluating the effect of exercise interventions on the level of PA in healthy older adults (age 65+ years).

Results Eight studies (2816 subjects) were included, investigating five non-supervised and five supervised exercise programmes with heterogeneous exercise modalities and outcome measures. Post intervention, best-evidence synthesis showed that none of the programmes significantly improved PA. At follow-up, meta-analysis demonstrated no effect of exercise on PA (standardised mean difference 0.05; 95% confidence

interval $-0.08, 0.18, I^2 = 0\%$). Sensitivity analyses revealed that these results were robust for risk of bias and supervision.

Conclusion More large RCTs are needed to confirm these results and to investigate the effect of modalities and supervision.

5. Improving comfort around dying in older people: results from a cluster randomized controlled trial

Kim Beernaert, Tinne Smets, Joachim Cohen, Rebecca Verhofstede, Massimo Costantini, Kim Eecloo, Nele Van Den Noortgate, Luc Deliens

Purpose Over 50% of older people die in acute hospital settings where the quality of dying is often suboptimal. The aim of this study was to assess the effectiveness of the Care Programme for the Last Days of Life (CAREFuL) in improving the comfort and quality of care in the dying phase in older people. CAREFuL involved a Care Guide for the Last Days of Life, training, supportive documentation and an implementation guide. *Methodology* We conducted a cluster randomised controlled trial (RCT) in acute geriatric wards in ten hospitals in Flanders, Belgium between October 2012 and March 2015. The primary outcome was comfort around dying measured with the CAD-EOLD by nurses.

Results Nurses completed post-intervention assessments for 132 (81%) out of 164 of those in the intervention group and 109 (92%) in the control group. Implementation of the CAREFuL programme significantly improved comfort (CAD-EOLD) compared with the control (cluster-adjusted mean difference 4.3 [95% CI 2.07–6.53]; $p < 0.001$, Cohen's d 0.78).

Conclusion This is the first sufficiently powered RCT study to measure the effectiveness of an end-of-life care programme. As compared with usual care the CAREFuL programme resulted in a significant improvement in comfort around dying in the last days of life. Although a continuous monitoring of the programme is warranted, the results suggest that implementation of the programme might improve care during the last days of life for patients in acute geriatric hospital wards.

6. Invisible reality: caring for older Moroccan migrants with dementia in Flanders

Saloua Berdai-Chaouni, Liesbeth De Donder

Purpose Moroccan elders reaching the age of high risk for dementia is increasing in Belgium. Yet no study has been performed to explore how Moroccan families faced with dementia experience and manage this condition.

Methodology This qualitative study, a combination of interviews and focus group, included 12 informal and 13 formal caregivers to answer this question.

Results Findings indicate that the experience of dementia has different invisible realities challenging the involved informal and formal caregivers. Besides the invisibility of dementia as a condition and the subtleties of the informal care execution there is a mutual invisibility of care options used by the both categories of caregivers. In addition, culture, migration and religion are overlooked influencers of the whole dementia experience.

Conclusion A better understanding of this hidden reality of migrant elders with dementia and their caregivers could lead to interventions to provide effective and tailored person-centered care sensitive to one's life experiences, culture and religious background.

7. Ervaringen van ouderen die deelnemen aan het Vlaamse Zorg Proeftuinen programma

Charlotte Brys, Patricia De Vriendt, Ellen Gorus

Doel In 2013 werd het Vlaamse Zorg Proeftuinen (ZPT) programma gelanceerd met als doel nieuwe zorg-, hulpprocessen en -producten in de ouderenzorg te faciliteren, gericht op langer zelfstandig thuis wonen. Zes ZPT-platformen werden hiervoor opgericht, ter ondersteuning van oorspronkelijk 23 innovatieprojecten. De platformen bouwden een testpanel op met ouderen, mantelzorgers en professionals. Deze worden actief betrokken binnen de innovatietrajecten om innovaties zo optimaal mogelijk af te stemmen op de echte noden en behoeften van de eindgebruikers.

Methodologie Een heterogene mix van ouderen over de platformen heen ($N = 25$), gebaseerd op bio-psycho-sociale kwetsbaarheidskenmerken volgens de Tilburg Frailty Indicator, werd aan de hand van een semi-gestructureerd interview bevestigd. Hierbij werd gepeild naar de invloeden van deelname aan het ZPT-platform op het eigen leven.

Resultaten Ouderen rapporteerden (nog) geen/weinig tot beduidend veel effect op het eigen leven. Aangehaalde invloeden zijn

1. bevordering van sociaal contact,
2. geïnformeerd worden over de mogelijkheden om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen,
3. bewustwording van datgene wat met ouder worden het pad kan kruisen en de oplossingen die hiervoor ontwikkeld worden,
4. het zich nuttig voelen door deel te nemen aan betekenisvolle activiteiten en
5. zich gesteund voelen door anderen bij het ouder worden.

Conclusie Het betrekken van ouderen binnen het ZPT-programma levert naast interessante informatie voor

ontwikkelaars van innovaties, ook positieve effecten op voor ouderen. Deze win-win situatie pleit ervoor om, ook buiten het ZPT-programma, ouderen (blijvend) actief te betrekken als volwaardige innovatiepartner, rekening houdend met de mogelijkheden en verwachtingen van de oudere zelf.

8. Association between senescent surface markers and pre-frailty in older subjects

Cao Dinh H, Bautmans I, Beyer I, Mets T, Njemini R

Purpose Frailty is highly prevalent in old age and confers high risk for falls, disability, hospitalization, and mortality. Although the exact cause of frailty is still to be elucidated, immunosenescence has been implicated in the pathophysiology of the syndrome. Therefore, we investigated the relationship between senescence surface markers and the risk of frailty in community-dwelling older subjects.

Methodology A total of 175 apparently healthy older individuals (82 females and 93 males, 79.9–98.5 years) who presented no active pathology were enrolled in this study. Pre-frailty was defined by using the Fried et al. criteria. The surface markers of senescence were determined by using flow cytometry.

Results The overall prevalence of pre-frailty was 94 out of 175 (53.7%). Pre-frail subjects were significantly older than robust individuals ($p < 0.001$) and the prevalence of pre-frailty was greater in men than women ($p = 0.003$). Pre-frailty was associated with increased CD8-/CD8+ ratio ($p = 0.026$, unadjusted and $p = 0.034$, adjusted for age and sex). There were no significant differences in the expression of senescence surface markers in pre-frail compared to robust when men and women were treated separately. Although the percentage of CD8+CD28-CD57+ positively correlated with age ($r = 0.214$, $p = 0.004$), age did not affect the relationship between senescence marker expression and the risk of pre-frailty.

Conclusion Our results portray that pre-frailty depends on sex and age. Also, in accordance with another study on the oldest old in Belgium – the BELFRAIL Study – high CD8-/CD8+ ratios were associated with pre-frailty. Further investigation is necessary to shed more light onto this observation.

9. Including migrant elderly with dementia and family carers in longitudinal research exploring literature and good practices

Ann Claeys, Saloua Berdai, Bart Claes, Liesbeth de Donder

Purpose Including elderly with dementia and with a migration background within a longitudinal research component calls for a careful preparation in order to

succeed. We have to gather insights into the do's and don'ts for the recruitment and retention of these elderly and their family caregivers.

Methodology The methodology has built upon a review of the existing literature, followed by semi-structured interviews with ten acknowledged experts, who have experience in the inclusion of vulnerable groups.

Results When including vulnerable elderly in scientific research, the researcher has to invest in the relationship with the target groups. Key figures can introduce the researcher into the network so that the researcher can build trust. This process is time intensive, requires the contact with key figures and transparent communication techniques. This approach asks for qualitative research methods, which take into account a possible drop-out. Several studies have therefore invested in a proactive outreaching way of recruitment and retention for these elderly and their family carers by building trust. 'Ethnic matching', by recruiting bicultural, bilingual researchers is another good practice.

Conclusion Both the literature and experts underline the need for a considered approach, when involving elderly with dementia and a migration background and their family carers. Traditional research methods are inadequate to include this population in the research field. There is a need for specific and customized designs, instead of 'one-size-fits-all'. The approach requires that we take into account a number of specific elements but at the same time are flexible and are open for the input of those involved.

10. How do health care professionals support decisions in everyday activities for persons with dementia? An explorative qualitative study

Elise Cornelis, Ruben Vanbosseghem, Valerie Desmet, Dominique Van de Velde, Patricia De Vriendt

Purpose Making decisions about daily life determines a person's well-being and quality of life, also for persons with dementia (PwD). Although decision-making ability gradually declines in dementia, it is not justified to think that PwD are incapable of making decisions. This study aimed to explore how PwD take decisions in everyday activities and how this is supported by health care professionals (HCP).

Methodology Eight focus groups were conducted with 64 HCP working in nursing homes and community care facilities. Data were coded open-minded and clustered in categories by using a constant comparative method. Categories were checked in literature and discussed by peer debriefing.

Results As described in literature, we distinguished "autonomous decisions", "shared decisions", "delegated decisions" and "pseudo-autonomous decisions" (HCP assumed to know the preferences of the PwD and made decisions on this without consulting the person). Addi-

tionally, this study identified "supported autonomous decisions" or "interpreted decisions". In some cases, PwD were not involved in decisions at all; however, HCP supported decision making in various ways by assisting comprehension, stating options in a clear manner or consulting family and informal caregivers. Nevertheless, offering support is often experienced as difficult and not always possible because of lack of time and dementia-related factors.

Conclusion Despite many efforts, not all decisions of a PwD are taken autonomously or shared. HCP need to be aware of "pseudo-autonomous decisions" or decisions made without involving PwD. Making HCP aware of the different ways to support decisions may be helpful to improve communication with PwD about everyday activities.

11. Co-management of hip fractures in the elderly: a third retrospective analysis of patients on an orthogeriatric ward

Nele Czech, Joris Meeuwissen, Hugo Daniëls, Steven Callens

Purpose Hip fractures increase the risk of death and major morbidity in the elderly. In this third retrospective study we evaluated characteristics of our geriatric population with hip fractures concerning their comorbidity and outcome.

Methodology Patients with hip fractures admitted to our orthogeriatric ward, between August 2009 and July 2016, were analysed. Descriptive analyses were used.

Results A total of 834 patients with a fall-related fracture with a mean age of 84.2 years were admitted to our orthogeriatric ward. A total of 535 patients were hospitalized because of a hip fracture, 251 patients were treated with Open Reduction and Internal Fixation (ORIF, 47%) and 284 patients were treated with total hip replacement (arthroplasty, 53%). In the case of ORIF there was a mean length of stay of 42.9 days. In the case of arthroplasty there was a mean length of stay of 36.7 days. Most frequent in-hospital complications after ORIF were delirium (20.8%), anemia without need for transfusion (17.9%), anemia with need for transfusion (15.7%), infections (15.4%) and electrolyte disorders (11.7%). Most frequent in-hospital complications after arthroplasty were anemia without need for transfusion (21.8%), delirium (20.3%), infections (14.9%), anemia with need for transfusion (12.8%) and electrolyte disorders (11.5%). Of the patients 44 died in hospital (8.2%), 28 patients died after ORIF (11.2%) and 15 patients died after arthroplasty (5.3%).

Conclusion ORIF is often associated with an increased length of stay (42.9 days vs. 36.7 days, +6.2 days or +16.9%), a higher number of complications (759 vs. 478, +58.8%), and an increased in-hospital mortality (11.2% vs. 5.3%, +5.9%).

12. Exploring innovative home care interventions for frail older people: a comparative effectiveness study in Belgium

Johanna de Almeida Mello, Anja Leclerc, Sophie Cès, Thérèse Van Durme, Chantal Van Audenhove, Jean Macq

Purpose To examine the effects of home care interventions for frail older people in delaying permanent institutionalization during the first 6 months of follow-up.

Methodology This is a longitudinal quasi-experimental research study performed in Belgium in the period 2010–2014. The interRAI Home Care (HC) was completed at baseline and every 6 months. Data from a national database were used to establish a comparison group. The population of the study and the comparison group was stratified according to impairment levels. Subsequently, the relative risks of institutionalization and death were calculated by means of Poisson regression for each type of intervention.

Results A total of 1999 older people had mild impairment and 2608 older people had moderate to severe impairment. Interventions providing only occupational therapy and interventions providing case management with rehabilitation services were effective in both subpopulations. Other interventions were effective but not for both levels of impairment.

Conclusion This information can help policy makers to better plan interventions in order to avoid early institutionalization of frail older people.

13. De Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) als prognostische tool op de acute G-dienst

Reine De Bock, Ruth Piers, Nele Van Den Noortgate

Doel Om de tijdige identificatie van palliatieve patiënten te verbeteren, werd de Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) ontwikkeld. Deze tool combineert een aantal klinische parameters met ziektespecifieke parameters. De SPICT werd nog niet gevalideerd in een oudere populatie.

Methodologie Retrospectieve studie waarbij demografische, klinische en ziektespecifieke gegevens evenals de éénjaarsoverleving van 435 patiënten, opgenomen op de acute G-dienst van het UZ Gent tussen 1 januari en 30 juni 2014, werden verzameld. De validiteit van de SPICT voor de éénjaarsoverleving werd berekend aan de hand van een ROC-curve.

Resultaten 54.7% van de patiënten heeft een positieve SPICT. De éénjaarsoverleving bedraagt 51.3% vergeleken met 88.5% bij SPICT-negatieve patiënten ($P < 0.001$). Patiënten die positief scoren op SPICT zijn ouder ($P = 0.033$), frequenter van het mannelijk geslacht ($P = 0.028$), hebben meer comorbiditeiten ($P =$

0.015) en beschikken vaker over een DNR-code ($P < 0.001$). De AUC voor de klinische en ziektespecifieke parameters bedraagt respectievelijk 0.758 en 0.748. De beste accuraatheid wordt bekomen met een combinatie van 2 positieve klinische en 1 positieve ziektespecifieke parameter(s) die de éénjaarsoverleving met een sensitiviteit van 0.841 en een specificiteit van 0.579 voorspelt.

Conclusie Met cut-off waarden 2 + 1 blijkt SPICT een waardevolle tool voor de identificatie van patiënten die binnen het jaar zullen overlijden. SPICT kan aldus aangewend worden als hulpmiddel voor de opstart van vroegtijdige zorgplanning.

14. Cognitive decline is related to a physical ageing of 10 calendar years

Anne-Marie De Cock, Stany Perkisas, Veronique Verhoeven, Maurits Vandewoude

Background Studying normal physical status in older people may enable differentiation between normal age groups and evolving geriatric syndromes. We investigated the concurrence of cognitive decline and physical regression in older community dwelling persons.

