

Langer doorwerken: wellicht zo slecht nog niet? Een pilotstudie naar de relatie tussen werkzaam zijn en cognitief functioneren op latere leeftijd

Ronan B. W. M. Weghorst · Erik J. A. Scherder · Joukje M. Oosterman

Samenvatting

Onderzoek heeft laten zien dat ouderen die actiever zijn op fysiek of mentaal gebied, over het algemeen beter presteren op cognitieve taken. Hangt werkzaam zijn op oudere leeftijd samen met de cognitieve vermogens? Daarover is weinig bekend, ook al gaat nog werkzaam zijn samen met fysieke en/of mentale inspanning. In het huidige onderzoek is de relatie tussen het cognitief functioneren en werkzaam zijn (op vrijwillige of betaalde basis) op latere leeftijd onderzocht bij 28 vrijwilligers van zestig jaar of ouder. Naast de neuropsychologische testprestatie, werd het aantal uren dat deelnemers per week werkzaam waren in kaart gebracht. Van de 28 deelnemers waren er 13 drie uur of meer per week werkzaam. Deze werkende ouderen presteerden beter op taken die het episodische geheugen, de volgehouden aandacht en de psychomotorische verwerkings-snelheid meten. Deze studie toont daarmee aan dat er een relatie bestaat tussen nog werkzaam zijn en het cognitieve functioneren op latere leeftijd. Een belangrijke vraag voor vervolgstudies betreft de causaliteit van deze relatie.

Trefwoorden veroudering · hersenen · episodisch geheugen · aandacht · psychomotorische snelheid

The association between paid or voluntary employment and neuropsychological test performance at an older age

Abstract

Studies have convincingly shown that both physical and mental activity are positively associated with cognitive task performance in aging. Little is known, however, about whether still being employed or doing volunteer work, which obviously engages physical and/or mental

activity, is similarly associated with cognitive ability at an older age. The current study explored this relationship in 28 volunteers aged sixty years and older. Participants completed a neuropsychological test battery, and data regarding the number of working hours (paid and voluntary) per week were collected. A total of 28 participants were included, 13 of whom worked three or more hours per week. As a group, these active participants achieved better episodic memory, sustained attention and psychomotor speed results. This study shows that older people who are still working demonstrate better neuropsychological task performance. An important question for future research concerns the causality of this relationship.

Keywords Aging · Brain · Episodic memory · Attention · Psychomotor speed

R. B. W. M. Weghorst · J. M. Oosterman (✉)
Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour,
Radboud Universiteit, Montessorilaan 3, 6500 HE Nijmegen,
Nederland
e-mail: j.oosterman@donders.ru.nl

E. J. A. Scherder
Afdeling Klinische Neuropsychologie, Vrije Universiteit,
Amsterdam, Nederland

Inleiding

De afgelopen eeuw is onze levensverwachting sterk gestegen. Het aantal ouderen neemt sterk toe, waardoor er ook een toename in leeftijdsgerelateerde aandoeningen, zoals cognitieve achteruitgang, optreedt. Cognitieve achteruitgang is een van de grootste oorzaken van functionele beperkingen in het dagelijks leven en vermindert daarmee de kwaliteit van leven [1]. Juist vanwege deze negatieve gevolgen is het cruciaal meer te begrijpen van factoren die ten grondslag liggen aan deze cognitieve achteruitgang.

Eerdere studies hebben aangetoond dat een belangrijke rol is weggelegd voor de mate van fysieke activiteit. Zo presteren ouderen die fysiek actiever zijn beter op cognitieve taken [2] en leidt fysieke training van ouderen die weinig actief zijn tot een verbetering van het cognitief functioneren, met name van de executieve functies [3]. Daarnaast hebben Colcombe et al. [4] aangetoond dat fysieke training gepaard gaat met een toename in grijze- en witte stofvolume bij oudere mensen, en lieten Erickson et al. [5] zien dat een hogere mate van aerobe fitheid samengaat met een toename in hippocampaal volume.