Methodology Cross-sectional analysis was performed on the retrospective Mechelen Memory Clinic registry using demographics, disability scores, physical evaluation, body composition and gait parameters at usual pace. Parameters were studied in different cognitive stages as cognitively healthy (CHI), mild cognitive impairment (MCI), mild and moderate dementia. Participants were grouped in two age decades (70–80 years old and older than 80 years). Univariate one-way Anova and cumulative distributions between groups were computed.

Results Disability and Rockwood's frailty index worsened in parallel with cognitive decline. Concurrence between cognitive stage and standard body composition variables was inconsistent. Skeletal muscle mass index (SMI) and free fat mass, however, decreased when dementia worsened in the age split and matched groups. Gait speed in CHI decreased per age decade (70–80 years old 89.5% > 0.8 m/s and over 80 years old 64% > 0.8 m/s). This indicated that the currently used general normal gait speed limit does not seem suitable for every age group. In this study, we stipulated the normal gait speed limit for octogenarians at 0.7 m/s. Comparing gait speed, step length, swing time variability, timed chair stands test and SMI in CHI, MCI and mild demented persons 70–80 years old with over 80 years old CHI revealed that once dementia settled in the variables overlapped ($p = 0.95$).

Conclusion We suggest that the normal gait speed cut-off values should be recalibrated according to age. Dementia abates the physical status and causes a physical ageing of 10 calendar years.

15. Development of a care model for transmural and multifactorial patient-centered falls prevention to improve compliance by community-dwelling elderly

Van Cleynenbreugel E, De Coninck L, Spildooren J, Gielen E, Vander Weyden L, Stas M, Flamaing J, Milisen K

Background Although multifactorial intervention studies demonstrate reduction in falls, this is not always guaranteed due to low therapy compliance by older persons at risk of falls.

Purpose We aimed to develop a transmural and multifactorial patient-centered care model for older persons attending a falls clinic.

Methodology Development of the care model. First, a literature review has been conducted focusing on clinical and organizational aspects of falls clinics and compliance. Second, a qualitative study on clinical and organizational aspects was organized with clinicians of the falls clinic and referring primary care professionals. Third, a prospective observational study was conducted to measure patient characteristics and flow in the falls clinic. Based on these steps, a care model was developed and adapted after discussion with all health care professionals involved, which was pilot tested during 4 weeks.

Results The key components of the final care model are:

1. an information brochure about the falls clinic and a self-administered questionnaire about the patients falls history that is sent to each patient before consultation,
2. a multidisciplinary and multifactorial falls assessment,
3. discussion of the assessment results within the multidisciplinary team,
4. patient involvement in prioritizing the multifactorial recommendations,
5. an electronic communication platform that supports transmural data transfer,
6. a case manager enhancing patient compliance by follow-up visits, phone calls and coordination of care,
7. a fall-related educational program for primary care professionals.

Conclusion This process yielded a care model that has been implemented and is being tested in a controlled before/after sequential trial.

16. Does a multifactorial patient-centered fall prevention program increase the compliance of community dwelling older persons at high risk of falls?

De Coninck L, Himpe ML, Spildoorn J, Van Cleynenbreugel E, Verschueren, S, Vander Weyden L, Stas M, Polfliet M, Flamaing J, Milisen K

Background Although multifactorial interventions have proven to reduce the risk of falls, falls reduction is not always guaranteed in community dwelling older persons at high risk of falls. Low compliance of the older person to the multifactorial advice can be a contributing factor, as well as lack of knowledge by professionals to handle falls. Our objective was to examine if a client-centered and tailor made counseling in a falls clinic and education of primary care professionals combined with care coordination performed by a fall coach and e-data sharing, can enhance patient compliance to therapy.

Methodology A controlled before/after sequential trial with 2 cohorts. The control cohort received usual care at the falls clinic. The intervention cohort received a client-centered tailor-made approach including prioritized recommendations combined with transmural care coordination. Primary care professionals of the intervention cohort received specific fall-related education.

Results Preliminary results at 2 months follow-up show that the compliance with the recommendation to perform home modifications improved with 15.7% in the intervention cohort compared to the control cohort (64.3% versus 80%, respectively). Initiating physiotherapy improved with 26.1% (51.7% versus 77.8%, respectively) and using walking aids with 13.3% (26.7% versus 40%, respectively). A larger sample size and follow-up data at 6 months will be available at the conference.

Conclusion Preliminary results of this client-centered, tailor-made approach seem to positively affect compliance of community dwelling older persons with high risk of falling.

17. The effect of a multifactorial patient-centered fall prevention program on falls and fall-related injuries

Spildooren J, Deconinck L, Van Cleynenbreugel E, Himpe ML, Verschueren S, Vander Weyden L, Stas M, Nieuwboer A, Polfliet M, Milisen K, Flamaing J

Introduction Multifactorial interventions can reduce the number of falls and fall-related injuries in older persons; however, patient compliance to these interventions is weak resulting in a poor effect on these outcomes. This study presents the effects on falls and

fall-related injuries of a multifactorial patient-centered fall prevention program by focusing on increasing patient compliance.

Methodology This ongoing study is a pre-post-test design with two patient cohorts, standard of care, i.e. control cohort ($n = 42$) and implementation of a fall prevention program, i.e. intervention cohort ($n = 15$) to document the effect on falls and fall-related injuries 2 months after the initial evaluation in the falls clinic. During the conference, a larger sample size and follow-up data at 6 months will be available.

Results Fall incidents and fear of falling prior to the evaluation in the falls clinic was comparable for both groups. Preliminary results at 2 months follow-up showed that the amount of fallers and multiple fallers was 26.7% and 6.7% in the intervention group compared to 40.5% and 12.5% in the control group, respectively. In the intervention group, fall-related injuries were limited to minor injuries only (50%) in comparison to the control group were 52.9% and 23.5% of fall incidents resulted in minor and moderate injuries, respectively.

Conclusion Preliminary results of this intervention focusing on patient compliance show a decrease of falls and fall-related injuries 2 months after the consultation at the falls clinic. During the conference an update of the ongoing study results will be presented.

18. Do force-time characteristics during sustained contractions differ in young controls, old community-dwelling and hospitalized geriatric patients?

De Dobbeleer L, Beyer I, Njemini R, Pleck S, Zonnekeijn N, Mets T, Bautmans I

Purpose Fatigue is considered as one of the key elements for physical frailty at higher age, but surprisingly data on strength drop characteristics during sustained maximum contraction in elderly are scarce.

Methodology A secondary data analysis was performed on continuously recorded force-time data during sustained maximum grip effort until exhaustion in 91 geriatric patients (83 ± 5 years), 100 old community-dwelling (74 ± 5 years) and 100 young adults (23 ± 3 years). Fatigue resistance (FR) was expressed as the time during which grip strength (GS) drops to a certain percentage of its maximum. The GS curve was divided into 4 parts for each participant:

1. from GSmax to 75% GSmax,
2. from 75 to 50% GSmax,
3. from 50 to 25% GSmax, and
4. from 25% GSmax to fatigue.

Results The initial phase (first 25% strength drop) was significantly shorter in geriatric patients compared to the 2 other groups. Subsequently, the second part was almost twice as long in old community-dwelling com-

pared to old and young healthy patients; however, although the second part of the GS decay was longer in old community-dwelling patients, the third part was significantly shorter in this group compared to young controls and hospitalized patients. The last part of the GS decay was markedly longer in the young controls.

Conclusion Force-time characteristics during sustained maximum handgrip effort are different according to age and clinical condition. Especially the differences in the initial phases of the strength drop can be an opportunity for simplifying the procedure of the available FR test in the future.

19. Talking about meaningful activities of daily living of the older person with dementia enables biopsychosocial practice

Patricia De Vriendt, Elise Cornelis, Ruben Vanbosseghem, Valerie Desmet, Dominique Van de Velde

Background The complexity of dementia forces health-care professionals (HCP) to adopt a biopsychosocial (BPS) way of caring, in which client centeredness, shared decision-making and working with the context of the person with dementia (PwD) is pivotal but very demanding.

Purpose To evaluate BPS dementia care in Flanders. Alongside the BPS scale was validated for use in this population.

Methodology In a cross-sectional study design, 457 HCP completed the BPS scale through a digital platform. A factor analysis was performed to confirm underlying dimensions. Statistical coherence was expressed in Cronbach's alpha coefficient. Differences between groups were calculated using Student's *t*-test and one-way ANOVA.

Results The factor analysis confirmed five underlying dimensions labelled as:

1. networking,
2. using the client's expertise,
3. assessment and reporting,
4. professional knowledge and skills and
5. using the environment.

The results showed a good to strong internal consistency (Cronbach's alpha 0.75–0.85). The current status of the BPS practice in dementia care is globally good, though there is room for improvement that can be summarized as the necessity:

1. to improve client-centered practice,
2. to enable working in close collaboration with the patient's context and
3. to facilitate better assessment and reporting. The most interesting finding was that the more the HCP addressed the daily activities of the PwD, the more they were working with BPS.

Conclusion The BPS scale is a valid and reliable measure to rate the BPS practice in dementia care and provides opportunities for improvement. Addressing activities of daily living enables BPS practice.

20. Fysieke activiteit bij thuiswonende kwetsbare ouderen: kwalitatief onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren van beweging

Sara De Cauwer, Elien D'Hooghe, Tara Libbrecht, Renzo Frulleux, Simon De Grootte, Wouter Geerinck, Marianne Belpaire, Kathleen Willems, Dimitri Vrancken, Patricia De Vriendt

Introductie Kwetsbare ouderen hebben vaak te kampen met gezondheidsproblemen, lopen meer risico op hospitalisatie, op functionele en cognitieve achteruitgang en/of op overlijden. Fysiek actief zijn kan deze negatieve gevolgen voorkomen, beperken en zelfs om draaien. Het is echter zeer moeilijk om hen voldoende actief aan het bewegen te krijgen.

Methode Daarom werden in een kwalitatief onderzoeksdesign diepte-interviews met 25 thuiswonende kwetsbare ouderen afgenomen (Groninger Frailty Index > 4/15) met als doel de bevorderende en belemmerende factoren van beweging te achterhalen. Via de constant comparatieve methode werden de uitgetikte data geanalyseerd en in betekenisvolle thema's gesynthetiseerd.

Resultaten De geïdentificeerde factoren werden – conform het sociaal-ecologisch model van McLeroy – gerangschikt op vier niveaus: het intra-persoonlijk niveau, het inter-persoonlijk niveau, het niveau van de omgeving en dat van de gemeenschap. Meerdere factoren werden onderscheiden maar het intra-persoonlijk niveau – en dan vooral de psychische aspecten zoals angst en negatief zelfbeeld – de speelde de grootste rol. Daarnaast hadden omgevingsfactoren, zoals onbekendheid en onbereikbaarheid van het aanbod alsook het inter-persoonlijk niveau, zoals gebrek aan vrienden of kennissen om samen te bewegen evenals het ontbreken van een stimulerende familie – en/of vriendenkring, een belangrijke invloed.

Conclusie De redenen om al dan niet te bewegen zijn individueel bepaald en een combinatie van verschillende aspecten. Het is dan ook belangrijk om het beweegaanbod via de juiste kanalen bekend te maken en naar mogelijke deelnemers toe te brengen, alsook 'op maat' aan te bieden en daarbij mogelijks ook sociale steun te zoeken, zodat ouderen gemotiveerd worden om blijvend te bewegen.

21. Geriatric assessment and functional decline in older patients with lung cancer

Lore Decoster, Cindy Kenis, Denis Schallier, Johan Vansteenkiste, Kristiaan Nackaerts, Leen Vanacker, Nathalie Vande Walle, Johan Flamaing, Jean-Pierre Lobelle, Koen Milisen, Jacques De Grève, Hans Wildiers

Purpose To evaluate the role of geriatric assessment (GA) and the evolution of functional status (FS) in older patients with lung cancer, and to identify predictors for functional decline and survival.

Methodology Patients ≥ 70 years with a new diagnosis of lung cancer were included. At baseline, GA was performed, including FS measured by activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). The ADL and IADL were re-evaluated after 2–3 months. Data on overall survival (OS) were collected. Determination of predictors of functional decline on ADL and IADL and of OS was performed. *Results* A total of 245 patients (median age 76 years) were included from October 2009 through January 2015. The majority of patients (58%) had stage IV disease. At baseline, GA deficiencies were observed in all domains, most prominently for comorbidities (78%), fatigue (76%) and nutrition (76%). Of the patients 240 (98%) had at least 2 out of 10 abnormal domains with a median of 5. The ADL and IADL were abnormal in 51% and 63%, respectively. Functional decline on ADL and IADL was observed in 23% (95%CI 16.2; 29.9) and 45% (95%CI 36.9; 53.1), respectively. In multivariable analysis, radiotherapy was predictive for ADL decline and stage and ECOG-PS for OS. No other predictive factors for ADL or IADL decline or survival were identified.

Conclusion Older patients with lung cancer present with multiple GA deficiencies in all domains. During treatment functional decline was observed in half of the patients. None of the specific domains of the GA or cumulative deficits on GA were predictive for functional decline or survival.

22. Effects of multidomain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional and cognitive status: a systematic review

Lenore Dedeeyne, Mieke Deschodt, Sabine Verschuere, Jos Tournoy, Evelien Gielen

Objectives Frailty is an ageing syndrome caused by exceeding a threshold of decline across multiple organ systems leading to a decreased resistance to stressors. Frail elderly may show losses in several domains such as physical, cognitive, psychological and even the social domains. This systematic review aims to determine the effect of multidomain interventions on frailty, cognition, muscle mass, strength and power, functional

and social outcomes in elderly (≥ 65 years) defined as (pre)frail by an operationalized frailty definition. We focused on interventions targeting two or more domains (exercise, nutritional, pharmacological, psychological and social interventions).

Methodology We searched PubMed, EMBASE, CINAHL, PEDro, CENTRAL and the Cochrane Central register of controlled trials from inception until 14 September 2016. Additional articles were searched by citation search, author search and reference lists of relevant articles.

Results A total of 12 twelve studies were included, reporting heterogeneous interventions in terms of content, duration and follow-up period. Multidomain interventions tended to be more effective than monodomain interventions on frailty status or score, muscle mass and strength and physical functioning. Results were inconclusive for cognitive, functional and social outcomes. Physical exercise seems to play an essential role in the multidomain intervention, with frequent improvements by an additional intervention (e.g. nutritional intervention).

Conclusion Evidence of beneficial effects of multidomain compared to monodomain interventions is limited but promising. Additional studies are needed, particularly in a frail population with specific attention to the individual contribution of each single intervention. This will contribute to the development of more effective interventions for frailty.

23. Dysphagia, an evaluation of its causes

Dejaeger M, Goeleven A, Rommel N, VanBeckevoort D, Dejaeger E

Dysphagia is encountered more often in an elderly population although it spans all ages. Here we present an evaluation of its causes. From June 2014 through June 2016 all 355 patients presenting at the swallowing clinic of the KU Leuven were included. Retrospectively we looked for unique patients with mainly oropharyngeal dysphagia, but we also included patients with a globus sensation and those who complained of esophageal dysphagia. Of the 151 unique patients that were included we noted the presence of oropharyngeal dysphagia in 114, esophageal dysphagia in 15, globus in 12, both oropharyngeal dysphagia and globus in 6 and finally both types of dysphagia in 4 patients. The main cause of esophageal dysphagia was motor disturbances of the esophagus, while globus was often associated with pharyngolaryngeal reflux. The most complex problem proved to be oropharyngeal dysphagia. The etiology was heterogeneous and in one third this could only be found not just by performing a video of the swallowing region but also of the esophagus. In the other two thirds the cause was situated in the pharynx or the upper esophageal sphincter. When comparing

two manometric items namely the hypocontractility of the pharynx to an incomplete relaxation of the upper esophageal sphincter, the former proved to be significantly more decisive in terms of stasis, aspiration and the score of the swallow risk index. In the case of oropharyngeal dysphagia an esophageal examination (endoscopy/manometry) needs to be added to the video fluoroscopy.

24. Unplanned readmission prevention by the Geriatric Emergency Network for Transitional care: development and evaluation of an interdisciplinary care model (ICM)

Els Devriendt

Purpose The aim of this study was to develop and evaluate an interdisciplinary care model (ICM) for older patients admitted to the emergency department (ED).

Methodology A stepwise mixed method approach was used to develop the URGENT ICM. First, a literature review was conducted to identify key processes and structural outcomes associated with effective geriatric interventions based on comprehensive geriatric assessment (CGA) in the ED. Second, observations and interviews were conducted to map the experiences and expectations of patients, family members and caregivers towards the care for older patients in the ED. Third, a prospective observational study was conducted (1) to compare the characteristics of older patients admitted and discharged from the ED, (2) to determine independent predictors for ED readmission and (3) to study the predictive accuracy of screening instruments. The effectiveness of the ICM was evaluated in a large single centre before-after study.

Results The key components of the URGENT ICM are geriatric screening, CGA, interdisciplinary care planning and follow-up. Inpatient follow-up is coordinated by the nurses of the inpatient geriatric consultation team. Outpatient follow-up is done by case managers in home care through telephone calls and home visits if indicated. Data analyses are ongoing. A total of 822 and 888 patients were included in the before and after group, respectively. Almost one out of every two patients were considered high risk patients and received the URGENT intervention. Home visits were conducted in 31 patients.

Conclusion Preliminary analyses suggest that the URGENT care model positively impacts the care process for geriatric patients at the ED and after discharge.

25. Zorg in verbondenheid op een afdeling geriatrie. Een actieonderzoek voor, door en met zorgverleners, patiënten en familieleden

Let Dillen, Liesbeth Van Humbeeck, Ruth Piers, Nele Van Den Noortgate

Doel Dat een opname op een acute ziekenhuisafdeling naast de patiënt zijn naasten treft, is veelvuldig beschreven. Toch lijkt het in de zorgpraktijk niet vanzelfsprekend om naasten te ondersteunen en betrekken bij de zorg. Huidig project wil deze kloof overbruggen en familiegerichte zorg (FgZ) op maat van de afdeling en patiëntengroep verankeren. Hiervoor is een wijziging in onderliggende zorgcultuur, denken en handelen van zorgverleners essentieel.

Methodologie Participatief actieonderzoek laat toe om samen met zorgverleners, patiënten en familieleden op drie afdelingen in het UZ Gent een zorgverbeteringstraject uit te werken rond FgZ (in dit abstract focussen we op de dienst geriatrie).

Resultaten Een eerste fase omvatte “shadowing”, sensibilisering, en een baselinemeting met de Inventaris Familiegerichte Zorg. Als afsluiting van deze diagnostische fase vond een inspiratiedag plaats waar zorgverleners konden proeven van methodieken van FgZ (genogram, ecogram, functionele analyse van een netwerk en de Samenspelscan). In de ontwikkelings- en actiefase werd in kleine reflectiegroepen het gekozen thema per afdeling uitgewerkt en een actieplan opgemaakt. De afdeling geriatrie ging aan de slag met onthaalgesprekken met familie. Tijdens de evaluatiefase (voorjaar 2017) zal stilgestaan worden bij hoe zorgverleners en familieleden dit onthaalgesprek ervaren (interview, focusgroepgesprek en vragenlijst).

Conclusie De methodiek van actieonderzoek is nieuw binnen het veld en laat toe om aan te sluiten bij de mogelijkheden en noden van een afdeling, patiënten en familieleden. Deze methodiek laat een flexibel traject toe zodoende de ‘fit’ tussen noden en mogelijkheden beter op elkaar kan afgestemd worden en zorgverleners ‘eigenaar’ worden van.

26. Teruggetrokken

27. Evolutie van mentale gezondheid en levenskwaliteit van Vlaamse rusthuisbewoners (Ageing@NH studie)

Monique M Elseviers, Maarten Wauters, Ivana Ivanova, Jonas De Wolf, Tinne Dilles, Robert Vander Stichele

Doel De Ageing@NH studie volgt de evolutie van mentale gezondheid en levenskwaliteit van nieuwe rusthuisbewoners tot 2 jaar na opname.

Methodologie Vlaamse WZC (gemengd profiel, >60 bedden) werd gevraagd om nieuwe bewoners (periode

sept–dec 2013) te includeren. Jaarlijks werden administratieve gegevens (KATZ, hospitalisatie, mortaliteit) verzameld. Mentaal gave bewoners werden jaarlijks bevraagd met gestructureerde vragenlijsten en standaardtesten voor mentale gezondheid (MMSE), depressie (GDS) en levenskwaliteit (NHP). Via een verpleegkundige checklijst werden bijkomend gegevens verzameld over zorgproblemen en probleemgedrag (NPI). Medicatiegegevens werden verzameld via een kopie van de medicatiefiche.

Resultaten In totaal werden 1066 nieuwe bewoners (gem leeftijd 84.2, 65% vrouwen) gerekruteerd in 67 WZC. Twee maanden na opname konden 389 bewoners bevraagd worden, twee jaar later daalde dit aantal tot 104. Bij opname vertoonden 34% van de bewoners symptomen van ernstige dementie, stijgend tot 46% na 2 jaar. Depressieve symptomen stegen van 25% naar 28%. De levenskwaliteit daalde, vooral op gebied van pijnbeleving, emotionele toestand en sociale isolatie. Chronisch medicatiegebruik steeg van gem. 8.9 (range 1–28) tot 10.1 na 2 jaar. Neurologische medicatie werd meest gebruikt, vooral benzodiazepines (43%), antidepressiva (36%) en antipsychotica (29%). Bij stijgende dementie was er een significante daling van chronische medicatie, ook voor pijnmedicatie. Mortaliteit in de totale cohort was 22% na 1 jaar en 42% na 2 jaar. Bewoners met dementie vertoonden een hogere mortaliteit (54% na 2 jaar).

Conclusie Mentale gezondheid en levenskwaliteit vertonen een geleidelijke daling twee jaar na opname in WZC. Bewoners met dementie hebben een hogere mortaliteit. Hun medicatiegebruik wordt afgebouwd.

28. Value of geriatric screening and assessment in predicting postoperative complications in patients older than 70 years undergoing surgery for colorectal cancer

Katleen Fagard, Julie Casaer, Albert Wolthuis, Johan Flamaing, Koen Milisen, Jean-Pierre Lobelle, Hans Wildiers, Cindy Kenis

Purpose This study examined the association between geriatric screening and geriatric assessment (GA) and the risk of 30-day postoperative complications (30d-POCs) in older patients undergoing surgery for colorectal cancer (CRC).

Materials and Methods Patients were identified from a prospectively collected database (2009–2015). All patients underwent geriatric screening with the G8 screening tool and the Flemish version of the Triage Risk Screening Tool. The G8-frail patients ($G8 \leq 14$) received a GA, including living situation, basic and instrumental activities of daily living (ADL and I-ADL), falls, fatigue, cognition, depression, nutrition, comorbidities and polypharmacy. The 30d-POCs were retrospectively collected from the medical records and

classified into severity grades (Clavien-Dindo classification). The primary endpoint was the occurrence of Clavien-Dindo grade 2 and above ($CD \geq 2$) 30d-POCs. For identifying predictive variables logistic regression analyses were used.

Results The study included 190 patients of whom 115 G8-frail patients received a GA. Of the patients 49.5% had 30d-POCs, 83% were $CD \geq 2$, and 3 patients died. In univariable logistic regressions, the following variables were associated with $CD \geq 2$ 30d-POCs in the whole group ($p(\text{Wald}) < 0.05$): age, G8, ECOG performance status (ECOG-PS), tumor location, type of surgery and surgical approach, the latter being the only independent predictor in multivariable analysis, besides age. In the 115 G8-frail patients, ADL, ECOG-PS and surgical approach were predictive factors for $CD \geq 2$ POCs. In multivariable analyses only surgical approach and ADL remained.

Conclusion Our findings suggest that patients identified as frail with an abnormal result on the G8 screening tool and G8-frail patients scoring dependent on ADL-assessment are at increased risk of $CD \geq 2$ 30d-POCs.

29. Postoperative complications in individuals aged 70 years and over undergoing surgery for colorectal cancer

Katleen Fagard, Julie Casaer, Albert Wolthuis, Johan Flamaing, Koen Milisen, Jean-Pierre Lobelle, Hans Wildiers, Cindy Kenis

Purpose This study aimed to describe the nature, incidence, severity and outcomes of in-hospital postoperative complications (POCs) in individuals aged 70 years and over operated on for colorectal cancer (CRC).

Methodology Patients were identified from a prospectively collected database (2009–2015) focusing on the implementation of geriatric screening and assessment in older cancer patients. Medical and surgical POCs were retrospectively retrieved from the medical records. The severity of the POCs was graded by the Clavien-Dindo system. The following outcomes are reported for patients with and without POCs: length of stay (LOS), transfer to the intensive care unit (ICU), 30-day and 1-year mortality and 30-day readmission rates.

Results The study included 190 patients, 44.7% experienced POCs, 40.5% had medical and 17.9% had surgical POCs, 37.9% experienced Clavien-Dindo grade 2 and above ($CD \geq 2$) POCs. The most common medical POCs in descending order were: infectious (26.8%), transient confusion or altered mental function (12.1%), cardiac arrhythmia (4.7%), ileus/gastroparesis/prolonged recovery of transit (4.7%), urinary retention (3.2%), and heart failure (3.2%). The most common surgical POCs were surgical site infections (12.1%), wound dehiscence/bleeding (4.7%),

anastomotic leak (3.7%) and surgical site bleeding (3.7%). The reoperation rate was 7.9%, $CD \geq 2$ POCs led to 11 ICU admissions and increased median LOS by 114% ($P < 0.0001$ for both), but did not significantly alter 30-day readmission and 30-day and 1-year mortality rates.

Conclusion Our findings show that in-hospital medical and surgical complications after surgery for CRC in patients ≥ 70 years old are frequent and that complications lead to less favorable outcomes.

30. Management of osteoporosis

Aparna George, Stany Perkisas, Ilse Engelmann, Maurits Vandewoude

Purpose To develop a management plan for osteoporosis.

Methodology Study of existing guidelines on osteoporosis. Pubmed, Uptodate and Google Scholar were used. Reference lists of the guidelines were further searched to identify relevant articles, which were also reviewed. **Results** The WHO diagnostic criteria require bone densitometry, but in clinical practice treatment can be started in the presence of a fragility fracture. Bone densitometry can be considered in 'fit' elderly, in order to follow up the effect of treatment after 3 years. This can aid in assessing the need for continuation of therapy. In Belgium, bone mineral density (BMD) measurements may also be needed for reimbursement of certain medications. Daily calcium and vitamin D supplementation is recommended in all guidelines irrespective of dietary intake. Among antiresorptive therapy, bisphosphonates remain the first choice. Oral form is the most cost-effective, and can be considered in patients without peptic disorders, in those who can follow correct usage instructions and in those known to have good adherence to medication use. In others, yearly intravenous zoledronine acid infusion can be used. Renal dysfunction ($eGFR < 35 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) is a contraindication for bisphosphonates. In such patients, a twice-yearly subcutaneous denosumab administration a good alternative. In treatment resistant osteoporosis recombinant human parathyroid hormone treatment can also be considered; however, this treatment is extremely expensive.

Conclusion Starting treatment after a fragility fracture is proven to reduce the incidence of subsequent fractures. Along with lifestyle changes osteoporosis treatment must also be considered in all patients after a fragility fracture, especially in those with an increased fall risk.

31. Comparison of mortality between traditional orthopedic care and orthogeriatric care

Aparna George, Stany Perkisas, Ilse Engelmann, Maurits Vandewoude

Purpose Several models of joint orthopedic geriatric care exist for the management of geriatric patients with a femoral fracture. One model is the geriatric fracture clinic (GFC), where a patient is admitted to an orthopedic ward and a GFC team, comprised of a geriatrician and a geriatric nurse, consults from admission until discharge. The purpose of this study is to compare mortality between traditional orthopedic care without geriatric evaluation and the GFC model.

Methodology Patients aged 75 years and older admitted to orthopedic wards (ZNA Middelheim/ZNA Jan Pal-fijn) with a femoral fracture between 01/01/2014 and 31/12/2014 were included. Patient selection was made from geriatric liaison nurse records. Patients from the Middelheim hospital did not receive GFC consultation and formed the control group. Data collection was carried out from 01/08/2016 through e-mail contact with the patients' general practitioner. Data regarding mortality and the date of death were collected.

Results Mortality data is available for 40 out of 113 patients (35%) in the study group and for 29 out of 59 patients (49%) in the control group. Of the 40 patients in the study group 29 (72.5%) patients and 26 out of 29 patients (89.7%) in the control group were deceased. *Conclusion* The results until now indicate a reduced mortality in the group that received GFC consultation.