Naast deze positieve effecten van fysieke activiteit, is aangetoond dat ook de mate van mentale activiteit samenhangt met het cognitief functioneren. Uit een studie van Verghese en co-auteurs [6] bleek bijvoorbeeld dat vrijetijdsactiviteiten die een mentale inspanning vereisen, zoals lezen, bordspellen of het bespelen van een instrument, het risico op het ontwikkelen van dementie verminderen. Een belangrijke vraag die hierop volgt is in hoeverre vergelijkbare bevindingen gedaan kunnen worden voor de activiteit 'nog werkzaam zijn'. Zo is het logisch te veronderstellen dat werken een constant niveau van concentratie en aandacht vereist, en/of een bepaalde mate van fysieke activiteit. Het is echter nog grotendeels onbekend in hoeverre het nog werkzaam zijn een positieve relatie heeft met het cognitief functioneren op latere leeftijd. Wel weten we dat op een latere leeftijd met pensioen gaan geassocieerd wordt met een verlaagd risico op dementie [7]. Tevens heeft een zeer recente studie aangetoond dat volwassenen die voor het zestigste levensjaar gestopt waren met werken een versnelde cognitieve achteruitgang lieten zien gedurende de daarop volgende periode van zes jaar, vergeleken met ouderen die nog wel werkzaam waren. In deze studie werd echter alleen gekeken naar een enkele maat die het globaal cognitief functioneren meet, de Mini-Mental State Examination [8]. Daarnaast liet een andere studie geen negatief effect van pensionering op het cognitief functioneren zien gedurende een follow-up periode van vijf jaar, maar wel een trend voor een kleinere verbetering in de scores op cognitieve testen in gepensioneerde vergeleken met nog werkzame deelnemers [9]. Het is derhalve onbekend wat de relatie is tussen het al dan niet werkzaam zijn

op hogere leeftijd en de prestatie op verschillende neuropsychologische taken die functies meten die gevoelig zijn voor achteruitgang in het kader van veroudering, zoals het episodische geheugen, het executief functioneren, de psychomotorische verwerkingssnelheid en de aandacht, waarbij ook de mate van fysieke activiteit is meegenomen.

Het doel van deze pilot-studie was om inzicht te krijgen in de relatie tussen werkzaam zijn en het cognitief functioneren rondom en na de huidige pensioengerechtigde leeftijd. Hiervoor zijn mensen benaderd van 60 jaar of ouder. Naast neuropsychologische tests zijn vragenlijsten over het aantal uren dat iemand per week werkzaam is, de leefstijl, gezondheid en de fysieke activiteit afgenomen. Verwacht werd dat werkzaam zijn op oudere leeftijd, vrijwillig of op betaalde basis, samenhangt met een beter cognitief functioneren.

Method

Deelnemers

Aan dit onderzoek namen dertig oudere volwassenen deel in de leeftijd van zestig jaar of ouder ($M = 71,0$ jaar, $SD = 6,7$). Deelnemers zijn geworven door middel van advertenties in maandbladen van verschillende ouderenbonden. Allen deden op vrijwillige basis mee. Exclusiecriteria waren aandoeningen die een rol kunnen spelen in het al dan niet (meer) werkzaam zijn of die het cognitieve functioneren negatief beïnvloeden, zoals een neurodegeneratieve aandoening, een ernstige psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een ernstige depressie, schizofrenie), of een neurologische aandoening (bijvoorbeeld CVA, multipale sclerose, ziekte van Parkinson). De aanwezigheid van mogelijk ernstige cognitieve achteruitgang werd gemeten door middel van de Mini-Mental State Examination (MMSE); alle deelnemers hadden een score van 24 of hoger ($M = 28,4$, $SD = 1,4$). Het aantal uren dat deelnemers werkzaam zijn (betaald of vrijwillig) werd geregistreerd.

Demografische gegevens en karakteristieken

Door middel van zelfrapportage werden de volgende aspecten in kaart gebracht: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal jaren dat betaald werk verricht is, hypertensie, diabetes, cardiale ziekten, hypercholesterolemie, roken en mogelijke TIAs in de voorgeschiedenis. Het opleidingsniveau werd gemeten aan de hand van het systeem van Verhage [10]. Dit is een ordinale schaal bestaande uit zeven categorieën, waarbij de laagste categorie (1) staat voor onvoltooid lager onderwijs en de hoogste (7) voor een voltooide universitaire opleiding. De mate van ervaren stress werd gemeten, omdat het nog werkzaam zijn mogelijk kan leiden tot een verhoogde mate van ervaren (werkgerelateerde) stress. Dit werd in kaart gebracht door de deelnemer

te vragen op een visuele analoge schaal van tien centimeter, variërend van 'geen stress' (score 0) tot 'extreme stress' (score 10), aan te geven hoeveel stress ze ervaren hebben in de afgelopen drie weken. De afstand in millimeters werd gebruikt voor de analyse [11]. Vervolgens werd gevraagd of de deelnemers nog werkzaam zijn of niet, en hoeveel uur per week ze nog werkzaam zijn in het geval van een positieve respons. Onder werkzaam zijn werd zowel betaald werk als onbetaald, vrijwilligerswerk verstaan. Onder vrijwilligerswerk werden bijvoorbeeld werkzaamheden verstaan met een maatschappelijk belang. Cruciaal hierbij was dat deze werkzaamheden niet (primair) voor de deelnemer zelf profijt opleverden (bijvoorbeeld, in de vrije tijd de eigen administratie bijhouden viel niet onder vrijwilligerswerk, maar koffie rondbrengen in een verzorgingstehuis wel). Ook werd door middel van de Internationale Lichamelijke Activiteiten Vragenlijst (ILAV) de mate van lichamelijke activiteit van de deelnemers uitgevraagd. Deze lijst brengt de volgende onderdelen van fysieke activiteit in kaart: 1. Fysieke activiteiten tijdens het werk; 2. Fysieke activiteiten die verband houden met vervoer; 3. Huishoudelijk werk, klusjes en gezinstaken, en; 4. Fysieke activiteiten die verband houden met sport, ontspanning en vrije tijd [12]. Een schatting van het IQ werd verkregen door de Nederlandse Leestest voor Volwassenen (NLV) af te nemen [13].