32. Gebruik van antidepressiva bij ouderen

Lynn Gers

Doel Antidepressiva worden frequent gebruikt in de geriatrische populatie. Gezien de problematiek van polyfarmacie en frequente aanwezigheid van multipathologie bij ouderen, is het belangrijk deze medicatie enkel voor te schrijven voor de juiste indicaties én dient rekening gehouden te worden met medicatie-interacties en co-morbiditeiten. Deze review heeft als doel de clinicus bij te staan in beslissingen rond het gebruik van antidepressiva bij ouderen, door een samenvatting te geven van de bestaande evidentie rond dit onderwerp.

Methodologie Er werd via de OvidSP databanken gezocht naar artikels rond het gebruik van antidepressiva bij ouderen in 4 specifieke situaties: depressie, angststoornissen, neuropathische pijn en neuropsychiatrische stoornissen bij dementie.

Resultaten Bij depressie blijken de SSRI's (met name citalopram, escitalopram, sertraline) en enkele nieuwere antidepressiva (venlafaxine, bupropion, mirtazapine) de eerste keuze voor gebruik bij ouderen. Bij angst-

stoornissen lijken citalopram, sertraline en venlafaxine de beste keuze, hoewel er weinig studies voorhanden zijn bij ouderen. In het kader van neuropathische pijn lijkt venlafaxine de eerste keuze, al of niet in combinatie met topische analgetica, doch ook hier zijn weinig gegevens voorhanden. Voor gedragsstoornissen bij dementie kan een trial met citalopram overwogen worden.

Conclusie De huidige evidentie rond gebruik van antidepressiva bij ouderen beperkt zich voornamelijk tot gebruik bij depressie in de strikte zin, waarbij de SSRI's en enkele nieuwere preparaten de voorkeur verdienen. Meer onderzoek is nodig om het gebruik en de keuze van antidepressiva bij andere aandoeningen in deze populatie grondig te onderbouwen.

33. Stratification of older adults in the emergency department: predictive accuracy of the interRAI emergency department screener

Heeren P, Jonckers M, Ooms E, Devriendt E, Deschodt M, Sabbe M, Flamaing J, Milisen K

Purpose The interRAI emergency department (ED) screener is a new screening instrument to identify vulnerable older adults at the ED. The aim of this study was to evaluate this instrument's accuracy in predicting need for hospitalization (NFH), prolonged hospitalization (PH) and 3-month mortality.

Methodology Trained research nurses consecutively included 780 community-dwelling patients aged 70 years and older at the ED of University Hospitals Leuven. The data on NFH, PH (i.e. more than 28 days) and 3-month mortality were obtained through patient chart review and telephone calls. Sensitivity, negative predictive value (NPV) and accuracy were calculated.

Results Patients were categorized by the interRAI ED screener into groups with low (score 1-2; 29.1%), intermediate (score 3-4; 34.1%) or high (score 5-6; 36.8%) risk. The NFH, PH and 3-month mortality were present in 522 (66.9%), 58 (7.4%) and 72 (9.2%) patients, respectively. Sensitivity and NPV for the cut-off score of at least 5 were 42.7% and 39.4% for NFH, 65.5% and 95.9% for PH and 56.9% and 93.7% for 3-month mortality, respectively. Sensitivity and NPV for the cut-off score of at least 3 were 75.3% and 43.2% for NFH, 86.2% and 96.5% for PH and 87.5% and 96.0% for mortality, respectively. Accuracy varied between 53.5% and 65.5% with cut-off at least 5 and between 34.5% and 63.0% with cut-off at least 3.

Conclusion Although the interRAI emergency department screener can be used to rule out some of the outcomes, it has shown insufficient accuracy in predicting NFH, PH and 3-month mortality among older ED patients.

34. Integratie van palliatieve zorg in Vlaamse woonzorgcentra

Sofie Hermans, Aline Sevenants, Anja Declercq, Luc Deliens, Joachim Cohen, Chantal Van Audenhove

Doel Het INTEGRATE project heeft tot doel palliatieve zorg te integreren in de reguliere zorg en kadert binnen een partnerschap van KU Leuven, VUB en UGent. De deelstudie vanuit LUCAS KU Leuven focust specifiek op de palliatieve bewoners van Vlaamse woonzorgcentra. De vergrijzing van de Belgische populatie vergroot de druk op palliatieve zorg. Deze zal geconfronteerd worden met een meer complexe zorgvraag omwille van chronische ouderdomsziekten. Het huidige ondersteuningsmodel is in de toekomst daarom niet langer houdbaar. Deze studie beoogt de inbedding van palliatieve zorg in de dagelijkse zorgpraktijk voor ouderen te bevorderen door de samenwerking van de verschillende organisaties die betrokken zijn in het palliatief zorgproces, te optimaliseren.

Methodologie Op basis van vragenlijstonderzoek aangevuld met focusgroepen wordt vanuit het vier-dimensionaal model van D'Amour en collega's (2008) de huidige samenwerking tussen woonzorgcentra en thuiszorgdiensten enerzijds en woonzorgcentra en ziekenhuizen anderzijds in kaart gebracht voor de 15 palliatieve netwerken in Vlaanderen. Gebaseerd op deze resultaten en een literatuurstudie, wordt een interventie ontwikkeld en geëvalueerd (MRC 0.1 en 2). *Resultaten* Voorlopige resultaten die zullen worden voorgesteld op de Wintermeeting, vormen de basis voor het ontwikkelen van een piloot-interventie. Deze interventie zal bijdragen tot een geoptimaliseerde samenwerking binnen de levensinzorg voor ouderen in Vlaanderen.

Conclusie Het onderzoek zal leiden tot concrete aanbevelingen voor het beleid en de praktijk van samenwerking rond levensinzorg in de palliatieve netwerken.

35. Does using the interRAI palliative care instrument reduce the needs and symptoms of nursing home residents receiving palliative care?

Kirsten Hermans, Johanna de Almeida Mello, Nele Spruytte, Joachim Cohen, Chantal Van Audenhove, Anja Declercq

Purpose This study aims to evaluate whether using the interRAI palliative care instrument (the interRAI PC) in nursing homes is associated with reduced needs and symptoms in residents nearing the end of their lives.

Methodology This study has a quasi-experimental pre-post test design. At baseline and 1 year after introducing the interRAI PC in 15 nursing homes, care professionals of 15 intervention and 15 control nursing homes

filled out the Palliative care Outcome Scale (POS) for all nursing home residents aged 65 years and over, nearing the end of their lives. After the baseline, during a period of 1 year, caregivers of the intervention nursing homes filled out the interRAI PC for all included residents.

Results Posttest POS scores for 'wasted time' were higher (less favourable) than pretest scores in the intervention nursing homes. In the intervention nursing homes that were already working with the interRAI long-term care facilities ($n = 8/15$), total POS scores were lower (more favourable) in the posttest.

Conclusion One year after introducing the interRAI PC, no reduced needs and symptoms were detected in the intervention nursing homes. The effect found in the subgroup of intervention nursing homes without prior experience with interRAI long-term care facilities might suggest that the use of an interRAI instrument rather than the use of the interRAI PC specifically can improve care. Future research should aim to replicate these findings in a long-term design in order to evaluate the effect of integrating the use of the interRAI PC in the day-to-day practices of the nursing homes (Kirsten.Hermans@kuleuven.be).

36. Urinary retention on an acute geriatric ward: prevalence, presentation, and the role of screening

Kasper Hermans, Sofie Vande Wouwer, Johan Flamaing, Frank Van der Aa, Mieke Deschodt, Katleen Fagard

Purpose To determine the prevalence of urinary retention (UR) on an acute geriatric ward, assess clinical presentation and evaluate the role of screening.

Methodology Post-void residual volume (PVR) was measured by ultrasound/bladder scan within 72 h of admission (≥ 75 years old, informed consent). Urinary symptoms, defecation habits, living situation, cognition and mobility were assessed; furthermore comorbidities, medication use, falls, renal function and urinary tract infection were recorded. Descriptive, comparative statistics and logistic regression analysis were used.

Results In this study 94 patients (mean age 85.3 years) were included. A PVR of ≥ 150 ml and ≥ 300 ml were recorded in 28.9% and 16.0% of the patients, respectively. Factors associated with a PVR ≥ 150 ml in univariate analysis were urologic antecedents, overflow incontinence, difficulty voiding, feeling of incomplete bladder emptying and fecal impaction. Difficulty voiding (OR 9.93, 95% CI 2.12–46.53, $P = 0.004$) had the strongest association with PVR ≥ 150 ml in multivariate logistic regression. Factors associated with a PVR ≥ 300 ml (univariate analysis) were not living at home, urologic antecedents, burning micturition, difficulty voiding, feeling of incomplete bladder

emptying, constipation and fecal impaction. In multivariate logistic regression living situation (OR 17.17, 95% CI 2.18–135.31, $P = 0.007$), feeling of incomplete bladder emptying (OR 10.98, 95% CI 1.15–104.64, $P = 0.037$) and fecal impaction or constipation (OR 9.19, 95% CI 1.38–61.08, $P = 0.022$) were predictors.

Conclusion On an acute geriatric ward UR is prevalent on admission. Although several clinical symptoms and living situation were associated with UR, a larger cohort study with longitudinal data collection is needed to allow the development of a screening algorithm. In the meantime, we recommend screening all patients on admission.

37. ECG monitoring in patients with a treatment of psychotropic drugs: monitoring adherence to guidelines

Eva Jacxsens, Hans van den Ameele, Jürgen De Fruyt, Frank Vancoillie, Yves Vandekerckhove, Veerle Grootaert

Purpose Several psychotropic drugs can induce QT prolongation, which is a well-known risk factor for developing Torsade de Pointes (TdP) and sudden death. The clinical relevance of this side effect of psychotropic medication remains unclear, particularly for patients hospitalized in an acute hospital. Guidelines recommend the recording of an electrocardiogram (ECG) prior to treatment with psychotropic drugs at risk and after dose increases.

Methodology A retrospective evaluation was conducted on four psychiatric wards in a general hospital: two acute, short-term psychiatric units (ASP1 & ASP2), one addiction service unit (ASU) and one geriatric psychiatric ward (GPW). Based on the AZERT classification, a list of QT-prolonging psychotropic drugs was compiled. Adult patients who were admitted between 01/09/2014 and 28/02/2015 on a psychiatric ward and treated with minimum of one psychotropic risk drug were included. Statistical analysis (R software) was performed on demographic factors, frequency of hospitalization, performed ECGs, QT(c) intervals and creatinine and potassium levels were registered.

Results An ECG was performed in 24.6% (184/747) of the included patients (average age 54 years, 36.4% male). The prevalence of ECG monitoring was significantly different between the 4 psychiatric wards ($p < 2.2e-16$): 66% (111/168) in the ASU population and 19% (29/153) in the geriatric population. The latter is very low despite multiple risk factors for developing QT prolongation (average age 76 years, 72.4% female). Highly abnormal QT(c) prolongation (>500 ms) occurred only in 2 patients (2/143).

Conclusion Adherence to recommendations on performing an ECG in patients on QT-prolonging psychotropic drugs is very low. Recording an ECG should

be encouraged, especially in patients with multiple risk factors for developing QT prolongation.

38. QT prolongation in an acute psychiatric setting: fact or fiction?

Eva Jacxsens, Hans van den Ameele, Jürgen De Fruyt, Frank Vancoillie, Yves Vandekerckhove, Veerle Grootaert

Purpose Several psychotropic drugs can induce QT prolongation, which can provoke Torsade de Pointes (TdP) and sudden death. To interpret the clinical importance of psychotropic drug-induced QT prolongation, we investigated the prevalence of these electrocardiographic changes.

Methodology A prospective study was conducted on 4 psychiatric wards in a general hospital, including one geriatric psychiatric ward (GPW). All adult patients admitted between 01/10/2015 and 15/03/2016 were eligible for inclusion. At admission, an electrocardiogram (ECG0) was performed, creatinine and potassium levels were measured. A second ECG (ECG1) was performed at least 7 days after the start of a psychotropic risk drug and QTc prolongation was defined as 470 ms (males)/480 ms (females). Clinically relevant QTc prolongation was defined as ≥ 500 ms.

Results In this study 268 patients (mean age 55 years, 59% female) were included. In 85 patients, an ECG1 was performed. QTc0 + 1 were prolonged in 2.3% (5/220) of females and 3.7% (5/136) of males. No clinically relevant prolongation (≥ 500 ms) was registered. Higher QTc intervals were measured in the geriatric population: 28.5% (36/126) of all measured QTc were situated between $450 \geq$ QTc0 + 1500 ms in GPW versus 9.4% (22/233) in the other units. Significant difference in QTc changes was associated with sex ($p = 0.02246$). There was no correlation assessed between QTc prolongation and age, number of psychotropic drugs or a specific single psychotropic drug ($p > 0.05$).

Conclusion In this study QTc prolongation due to psychotropic drugs was less common than previously described. Avoiding unnecessary ECGs could reduce hospital and community costs; however, considering the potential harm of TdP, we recommend recording an ECG before the initiation of a QT-prolonging psychotropic drug in risk patients: patients with a chronic alcohol or drug addiction, a cardiac history, on concomitant therapy with at least 2QT-prolonging psychotropic drugs and geriatric patients (>65 years).

39. Hospitalization-associated disability in older adults with valvular heart disease: incidence, risk factors and its association with care processes

Maren Jonckers, Bastiaan Van Grootven, Lindsey De Graeve, Ester Willemyns, Miek Hornikx, Christophe Dubois, Marie-Christine Herregods, Mieke Deschodt

Purpose To determine the incidence and recovery of hospitalization-associated disability (HAD), the associated risk factors, and its link with care processes in patients aged ≥ 70 years with valvular heart disease (VHD).

Methodology Prospective cohort study performed on the cardiology and cardiac surgery units of University Hospital Leuven, Belgium. HAD was defined as the loss of independence to complete one of the activities of daily living (ADL) between hospital admission and discharge. Recovery of HAD at 30 days post-hospital discharge was achieved when patients recovered their baseline ADL status (2 weeks before hospital admission).

Results A total of 80 patients were enrolled in the study, 77 completed the assessment at discharge and 62 responded at 30 days follow-up. Of the patients 40 (51.9%) developed HAD and 18 of them (45.0%) recovered their baseline ADL status. The risk of HAD increased when patients were physically restrained (relative risk RR 1.83, 95% confidence interval CI 1.11–3.03), had an indwelling catheter (RR 1.27, 95% CI 0.98–1.65) and received preventive pressure ulcer measures (RR 2.09, 95% CI 1.18–3.73). Patients with HAD had a longer hospital stay (+3 days, $p = 0.010$), and a longer use of physical restraints (+4 days, $p = 0.007$), mandatory bed rest (+1.5 days, $p = 0.031$) and indwelling catheters (+2 days, $p = 0.011$).

Conclusion Half of the older adults with VHD developed HAD. The results indicate the importance of care processes in the development of HAD, which could be used as quality measures and intervention targets. Validation in larger cohort studies is recommended.

40. Types of interprofessional teamwork in acute geriatric units and its relation to patient and carer outcomes

Karen Versluys, Johan Devoghel, André Vyt, Nele Van Den Noortgate

Introduction Interprofessional teamwork (ITW) is a cornerstone of specialist geriatric care; however, research is lacking.

Methodology Perceptions of ITW, quality of care (QC) and intentional job leave (JL) among health-care providers (HCP) of 55 acute geriatric units in Belgium were measured, using a self-assessment questionnaire. K-means cluster analysis was used to de-

termine types of ITW. A multilevel linear regression model for QC and multilevel logistic regression for JL were performed.

Results Out of 1538 HCPs 890 returned the questionnaire (58%) and four meaningful clusters were identified. Of the teams 14 were categorized as type 1 with HCPs perceiving that team members effectively cooperate together, but perceive lack of support from patient files and team leaders. Within type 2 (13 teams), HCPs have a strong belief that ITW is worthwhile, however they experience a lack of managerial support. HCPs in type 3 (21 teams) indicate as strong elements management, patient records and incident reporting; however the perception of effectively working together is average. Within type 4 (7 teams) HCPs gave the highest scores on management stimulating ITW; however, HCPs have the least belief in the strength of ITW and gave the lowest scores on reporting incidents. Type 1 scored significantly lower compared to type 4 on QC ($p < 0.01$), JL ranged from 10% in type 1, 6% type 2, 3% in type 3 and 1% type 4 after adjusting for AGU and HCP characteristics ($p = 0.001$).

Conclusion We identified four meaningful types of ITW that are related to patient and HCP outcomes providing opportunities to develop tailored interventions.

41. Evaluation of the process of completion of the oral health-related section of the interRAI using a qualitative approach

Stefanie Krausch-Hofmann, Johanna De Almeida Mello, Jan De Lepeleire, Dominique Declercq, Anja Declercq, Tran Trun Dung, Emmanuel Lesaffre, Joke Duyck

Purpose Accurate registration of oral health with the interRAI assessment is important as compromised oral health causes discomfort and is associated with poor physical and cognitive status. It has been shown that oral treatment need is not adequately identified by the interRAI when compared to professional oral examinations. The current study analyzed the process of completion of the oral health-related section of the interRAI (ohr-interRAI) to contribute to a more profound evaluation of validity.

Methodology In March 2016, 4 focus group discussions with 23 caregivers, experienced with the interRAI assessment, were organized in Flanders. A semi-structured question guide was designed to direct the discussion. The following topics were explored: experiences and problems with the ohr-interRAI, approach of data collection, perceived competency and reasons for missingness. Discussions were audio-taped and transcribed verbatim. The software Nvivo.11 was used for data management of the qualitative analysis that followed the principles of content structuring.

Results The majority of participants considered the ohr-interRAI explicit and felt competent to complete the items; however, oral health assessment of the client was done superficially and purely based on interview and observation during mealtime or conversation. Participants considered inspection of the mouth of the clients inappropriate and too private. When no suitable response categories were available, items were not filled in. Participants criticized that oral hygiene is not included in the ohr-interRAI.

Conclusion Results indicate that the ohr-interRAI as it is used today is lacking validity. A revision of the instrument and/or the process of completion should be considered.

42. Rebound-associated vertebral fractures after stopping denosumab: report of two cases

Michaël R. Laurent, Marian Dejaeger, Frank P. Luyten, Evelien Gielen

Purpose Denosumab is a potent reversible antiresorptive which increases bone mineral density (BMD) and reduces fracture risk in osteoporosis. After discontinuation of denosumab, bone turnover markers (BTMs) transiently rebound above baseline levels, BMD and fracture risk decline to baseline, but recent clinical trial data and case reports suggest a small but significant transiently increased risk for severe vertebral fractures on denosumab discontinuation.

Methodology Two clinical case reports on rebound-associated vertebral fractures (RAVFs).

Results In a 59-year-old woman without prior fractures or risk factors, denosumab was discontinued after 3 years for dental implantations. She developed 3 clinical VFs after lifting a heavy object. The BMD T-scores at L1-4 had declined from -3.3 to -3.6 and went from -2.0 to -2.1 at the hips. Biochemical results showed hypercalcemia from iatrogenic vitamin D intoxication. A 74-year-old woman had a history of insulin resistance, monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS), previous wrist, ankle and L2/4 vertebral fractures. She was switched from raloxifene to denosumab, which was discontinued after 5 years for investigation of low alkaline phosphatase; 9 months later, she sustained 2 spontaneous clinical VFs treated with double vertebroplasty. Both patients had increased BTMs and vertebral bone marrow edema on magnetic resonance imaging (MRI) and were switched to bisphosphonates.

Conclusion We report two cases of RAVFs after discontinuation of several years of denosumab treatment. Both patients were not previously treated with bisphosphonates, which are known to blunt the bone turnover rebound after stopping denosumab. Thus, in bisphosphonate-naïve patients at high baseline risk of vertebral

fractures, treatment interruptions should be avoided if possible.

43. New Flemish guidelines for preventing falls in community-dwelling older people

Greet Leysens, Deborah Vanaken, Koen Milisen

Purpose Falls in community-dwelling older persons frequently occur. The consequences emphasize the need to screen for an increased fall risk and targeted multifactorial and multidisciplinary prevention strategies. Literature indicates that effective implementation of such an approach can significantly reduce the number of falls. In this respect, the Center of Expertise for Fall and Fracture Prevention Flanders (EVV) developed guidelines in 2010. To provide Flemish primary healthcare workers the most recent evidence, the EVV updated the guidelines.

Methodology The EVV used the format of EBMPracticeNet.be. A multidisciplinary working group monitored and consolidated input regarding eight clinical questions. A systematic literature search was conducted in multiple databases and scientific websites from 2010–August 2015. The updated guideline was peer reviewed by the working group and stakeholder group.

Results The new guidelines provide recommendations for the following clinical questions:

1. What are the main risk factors associated with falls in community-dwelling older persons?
2. What is the effectiveness of a multifactorial approach on fall incidents?
3. What is the effectiveness of a multifactorial approach on fall-related injuries?
4. What is the best method to assess older persons at high risk?
5. Which multifactorial evaluation is indicated?
6. Which multifactorial interventions are indicated?
7. How can primary healthcare workers ensure compliance in older persons?
8. Which primary healthcare workers should be involved in falls prevention?

Conclusion The new guidelines are submitted to CE-BAM for validation.

44. Changes in the inflammatory profile, muscle strength, body composition, and physical functioning of older adults after exercise: a systematic review

Keliane Liberman, Louis N. Fortia, Ingo Beyer, Ivan Bautmans

Ageing is associated with reduced muscle mass (sarcopenia), muscle performance and strength (dynape-

nia) and increased inflammatory profile. Also lower physical function and changes in body composition, such as increased fat mass are noticed. Physical exercise is one of the most effective means to attenuate characteristics of aging. This systematic review aims to provide the most recent literature regarding changes in muscle strength, body composition, physical functioning and inflammation in older adults after an exercise intervention. Included articles were assessed for methodological quality and where possible effects size was calculated. A total of 34 articles were included, 4 involving frail, 24 healthy and 5 older adults with a specific disease. Articles reported many exercise types: resistance training, aerobic training, combined resistance training and aerobic training and others. In frail older adults, moderate to large beneficial exercise effects were obtained in inflammation, muscle strength and physical functioning. None of the articles compared different exercise types, which makes an exercise recommendation for frail older persons difficult. In healthy older adults, effects of resistance training (most frequently investigated) on inflammation or muscle strength can be influenced by the exercise modalities (intensity and rest interval between sets). Muscle strength seemed the most frequently used outcome measure, with moderate to large effects obtained regardless of the exercise intervention studied. Similar effects were found in patients with specific diseases. Exercise has moderate to large effects on muscle strength, body composition, physical functioning and inflammation in older adults. Future studies should focus on the influence of specific exercise modalities and target the frail population.

45. WTF is geriatric liaison??! Interview of GPs about the report sent by the geriatric liaison team

Catherine Magnette, Alexandra Gillet, Marie Gillet, Marie Lardin, Christine Lhoas, Sarah Pirson, Dominique Piette.

Purpose To assess the relevance and the impact of the report sent to GPs, and to improve our way to broadcast the geriatric culture outside of hospitals.

Methodology We realized a retrospective study about the 174 patients evaluated by our geriatric liaison team during the first 6 months of 2016. Using a questionnaire, we contacted the 115 GPs in charge of those patients by telephone.

Results Our first observation was that the GPs are very hard to reach by telephone! Of the 115 GPs, we could reach 58 quite easily and 18 declined the interview. The others could not be reached, either not reached at all, or to be reached later or on another day where it was impossible for our team to call them back. Our second observation was the lack of information of the GPs: more than 60% did not know what geriatric liaison is! Hopefully most of the contacted GPs think that

it is important that an elderly frail patient can benefit from a global geriatric evaluation whatever the ward of hospitalization is. Our study describes the expectations of the GPs and tries to clarify with them the best means of communication. We provide different solutions for improvement.

Conclusion Geriatric liaison is widely unknown by the GPs and there is a lot to do to improve communication outside of hospitals.

46. Case Report: treatment-resistant ipilimumab-related colitis in an elderly metastatic melanoma patient

Nicolas Maréchal, Sofie Wilgenhof, Bart Neyns, Veerle Morlion, Daniel Urbain, Tony Mets, Ingo Beyer

Background Ipilimumab is a fully humanized monoclonal antibody against cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4 (CTLA-4). In 2010, ipilimumab became the first systemic therapy to improve the overall survival of patients with advanced melanoma in two randomized phase III clinical trials. Related to its immune cell activating mode of action, ipilimumab therapy is associated with a spectrum of immune-related adverse events (irAE), most commonly located in the skin and gastrointestinal tract. IrAEs are managed by early administration of high-dose corticosteroids and withdrawal of ipilimumab. Ipilimumab-related colitis, refractory to corticotherapy has been reported to readily respond to treatment with the antitumor necrosis factor monoclonal antibody infliximab.

Case report An 82-year-old female patient with metastatic melanoma (melanoma right ankle with in-transit metastases) was admitted to the Universitair Ziekenhuis Brussel with grade 4 diarrhea and severe dehydration, 4 weeks after a second administration of ipilimumab. Colonoscopy revealed anal and rectosigmoid ulcerations, compatible with ipilimumab-induced colitis. The patient was not responding to either high-dose corticosteroids or to infliximab. Several immunosuppression-related complications were encountered: recurrent urinary tract infections, herpes simplex stomatitis, pneumonia, oropharyngeal candidiasis, and catheter septicemia. During hospital stay, the diarrhea gradually resolved and methylprednisolone was tapered. Complete resolution was only seen after 2 months, likely due to the wash-out of ipilimumab (half-life of 14 days).

Conclusion Now that immunotherapy for cancer has become available for the older patient as well, irAEs will be more frequently encountered by geriatricians. As demonstrated by our case, older patients might not readily react to standard treatment.

47. Engaging older adults to validate their medication list by use of an electronic tool to facilitate medication continuity: preliminary results

Sophie Marien; Catherine Forget, Delphine Legrand, Pierre Pagazc, Ravi Ramdoyal, Valery Ramon, Anne Spinewine

Background Continuity of medication management is a worldwide patient safety concern. Patient engagement and information technology (IT) can improve medication continuity by supporting information sharing across different settings. The SEAMPAT patient application, allows patients to validate their medication list.

Purpose The aim of this study is to evaluate the accuracy and completeness of medication history collection. Besides this purpose, usability and patient participation will be evaluated.

Methodology We elaborated a 3-month (September–December 2016) prospective observational study. Patients older than 65 years from the Namur Region, volunteering to participate and at high risk of medication discrepancies were eligible for inclusion.

Results A total of 25 patients were included. The majority were men (84%) taking on average 8 daily medications. Participants found the patient application easy to use. The average System Usability Scale score was 65% and 69% if patients were familiar with IT. Participants were convinced that the patient application could help their physician save time. A large majority thought it could help improve communication and reduce medication errors. At the start of the study, 50% of the patients were considered at the highest level of activation using the patient activation measure. Accuracy and completeness of medication lists will be evaluated when patients are more experienced with the patient application.

Conclusion Our preliminary results show that age is not a barrier to IT use but IT familiarity influences usability. Most elderly were convinced of the potential benefit of the patient application on medication error reduction. To evaluate improvement in medication continuity, number and type of medication discrepancies will be assessed in December.

48. Evolutie in medicatiegebruik bij kankerpatiënten met een vergevorderde kanker die palliatief verzorgd worden

Kristel Paque, Monique Elseviers, Robert Vander Stichele, Koen Pardon, Marianne Hjermsstad, Stein Kaasa, Thierry Christiaens, Luc Deliens

Doel Beschrijven van het medicatiegebruik en de evolutie hiervan gedurende de laatste 6 maanden vóór overli-

jden bij kankerpatiënten met een vergevorderde kanker die palliatief verzorgd worden.

Methodologie Voor deze internationale, multicentrische cohortstudie werden medische data en symptomen geregistreerd om de 3–5 weken vanaf inclusie door gestructureerde vragenlijsten die ingevuld werden bij elk patiëntencontact zowel door patiënten als door zorgverstrekkers. Medicatie werd dichotoom bevraagd: neen/ja voor 19 therapeutische groepen. Data analyse gebeurde retrospectief, enkel bij patiënten met een gekende overlijdensdatum en minstens 1 meting, met de dood als indexpunt. We vergeleken medicatiegebruik op 1, 2, 3, 4 en 5 maanden voor overlijden door constructie van 5 cross-sectionele subgroepen van medicatiegebruik gedurende die maand. Trends in medicatiegebruik gedurende de laatste 6 maanden voor overlijden werden in kaart gebracht.

Resultaten Patiënten (gemiddeld 67 jaar (SD 12.735), 54% mannen) werden gerekruteerd op 30 afdelingen waar palliatieve zorg wordt verstrekt in 16 landen. Darm- (37%), long- (22%) en borstkanker (9%) kwamen het meeste voor ($n = 653$). Algemeen steeg het aantal therapeutische medicatiegroepen van 6 naar 7 naarmate de dood naderde. Kankertherapie daalde van 43.8% op 5 ($n = 249$) tot 15.5% op 1 maand ($n = 400$) voor overlijden. In deze periode daalden niet-opiaten (54.8–46.4%), terwijl opiaten stegen (61.8–80.5%). Verder stegen corticosteroiden (43.9–70.6%), neuroleptica (9.6–19.6%), sedativa (35.1–46%), laxativa (56.5–65.5%), antibiotica (9.7–18.6%), diuretica (18.9–28%) en antitrombotica (27.1–38.3%) en daalden cardiovasculaire middelen (36.6–26.9%).

Conclusie Algemeen steeg het medicatiegebruik naarmate de dood naderde. Om na te gaan of het gebruik van preventieve geneesmiddelen daalde zijn meer gedetailleerde medicatiedata nodig.

49. Sarcopenie en mortaliteit in WZC-residenten: 8-jaar follow-up

Stany Perkisas, Anne-Marie De Cock, Veronique Verhoeven, Maurits Vandewoude

Doel De link tussen sarcopenie en mortaliteit is niet nieuw, doch de meeste data handelen over thuiswonende ouderen. Over geïnstitutionaliseerde ouderen zijn relatief weinig data bekend, zeker niet met lange termijn follow-up. Het doel van deze studie is het vaststellen van de relatie tussen lange termijn mortaliteit en sarcopenie bij een specifieke populatie van geïnstitutionaliseerde ouderen.

Methodologie In 2007 werd er in 53 woon- en zorgcentra in Vlaanderen een screening uitgevoerd naar sarcopenie door middel van bio-impedantiemetrie. De berekening van al dan niet sarcopenen zijn werd berekend aan de hand van de formules van Janssen et al.

$(0.401 * (\text{lengte}^2/\text{weerstand}) + (3.825 * \text{geslacht}) - (0.071 * \text{leeftijd}) + 5.102)$. Vanaf 03/2016 werd er door middel van contact met de woon- en zorgcentra en burgerlijke standen van de desbetreffende gemeenten nagegaan of de residenten nog leefden.

Resultaten In totaal werden er 748 patiënten geïncludeerd in de studie. Er kon van 93% van de patiënten follow-up data worden verzameld. Gemiddelde leeftijd bij follow-up bedroeg 89 ± 6 jaar (mediaan 89, spreiding 62–108 jaar) Gemiddelde follow-up duur is 1629 ± 1025 dagen (mediaan 1540 dagen, spreiding 40–3296 dagen). Bio-impedantiemetrie data was beschikbaar bij 509 patiënten. Van 405 patiënten kon berekend worden of sarcopenie aanwezig was of niet, dit was zo in 261 (64%) gevallen. Het verschil in 8-jaarsmortaliteit was significant verschillend en bedroeg 85.1% in de sarcopenie groep en 76.4% in de niet-sarcopenie groep ($p = 0.03$).

Conclusie De positieve relatie tussen sarcopenie en lange termijn mortaliteit werd bevestigd bij geïnstitutionaliseerde ouderen. Er is blijvende nood aan screening en behandeling van dit ziektebeeld, zelfs in een geïnstitutionaliseerde omgeving.

50. Predicting risk of adverse drug reactions in older inpatients: external validation of the GerontoNet ADR risk score using the CRIME cohort

Mirko Petrovic, Balamurugan Tangiisuran, Chakravarthi Rajkumar, Tischa van der Cammen, Graziano Onder

Purpose Purpose of this study is to externally validate the GerontoNet adverse drug reactions (ADR) risk score and to assess its validity in specific subpopulations of older inpatients.

Methodology Data from the prospective criteria to assess appropriate medication use among elderly complex patients (CRIME) cohort were used. Dose-dependent and predictable ADRs were classified as type A. Probable or definite ADRs were defined according to the Naranjo algorithm. Diagnostic accuracy was tested using receiver operating characteristics (ROC) analyses. Sensitivity and specificity were calculated for a cut-off point of 4.

Results Mean age (SD) of the 1075 patients was 81.4 (7.4) years and the median number of drugs was 10 (7–13). At least 1 ADR was observed in 70 patients (6.5%), in 50 (4.7%) ADRs were classified as type A and in 41 (3.8%) defined as probable or definite. Fair diagnostic accuracy to predict both type A and probable or definite ADRs was found in subpopulations aged <70 or ≥ 80 years, heart failure, diabetes, or a previous ADR. Good accuracy to predict ADRs type A was found in patients with a low body mass index ($\text{BMI} < 18.5 \text{ kg/m}^2$), a Mini-Mental State Examination (MMSE) score of $>24/30$ points and patients with osteoarthritis. The

cut-off point of 4 points yielded very good sensitivity, but poor specificity results in these subpopulations.

Conclusion This study suggests that the GerontoNet ADR risk score might represent a pragmatic approach to identifying specific subpopulations of older inpatients at increased risk of an ADR with a fair to good diagnostic accuracy.

51. Older patients perceptions of the interpersonal care relationship (IPCR) in non-geriatric wards of hospitals: results from a qualitative study

Melissa Riviere, Tina Vandecasteele, Dimitri Beeckman, Aurélie Van Lancker, Tine Vanderplancke, Heidy Dufort, Ann Van Hecke, Sofie Verhaeghe

Purpose The aim of this study was to gain insights into experiences and perceptions of older patients on the interpersonal care relationship (IPCR) in non-geriatric wards of hospitals.

Methodology A qualitative research design based on the principles of the grounded theory was used. Semi-structured interviews were conducted with 13 older patients who were selected using purposive and theoretical sampling. Data were analysed by the constant comparative method and data analysis was done simultaneously with data collection in an iterative process. Researcher triangulation was used to increase the credibility and validity of the results.

Results Older patients want to get through the hospital admission uninjured by guaranteeing the care for themselves. They strive to get the care they need. Avoiding to be seen as a burden and adapting to the nurses are key elements in guaranteeing their care. Despite their adaptations some needs remain unanswered. They seek explanations for and make excuses for the nurses. Older patients doubt whether their explanations and excuses are justified when they are faced with the fact that nurses have a share in what the contact and care is like. Within this context, older patients try to guarantee their care by attuning to the nurses by finding solutions without nurses' intervention, stoically undergoing the care and adjusting their expectations.

Conclusion The findings indicate that older people are vulnerable because of the way they deal with their experiences on the IPCR. Their needs often remain invisible which does not make the provision of quality care self-evident.

52. Verworven hemofilie A: casuïstiek en bespreking

Tim Rodrigus; Johan De Smet; Philip Matthyssen

Doel Ziekteverloop, diagnostiek en behandeling van verworven hemofilie A.

Methodologie Een gevalstudie van 3 patiënten wordt gepresenteerd en besproken met de meest recente literatuur.

Resultaten Verworven hemofilie A heeft een lage incidentie in de algemene bevolking (1.5/miljoen/jaar), met een piek bij vrouwen in de post-partumperiode en bij ouderen (>85 jaar). De klinische presentatie zijn uitgesproken bloedingen met een verlengde aPTT. De diagnose wordt gesteld door een blijvend verhoogde aPTT na een mengtest, met vervolgens het aantonen van lage FVIII-activiteit en de aanwezigheid van een FVIII-remmer. In de helft van de gevallen wordt een onderliggende etiologie (maligniteit, infectie, auto-immuunaandoeningen, medicatie ...) gevonden. De aanpak is het stoppen van de bloeding met bypassing agents zoals recombinant factor VII of geactiveerd protrombine complex concentraat (aPCC). Het is van belang dringend te starten met immunosuppressiva zoals steroïden en cytostatica (cyclofosfamide). De besproken patiënten presenteerden zich met een levensbedreigende post-operatieve anemie, een gastro-intestinale bloeding en een therapieresistente epistaxis. Bij geen van hen werd een uitlokkende etiologie aangetoond. Ze werden allen behandeld met steroïden, al dan niet in combinatie met cyclofosfamide. Er werden geen bypassing agents gebruikt. Een van de patiënten overleed door bloedingscomplicaties.

Conclusie Door de hoge mortaliteit bij ouderen door verworven hemofilie A is het van belang de ziekte tijdig te herkennen en adequaat te behandelen.

53. Woonzorgcentra in Brussel: klaar voor kleur?

Ilse Rooms

Doel Welke cultuurgevoelige drempels bestaan er bij etnisch-culturele minderheden wanneer een plaatsing in een woonzorgcentrum zich opdringt en hoe zijn deze drempels weg te werken? Zijn woonzorgcentra in Brussel bereid om stappen tot verandering te zetten en hoe moeten ze dit aanpakken?

Methodologie

1. Beschrijving van een theoretisch kader met onder andere de verschuiving van onze samenleving naar superdiversiteit en een inkijk in cultuursensitieve drempels.
2. Een kwalitatief onderzoek geeft de bevindingen een weerslag van zes experts op het terrein.
3. In een kwantitatief onderzoek wordt middels een elektronische enquête een bevraging opgezet van 157 Brusselse woonzorgcentra, waarvan er 26 geantwoord hebben.
4. Voorstellen uit de praktijk tonen met welke acties men vraag (ouderen van een etnisch-culturele minderheid) en aanbod (woonzorgcentra in Brussel) dichter naar elkaar kan laten toegroeien.

Resultaten Inzicht in de specifieke moeilijkheden van ouderen van etnisch-culturele minderheid: ze hebben te maken met cultuursensitieve drempels tegenover woonzorgcentra, in de eerste plaats taal en communicatie, maar ook onbekendheid, betaalbaarheid en pragmatische moeilijkheden. Woonzorgcentra in Brussel werden attent gemaakt op de problematiek en enkele centra zijn gemotiveerd om de handen uit de mouwen te steken. Ze kunnen hiertoe concrete acties aanvatten, deze studie kan hen hiertoe inspireren.

Conclusie De vergrijzing van mensen van etnisch-culturele minderheid vraagt om interculturalisering van de woonzorgcentra en om een betere bekendmaking van het aanbod van woonzorg bij de doelgroep.

54. Evaluatie van het gebruik van antibiotica bij gehospitaliseerde geriatrische patiënten

Pieter Samaey, Stijn Blot, Mirko Petrovic

Doel Inzicht krijgen in (on)oordeelkundig antibioticagebruik op de dienst geriatrie (Universitair Ziekenhuis Gent) met het oog op opstellen van aanbevelingen, richtlijnen en verbeteracties.

Methodologie Retrospectieve analyse van antibiotische voorschriften van gehospitaliseerde patiënten over een periode van 9 maanden. Nazicht gebeurde met gebruik van een aangepaste versie van het "Gyssens et al" algoritme en The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012–2013, Belgian/Luxembourg edition. Behandeling werd geklasseerd als oordeelkundig als de indicatie, het spectrum van activiteit, het aanpassen aan het antibiogram van de oorzakelijke kiem én de therapieduur correct waren. Therapie werd beschouwd als onnodig bij afwezigheid van indicatie voor antibiotica; als niet aangepast bij correcte indicatie maar niet optimale behandelingsmodaliteiten.

Resultaten De voorschriften van 155 patiënten werden nagekeken. Behandeling werd voornamelijk voorgeschreven voor respiratoire infecties (54.2%), gevolgd door urinaire infecties (24.5%). Antibiotische therapie werd als onoordeelkundig beschouwd bij 50 gevallen (32.3%): bij respectievelijk 5 en 45 voorschriften hiervan spreken we over onnodig en niet aangepast antibioticagebruik. Niet aangepast gebruik is in 29 gevallen het gevolg van foutieve empirische therapie, in 7 gevallen werd de therapie niet of foutief aangepast aan de beschikbare microbiologie en in 9 gevallen was de therapieduur incorrect.

Conclusie Er werd beter inzicht bekomen in het voorschrijven van antibiotica op een acute dienst geriatrie. Verschillende aspecten tot verbetering werden geïdentificeerd: nood aan een lokale richtlijn die eenvoudig beschikbaar is op het intranet; betere opleiding betreffende antibioticabeleid voor assistenten; audit en feedback periodes; creatie van een onder-

steunend computersysteem dat sturing biedt tijdens verschillende stappen van het antibiotica voorschrift.

55. Age-dependent changes in visceral adipose tissue distribution: relationship with WC and WHR

Aldo Scafoglieri, Sofie Vermeiren, Ivan Bautmans, Jan Pieter Clarys, Steven Heymsfield

Purpose Excess visceral adipose tissue (VAT) is associated with future loss of skeletal muscle (SM) with aging. In clinical settings waist circumference (WC) and waist-hip ratio (WHR) are commonly used to estimate body composition (BC). We aimed to study:

1. the linearity of the BC-age relationships from 18 to 88 years,
2. the relationships of WC and WHR with VAT distribution.

Methodology Body composition was determined using magnetic resonance imaging (MRI) in a large multiracial group of 419 adults. For different age groups Pearson's correlation coefficients were calculated to assess their association with BC in relation to gender. Polynomial regression analysis examined the linearity of the BC-age relationships. The relationship between VAT distribution (VAT/SAT, VAT/SM) and anthropometry was assessed separately.

Results There was a positive correlation between VAT and age for premenopausal women ($r = 0.43, p < 0.001$) and young to middle-aged men ($r = 0.50, p < 0.001$). Skeletal muscle mass and age were only significantly correlated in postmenopausal women ($r = -0.30, p < 0.01$) and in middle-aged to old men ($r = -0.35, p < 0.05$). Linear relationships between BC, anthropometry and age in young and middle-aged adults developed into curvilinear relationships in old age, except for VAT/SAT and VAT/SM. The VAT/SAT-ratio correlated best with WHR (men: $r = 0.67, p < 0.001$, women: $r = 0.48, p < 0.001$) while the VAT/SM ratio correlated best with WC in men ($r = 0.73, p < 0.001$) and in women ($r = 0.68, p < 0.001$).

Conclusion VAT/SAT and VAT/SM increase quasi linearly with age in both genders while anthropometric indices show curvilinear relationships. The use of WC and WHR as measures of VAT distribution is more likely to be fraught to errors in older subjects due to their differential development during aging.

56. Medication use in the last 3 days of life in nursing homes. Results from the FP7 EU-funded PACE project in 6 European countries

Marc Tanghe, Nele Van Den Noortgate, Lara Pivodic

Background Nursing home (NH) residents increasingly present multiple, incurable pathologies, making pallia-

tive care (PC) a key component of NH care. Little is known about medication use at the end of life (EOL) in NHs. This study focused on the use of opioids (OP), antipsychotics (AP) and hypnotics (HP) in the last 3 days of life of residents dying in the NH.

Methodology In a retrospective cross-sectional study, EOL and PC administration in NHs in 6 EU countries (BE, FI, IT, NL, PL, UK) was studied. NHs were selected by proportional stratified random sampling. Facilities reported all resident deaths over the previous 3 months. Logistic regression was performed to adjust for patient characteristics.

Results The response rate for the nursing questionnaires was 81%. Medication use was evaluated in 1047 NH deaths, occurring in 270 NHs. The prevalence of opioid use ranged from 20% to 76% of dying NH residents, antipsychotic use from 5% to 22% and hypnotic use from 8% to 47% in the 6 European countries. The differences in medication use between countries were significant for OP use ($P < 0.001$) and HP use ($P = 0.001$). These differences remained significant when controlling for patient characteristics (e.g. age, gender, length of stay, cause of death and dementia) in multivariate analyses. *Conclusion* Opioid and hypnotic use in the dying phase significantly differs between European countries. Detailed study of EOL medication use is needed to develop good practice guidelines.

57. Terugkeer naar thuissituatie gerelateerd aan de levels van het Cognitive Disabilities Model

Ils Van Bouwel

Doel In ZNA Joostens (SP afdeling) worden geriatrische patiënten met neurocognitieve stoornissen opgenomen voor verdere oppuntstelling. Alle patiënten volgen het klinisch pad waarbij enkele standaard testen worden afgenomen waaronder het Cognitive Disabilities Model (CDM). Er wordt een antwoord gezocht op de vraag in welke mate het CDM-level verband houdt met een terugkeer naar een thuissituatie.

Methodologie Gegevens werden cross-sectioneel verzameld. Levelbepaling gebeurde aan de hand van de Cognitive Performance Test (CPT), aangevuld met dagelijkse observaties en afgenomen door de ergotherapeute. Afnames gebeurden na een opname van 4 à 5 weken. Resultaten zijn verzameld tussen 09/2012 en 09/2016.

Resultaten Van 475 patiënten werden gegevens verzameld, waarvan 174 mannen (36.6%) en 301 vrouwen (63.4%). Gemiddelde leeftijd bedroeg 82.2 ± 7 jaar (mediaan 83, spreiding 58–96). Van alle patiënten ging 14.53% ($n = 69$) terug naar een thuissituatie. Vereenvoudigd per level: level één 12.5% ($n = 1/8$); level twee 7.02% ($n = 4/57$); level twee ½ 4.76% ($n = 1/21$); level drie 6.49% ($n = 5/77$); level drie ½ 9.49% ($n = 13/137$); level vier 19.86% ($n = 29/146$); level vier ½ 45.45% ($n =$

10/22) en level vijf 85.71% ($n = 6/7$). Er is een positieve relatie tussen het CDM en de terugkeer naar huis (Pearson's correlation coefficient 0.229, $p < 0.001$).

Conclusie Er is een positieve relatie tussen het CDM en de terugkeer naar huis; hoe hoger het gescoorde level, hoe vaker de patiënt terug kon keren naar zijn thuis-situatie. Er werd geen rekening gehouden met confounding factors. Het CDM is te gebruiken bij patiënten met neurocognitieve stoornissen in de op-puntstelling van oriëntatie na opname.

58. Study on the use of bevacizumab and conventional chemotherapy for first line treatment of MCRC patients: screening and geriatric assesment (GA)

Cindy Kenis, Lore Decoster, Ghislain Houbiers, Benedicte Naessens, Marc De Man, Guy Lambrecht, Veerle Moons, Els Monsaert, Philippe Vergauwe, Hans Prenen, Eric Van Cutsem, Elke Beutels, Jan Van de Vyver, Hans Wildiers

Purpose This observational study aims to complement the knowledge on chemotherapy and bevacizumab usage in the elderly with metastatic colorectal cancer (MCRC) in current practice in Belgium and evaluates the impact of baseline geriatric screening and assessment (GA) on treatment duration (TD), progression-free survival (PFS) and severe toxicity.

Methodology A total of 252 patients ≥ 70 years with MCRC receiving chemotherapy with/without bevacizumab were included in the study. Geriatric screening with G8, fTRST, ECOG, as well as GA including ADL, iADL, MMSE, GDS-15, MNA, CCI and MobT was performed in all patients at baseline. Log rank tests, Wilcoxon or Student's *t*-tests and multivariate analyses were used for correlations with the different screening and GA components.

Results In the total safety population, median TD (95% CI) was 5.5 (5.1–6.2) months. The only baseline parameters significantly associated with TD in univariate analysis were ECOG > 1 , which was only 14.6% of patients, and MNA ($p = 0.0006$ and $p = 0.0162$, respectively), while G8 showed a trend ($p = 0.0607$). Significant correlations were observed for PFS versus ECOG ($p < 0.0001$), MNA ($p = 0.0001$) and G8 ($p = 0.0208$) and for severe toxicity versus ECOG ($p < 0.0001$) and G8 ($p = 0.005$). Both TD and PFS were significantly associated with G8 ($p = 0.0093$ and $p = 0.0002$, respectively) when lowering the G8 cut-off to 12.

Conclusion In this real-life study in older MCRC patients, ECOG is a strong predictive marker for TD, PFS and severe toxicity (mainly driven by patients with ECOG ≥ 2). The MNA and G8 are predictive markers for TD and PFS (and toxicity for G8) in the large group of patients with ECOG ≤ 1 .

59. Study on the use of bevacizumab and conventional chemotherapy for first line treatment of MCRC patients: treatment duration and toxicity

Lore Decoster, Cindy Kenis, Ghislain Houbiers, Benedicte Naessens, Marc De Man, Guy Lambrecht, Veerle Moons, Els Monsaert, Philippe Vergauwe, Hans Prenen, Eric Van Cutsem, Elke Beutels, Jan Van de Vyver, Hans Wildiers

Purpose This observational study aims to complement the knowledge on chemotherapy and bevacizumab usage in older patients. The primary objective of the study was treatment duration of first line chemotherapy containing bevacizumab.

Methodology Patients ≥ 70 years with untreated MCRC, considered suitable to receive chemotherapy with or without bevacizumab were eligible for inclusion. Dosing and treatment were at the discretion of the investigator. In this observational study progression-free survival (PFS) assessments were not carried out at protocol prespecified fixed intervals and were not independently assessed.

Results In this study 34 Belgian centres included a total of 252 patients in the safety population (SA). The reference population (REF) consisted of 250 patients with efficacy data. Median treatment duration, defined as the time between the first and the last treatment administration, in the SA population was 6.5 (5.5–7.4) months and 4.8 (3.8–5.5) months ($p = 0.0002$) in bevacizumab-containing and conventional chemotherapy, respectively. Median PFS in the REF population was 9.2 (8.0–11.2) months and 8.7 (6.9–9.8) months in bevacizumab and conventional chemotherapy, respectively ($p = 0.2132$). The most common severe AE was diarrhea, which was reported by 18 patients (14.1%) of the bevacizumab group and 10 patients (8.1%) of the conventional group. One patient (0.8%) experienced an AE leading to death related to bevacizumab (intestinal perforation), four patients (3.1%) experienced AEs leading to death related to chemotherapy in the bevacizumab arm and four patients (3.2%) in the conventional arm.

Conclusion The results of this study are consistent with existing data on the efficacy and tolerability of first line chemotherapy containing bevacizumab in elderly patients with MCRC.

60. Organisational care models in the European Community care setting: first results

Liza Van Eenoo, Henriëtte van der Roest, Graziano Onder, Vjenka Garms-Homolova, Palmi Jonsson, Harriet Finne-Soveri, Jan Smit, Hein van Hout, Anja Declercq

Purpose To identify and benchmark community care models in six European countries.

Methodology Within the IBenC project, we collected data on the structure and the care processes of 36 community care organisations across 6 European countries. Data on the work environment and job outcomes were collected by 1067 care professionals. In order to measure the quality of the delivered care, we collected comprehensive geriatric assessments of 2884 clients by means of the interRAI home care instrument. We conducted a principal component analysis, followed by hierarchical cluster analyses in order to identify care models. In order to benchmark the care models, we used multilevel analyses.

Results Based on three rotated factors, six clusters were identified. The clusters or care models can be described with three core elements: a limited, strong or very strong focus on patient-centered care delivery (factor 1), a limited or high availability of specialised care professionals in several domains within an organisation (factor 2) and the presence or absence of a standardised way of monitoring the quality of care and the clients' satisfaction (factor 3). The 18 Belgian care organisations are spread over 5 of the care models. Further analyses will benchmark the community care models in terms of quality of care, work environment elements and job outcomes for the care professionals.

Conclusion The results show how community care models can be linked to quality of care, elements of the work environment and job-related outcomes. This can influence policy by identifying best practices.

61. Effectiveness of in-hospital geriatric co-management: a meta-analysis

Bastiaan Van Grootven, Koen Milisen, Johan Flaemaing, Mieke Deschodt

Purpose To determine the effectiveness of in-hospital geriatric co-management on functional status, length of stay, mortality, readmission rate, complications or the number of patients discharged home up to 1 year follow-up.

Methodology MEDLINE, EMBASE, CINAHL and CENTRAL were searched from inception to 6 May 2016. Reference lists, trial registers and PubMed Central Citations were additionally searched. (Quasi-experimental studies published in English, Dutch, German, French or Spanish were included if they included pa-

tients aged 65 years or older and reported the effect of an in-hospital geriatric co-management intervention. Study selection, data extraction and assessment of risk of bias was performed independently by two of the authors. Data were pooled in a fixed effect meta-analysis, and random effect model as sensitivity analysis, where appropriate. Subanalyses were performed to determine the influence of randomization, risk of bias, patient population and intervention characteristics on the observed effects.

Results A total of 12 studies with 3590 patients were included. Geriatric co-management improved functional status and reduced the number of patients with complications in 3 out of 4 studies, but data could not be pooled. Co-management reduced length of stay (MD, -1.88, 95% CI, -2.44 to -1.33), but had no effect on mortality, readmission rate and number of patients discharged home in the meta-analysis. High risk of bias was observed across studies and outcomes downgrading the level of evidence.

Conclusion There was low evidence of a reduced length of stay and a reduced number of patients with complications, and very low evidence of better functional status as a result of geriatric co-management.

62. Een kwalitatieve studie over de langetermijengevolgen die ouders (65+) ervaren ten minste 20 jaar na de dood van een kind (≤ 25 jaar)

Marie-Pierre van Meel, Ellen Gorus

Doel Inzicht geven in langetermijengevolgen die ouders (65+) ten minste 20 jaar na het overlijden van hun kind ervaren waarbij tevens de betekenis die ouders aan de gevolgen geven, geduid wordt.

Methodologie Kwalitatief fenomenologisch onderzoek waarbij 13 individuele open diepte-interviews werden afgenomen bij ouders (65+) van een overleden kind. In deze gesprekken gaven de ouders hun ervaringen en belevingen ten aanzien van de impact van de dood van een kind weer. De dataverzameling en de analyse vonden plaats in een cyclisch proces. Er werd gebruik gemaakt van een inductieve analyse volgens de methode van voortdurende vergelijking.

Resultaten De analyse laat vijf thema's zien. Het eerste thema beschrijft de invloed die het overlijden heeft op de relatie van de ouders met diverse anderen in de omgeving. Het tweede thema "Voortdurend verdriet" laat zien dat de ouders na het overlijden nog steeds gemis en verdriet voelen. In "Band met het overleden kind" wordt de huidige relatie met het overleden kind geschetst. Vervolgens komen in "Gezondheid" fysieke en mentale aspecten naar voren die volgens de ouders door het leven met verlies zijn ontstaan. Ten slotte wordt de overwegend positieve levenshouding aan de orde gesteld.

Conclusie Vijf thema's beschrijven meerdere langetermijnevolgen na het overlijden van kind bij ouders. Het verdriet blijft, maar er zijn wel individuele verschillen in het omgaan met het verlies, waarbij ieder verliesverhaal uniek is en individuele aspecten uit de verkregen thema's een rol spelen. Kennisverspreiding over langetermijnevolgen is van belang voor zorg- en hulpverleners van ouders van een overleden kind.

63. Het verband tussen executieve functies en het dagelijks functioneren bij cognitief gezonde ouderen en patiënten met mild cognitive impairment

Nele Van Schelvergem, Ellen Gorus, Elise Cornelis, Charlotte Brys, Patricia De Vriendt

Doel Het is belangrijk vroege cognitieve beperkingen bij ouderen snel en efficiënt op te sporen. Executieve functies (EF) en Activiteiten Dagelijks Leven (ADL) zijn onderdelen in de diagnostiek naar milde cognitieve problemen, de samenhang is nog onbekend. Daarom werd in deze studie de relatie onderzocht tussen EF en ADL.

Methodologie Bij 37 personen met Mild Cognitive Impairment, 31 met de ziekte van Alzheimer en 36 cognitief gezonde ouderen werden: testen voor EF (Dierfluency, kloktekentest, abstract denken en redeneren uit de Cambridge Cognitive Examination, Frontal Assessment Battery en Trail Making Test (TMT)) en voor ADL (Brussels Integrated Activities of Daily living-questionnaire (BIA)) afgenomen. ADL werd uitgedrukt in globale en cognitieve afhankelijkheidsindexen voor basale (b-)instrumentele (i)- en geavanceerde (a)-ADL. Deze indexen werden gecorreleerd met de EF-testen. De bijdrage van EF-scores in beperkingen in gerapporteerde ADL werd onderzocht met stapsgewijze meervoudige regressieanalyses.

Resultaten Uit de resultaten bleek:

1. de algemene b-ADL-index had zwakke correlaties met alle EF testen ($0.249 < r < 0.428$, alle $p < 0.05$),
2. de cognitieve b-ADL-index had zwakke correlaties ($0.208 < r < 0.336$, alle $p < 0.05$) met de meeste EF-testen en geen correlatie met TMT b en b-a en de kloktekentest,
3. alle i- en a-ADL-indexen correleerden zwak tot matig met de EF-testen ($0.361 < r < 0.589$, alle $p < 0.05$).

Dierfluency en de kloktekentest verklaarden 50% van de variantie in de a-ADL-indexen.

Conclusie Inzicht in de wisselwerking tussen EF en ADL kan helpen om beter en sneller milde cognitieve problemen te voorspellen. Mindere resultaten op dierfluency en/of kloktekentest tonen de nood aan voor bijkomende a-ADL-testen en/of opvolging ervan, $r < 0.428$.

64. No decisions about me without me. Do professionals make use of shared decision making for daily activities for people with dementia?

Ruben Vanbosseghem, Elise Cornelis, Valerie Desmet, Dominique Van de Velde, Patricia De Vriendt

Purpose In Flanders, 122,000 persons live with dementia and it is expected that this number will rise to 152,000 in 2030. Having dementia is not the same as the inability to make decisions. The aim of this study was to explore if health care professionals make use of the concept of shared decision making for daily and meaningful activities for people with dementia (PwD). *Methodology* A digital questionnaire was completed by 457 professional caregivers in Flanders, 51% of whom were working with PwD in a nursing home, 49% in community care.

Results Of the professionals 89.7% talked with PwD about their daily activities and 86.6% explored whether the activity was meaningful for the person. In 44.9%, a third person was involved, particularly family, which is often experienced as a barrier (10%). Professionals have a positive attitude towards PwD. They accept them as they are (96.8%), care about them (93.4%), but nearly 2 out of 5 of the professionals do not have confidence that the PwD can make the right decision about their daily activities. Barriers were mostly related to the PwD, their disease or the environment. Caregivers can improve their use of SDM by giving more information to PwD about options, advantages and disadvantages and the ability to come back to a decision.

Conclusion Involving people with dementia in the decision making is crucial; therefore, it is important for professionals to have (1) adequate knowledge about dementia, (2) insights into shared decision making and (3) awareness of their own actions.

65. Body composition in well-functioning adults aged 80 years and over: bioelectrical impedance analysis compared to dual energy X-ray absorptiometry

Sofie Vermeiren, David Beckwee, Andreas Delaere, Antoine Axel, Bart Jansen, Ivan Bautmans Ivan, Aldo Scafoglieri

Purpose Sarcopenia is an age-related syndrome signifying a progressive and generalized loss of muscle mass (MM). Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) and bioelectrical impedance analysis (BIA) are often used for measuring body composition. To date, the accuracy of BIA to identify sarcopenia remains unclear. Our aim was to assess different BIA equations for MM using DXA as reference method.

Methodology In this study 140 community dwelling well-functioning persons aged 80 years and older un-

derwent DXA and BIA assessment. The MM was estimated by using several published BIA equations and compared to DXA measurements. Finally, subjects were classified for sarcopenia according to MM measured by DXA and predicted by BIA equations.

Results The MM as predicted by the BIA equations showed a high positive correlation when compared to DXA, but all systematically overestimated MM (mean differences ranging between 0.93 kg and 3.76 kg, all $p < 0.001$). In general, a very low agreement between DXA and BIA methods was found for sarcopenia classification, as the highest Cohen's kappa was 0.377.

Conclusion Estimation of MM by BIA in persons aged 80 years and over is highly correlated with DXA, but susceptible to overestimation. The use of these equations for diagnosing sarcopenia in a clinical setting remains doubtful. Future research is necessary to generate population-specific equations to estimate MM based on BIA measurements.

66. The correlation between static and dynamic balance among community-dwelling older adults: a cross-sectional study

Sofie Vermeiren, Heij Ward, Aldo Scafoglieri, Ivan Bautmans, Bart Jansen

Purpose Instrumented assessment of gait and balance in relation to frailty is not well described. Our aim was to investigate differences in instrumented gait and balance parameters between robust and pre-frail community-dwelling older adults aged 80 years and over.

Methodology In this study 85 participants (mean age 82.96 ± 2.79 years) were asked to walk 20 m at habitual speed while wearing a 3D accelerometer. Balance assessment was performed by standing still in various positions on a Wii balance board. Differences between robust and pre-frail participants (based on Fried's 5-component frailty model) were analysed using Mann-Whitney U and independent samples *T*-tests. Correlations between gait and balance parameters were computed, corrected for sex and height.

Results Robust and pre-frail subjects showed significant differences in step symmetry ($p < 0.05$) and step regularity ($p < 0.05$). Regarding balance, significant differences were found in single leg stance ($p < 0.05$) and standing on both feet with eyes open ($p < 0.05$). Significant correlations were found between single leg stance and both step symmetry ($r = -0.336$) and step regularity ($r = -0.320$).

Conclusion Robust older adults walk more symmetrically and more regularly than their pre-frail counterparts. In addition, a better balance is observed while standing on one leg; however, pre-frail older adults have a better balance while standing on both feet with their eyes open. Balance while standing on one leg correlates with step symmetry and step regularity. Fur-

ther research is needed to analyse the predictive values of these parameters in the identification of changes in frailty status.

67. Moral distress in acute geriatric units

Karen Versluys, Ilse Vandecaveye, Linus Vanlaere

Purpose Moral distress (MD) is increasingly being recognized as a concern for health care. This study explored the lived experiences of MD among caregivers in acute geriatric units.

Methodology A total of 4 focus group discussions with health care providers of 4 geriatric units in Belgium ($n = 28$) were undertaken to understand geriatric caregivers confronted with MD. Data collection and analysis using the principles of grounded theory (constant comparative method, data triangulation, reflection) was carried out by three researchers.

Results MD is present in multidisciplinary geriatric teams and affects the identity of health care providers at a deep level. Three levels of barriers to provide good care are described. Barriers in health care providers, such as lack of knowledge and lack of mandate depriving them from truly taking up a patient advocacy role. Barriers related to patient and families, for example insoluble suffering in the patient that causes feelings of powerlessness. Barriers belonging to the team and the organisation, such as inefficient teamwork that counteracts caregivers to deliver person-centered care. Although experiences of MD can be an opportunity to discuss and facilitate improvements in care, caregivers only describe negative effects of MD. A good team climate helps to cope with MD better.

Conclusion Geriatric care team leaders should be aware of MD in individual team members and facilitate a team approach addressing barriers for good care.

68. Systematic exposure experience as a condition for person-centered care

Karen Versluys, Sarah Janssens, Maria Grypdonck, Ruth Piers

Introduction Person-centered care requires appropriate attitudes of the caregivers. To foster these attitudes, a systematic exposure experience for geriatric caregivers, using an open interview with a patient followed by a reflection process, was set up.

Methodology All the individual and focus group interviews and discussions held as part of the exposure experience were recorded and transcribed. The data were qualitatively analysed using methods of grounded theory and using data and researcher triangulation.

Results The analysis showed that the participants found it highly relevant to participate. Caregivers show a greater openness to listen and more attention is

given to the patients' experiences and concerns. The participants experience this as an important change. Participants report that open, not goal-oriented conversations in which they create a supportive space for the patient lead to a better relationship with the patient. They realize that open conversations from person to person, help to know the patient better and bring them to interventions in care focused on patients' needs. Participants described having fear that the conversation will not be good enough. They mentioned great satisfaction in their contact with the patient as soon as the fear was removed.

Conclusion Participation in the systematic exposure experience using an open interview with a patient followed by a reflection process leads to changes in attitudes of caregivers needed for person-centered care.

69. Too many, too few or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalisation in a cohort of community-dwelling oldest old

Maarten Wauters, Monique Elseviers, Bert Vaes, Jan Degryse, Olivia Dalleur, Robert Vander Stichele, Thierry Christiaens, Majda Azermai

Purpose Little is known on the impact of inappropriate prescribing (IP) in community-dwelling adults, aged 80 years and older. The prevalence at baseline (November 2008–September 2009) and impact of IP (misuse, and underuse) after 18 months on mortality, and hospitalisation in a cohort of community-dwelling adults, aged 80 years and older ($n = 503$) was studied.

Methodology Screening Tool of Older People's Prescriptions (STOPP, misuse) and Screening Tool to Alert to Right Treatment (START, underuse) criteria were cross-referenced and linked to the medication use (in anatomical therapeutic chemical coding) and clinical problems. Survival analysis until death or first hospitalisation was performed at 18 months after inclusion using Kaplan-Meier estimates, with Cox regression to control for covariates.

Results Mean age was 84.4 years (range 80–102 years). Mean number of medications prescribed was 5 (range 0–16). Polypharmacy (≥ 5 medications, 58%), underuse (67%), and misuse (56%) were high. Underuse and misuse coexisted in 40%, and were absent in 17% of the study population. A higher number of prescribed medications was correlated with more misused medications ($r_s = 0.51, p < 0.001$), and underused medications ($r_s = 0.26, p < 0.001$). Mortality and hospitalisation rate were 8.9%, and 31.0%, respectively. After adjustment for number of medications and misused medications, there was an increased risk of mortality (HR 1.39; 95% CI 1.10–1.76), and hospitalisation (HR 1.26; 95% CI 1.10–1.45) for every

additional underused medication. Associations with misuse were less clear.

Conclusion IP (polypharmacy, underuse and misuse) was highly prevalent in adults, aged 80 years and older. Surprisingly, underuse and not misuse, had strong associations with mortality and hospitalisation.

70. A novel scale linking potency and dosage to estimate anticholinergic exposure in older adults: the MARANTE scale

Maarten Wauters, Therese T. Klamer, Majda Azermai, Carlos Durán, Thierry Christiaens, Monique Elseviers, Robert Vander Stichele

Background Quantification of the anticholinergic exposure insufficiently or imprecisely incorporates dosage information, leading to inaccurate estimations.

Purpose To construct a novel scale, including potency and dosage for the quantification of the anticholinergic exposure in older adults.

Methodology Potency information was retrieved from a previous systematic review. The dosage range for each drug was delineated in minimum, maintenance, and maximum dosages for adults and older adults. Dosage information was collected from authoritative sources and reviewed in an expert panel. The Muscarinic Acetylcholinergic Receptor ANtagonist Exposure (MARANTE) scale was tested for clinical metric properties using cohorts of community-dwelling older adults and nursing home residents.

Results After 3 data collection rounds, data for the dosage ranges remained incomplete for 32 active substances. Remaining gaps were filled in, and 11 dosage adjustments were proposed during the expert panel meeting. We chose the values (0; 1; 2) for the categories of potency and (0; 0.5; 1; 1.5; 2) for the levels of dosage ranges, showing good clinical metric properties. In the 2 cohorts 41 anticholinergic drugs were prescribed. Most (61%) were low potency anticholinergics, used for depression (19%, e.g. citalopram). There were 31.8% (median MARANTE 1.5, IQR 1.5–2.5) and 37.6% (median 2, IQR 1.5–2.5) anticholinergic users in the community-dwelling cohort and nursing home cohort, respectively.

Conclusion The MARANTE scale combines potency with the dosage spectrum, to quantify the anticholinergic exposure in older adults. An open feedback system on the list of anticholinergic and proposed anticholinergic potency and dosage values is advised.

71. Anticholinergic exposure in a cohort of adults aged 80 years and over. Associations of the MARANTE scale with mortality and hospitalisation

Maarten Wauters, Therese Klamer, Monique Elseviers, Bert Vaes, Olivia Dalleur, Jan Degryse, Carlos Durán, Thierry Christiaens, Majda Azermai, Robert Vander Stichele

Background Anticholinergic medications are frequently prescribed in older adults, and can lead to adverse drug events. The novel Muscarinic Acetylcholinergic Receptor ANTagonist Exposure (MARANTE) scale measures the anticholinergic exposure by incorporating potency and dosages of each medication into calculations.

Purpose To assess prevalence and intensity of the anticholinergic exposure in a cohort of community-dwelling patients aged 80 years and over ($n = 503$), and to study the impact on mortality and hospitalisation, after an observation period of 18 months.

Methodology Chronic medication use at baseline was entered and codified with the anatomical therapeutic chemical classification. Survival analysis until first hospitalisation or death was performed at 18 months after inclusion, using Kaplan-Meier curves. Cox regression was used to control for covariates.

Results Mean age was 84 years (age 80–102), and mean number of medications was 5 (range 0–16). Prevalence of anticholinergic use was 31.8%, with 9% taking ≥ 2 anticholinergics (range 0–4). Main indications were depression, pain, gastric dysfunction, urinary problems, and asthma. Female gender, the level of multimorbidity, and the number of medications were associated with anticholinergic use. Mortality and hospitalisation rates were 8.9%, and 31.0%, respectively. After adjustment for the level of multimorbidity and medication intake, multivariate analysis showed increased risks for mortality (HR 2.3, 95% CI 1.07–4.78) and hospitalisation (HR 1.7; 95% CI 1.13–2.59) in those with high anticholinergic exposure.

Conclusion The anticholinergic exposure was high among Belgian community-dwelling oldest old. A high anticholinergic exposure was associated with increased mortality and hospitalisation risks.

72. Het effect van home-based trainingsprogramma's op de zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen Een systematische literatuurstudie

Kathleen Willems, Ellen Gorus, Patricia De Vriendt

Doel Door de toename van de levensverwachting groeit de groep oudste ouderen en stijgt de prevalentie op kwetsbaarheid. Dit uit zich in toenemende verliezen, functionele beperkingen en verminderde zelfredzaamheid. Een gebrek aan beweging lijkt het proces te versnellen. Het doel van de literatuurstudie is een beeld geven van de huidige evidence base voor het effect van een functioneel home-based trainingsprogramma op de zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen.

Methodologie PubMed, Web of Science en Psycinfo werden systematisch gescreend. Van de 1978 gerandomiseerde en gecontroleerde klinische trials bleven er zeven studies over die voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Deze artikelen werden zowel methodologisch als inhoudelijk geanalyseerd en beoordeeld.

Resultaten De analyse van de literatuurstudie omvat in totaal 1223 deelnemers. Alle interventies hadden tot doel de mate van zelfredzaamheid na afloop van het programma te beoordelen. Vijf studies werden gezien als “zorg op maat”, twee boden een afgelijnd standaardprogramma aan. Vier onderzoeken vermeldden systematische effecten op de zelfredzaamheid. De studie met het functionele oefenprogramma, waarbij ouderen taakgericht trinden, rapporteerde ook na zes maand nog zichtbare effecten. Gemeenschappelijke kenmerken van succesvolle programma's waren: geen ernstig kwetsbare deelnemers, oefenprogramma op maat, zowel in groep als individueel oefenen, focus op gedragsverandering en aandacht voor cognitieve, sociale en emotionele aspecten.

Conclusie Variaties in de begrippen kwetsbaarheid en zelfredzaamheid, en verschillen tussen de interventies maken de bevindingen inconsistent. Het lijkt erop dat een functioneel oefenprogramma een langdurig effect kan hebben op de zelfredzaamheid van ouderen, maar meer onderzoek is nodig om hierover betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

Funding. The Flemish government agency for Innovation by Science and Technology and the Belgian Cancer Society “Kom Op Tegen Kanker”; ClinicalTrials.gov nrNCT01890239.

Hier staat een advertentie.



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2017