Neuropsychologisch onderzoek

Alle deelnemers voltooiden de volgende testbatterij waarmee het episodisch geheugen, het executieve functioneren, de psychomotorische snelheid, en de volgehouden aandacht in kaart werden gebracht.

Het visuele episodische geheugen werd gemeten met de subtest Visuele Reproductie van de Wechsler Memory Scale – Vierde editie (WMS-IV) [14]. Bij deze taak krijgen deelnemers vijf kaarten met op elke kaart één abstract figuur te zien. De figuren moeten zowel direct na het tonen (directe reproductie) als na tien minuten (uitgestelde reproductie) uit het hoofd nage tekend worden. Tevens werd de herkenning gemeten, door deelnemers uit zes afbeeldingen steeds die afbeelding te laten kiezen die ze eerder hadden gezien. Het verbale episodische geheugen is gemeten met de 15-woordentest [15]. Hierbij wordt vijfmaal een lijst van 15 ongerelateerde woorden aan de deelnemers voorgelezen. Na elke presentatie moeten deelnemers zoveel mogelijk woorden reproduceren (directe reproductie). Na 20 minuten werd hen dit nogmaals gevraagd als maat van de uitgestelde reproductie. Tevens werd de herkenning gemeten, waarbij deelnemers van elk van de in totaal dertig woorden moesten aangeven of een woord al dan niet deel uitmaakte van de eerder voorgelezen lijst.

Het executief functioneren werd gemeten met de Trail Making Test (TMT) voor het meten van de men-

tale flexibiliteit en met de Stroop Kleur-Woord taak voor het meten van cognitieve inhibitie [16, 17]. Bij de TMT moeten deelnemers in deel A zo snel mogelijk getallen in oplopende volgorde met elkaar verbinden en in deel B zo snel mogelijk getallen met letters in alternierende volgorde (bijvoorbeeld 1-A, 2-B, et cetera). De ratioscore, waarbij de tijd benodigd voor de TMT-B gedeeld wordt door de tijd benodigd voor de TMT-A, werd als maat voor mentale flexibiliteit gebruikt. De Stroop Taak meet de mate van cognitieve inhibitie. Deze taak bestaat uit drie kaarten, waarbij op de eerste kaart zo snel mogelijk kleurnamen voorgelezen dienen te worden (kaart I) en op de tweede (kaart II) kleuren benoemd dienen te worden. Op de derde kaart staan kleurnamen in een incongruente inktkleur gedrukt (bijvoorbeeld het woord 'groen' in de kleur rood); hierbij moeten zo snel mogelijk de kleuren benoemd worden, waarbij het woord zelf genegeerd dient te worden. De tijd benodigd voor kaart III werd gedeeld door de tijd die nodig was voor kaart II als maat voor de cognitieve inhibitie. Een aantal subtaken van deze tests, namelijk de Woord- en Kleurkaart van de Stroop Taak en TMT-A, werden gebruikt om de psychomotorische snelheid in kaart te brengen.

Als laatste werd de volgehouden aandacht gemeten met de Bourdon-Vos Test [18]. Deze taak bestaat uit 33 regels met stipjes die als drietal, viertal of vijftal zijn gegroepeerd. Hierbij moeten zo snel mogelijk alle vierstipgroepjes doorgestreept worden. De totale voltooiingstijd, het aantal omissies (de vergeten viertallen) en het aantal fouten (doorgestreepte drie- en vijfstipgroepjes) werden hierbij genoteerd.

Statistische verwerking

Voor de hoofdanalyses werd al dan niet werkzaam zijn gedichotomiseerd. Hierbij was het doel onderscheid te maken tussen deelnemers die niet of nauwelijks werkzaam waren en deelnemers die minimaal een substantieel deel van een dag werkzaamheden verrichten. Aangezien, voor zover bij ons bekend, er tot op heden geen studies zijn over het aantal uren dat iemand werkzaam moet zijn voordat er een relatie met cognitie gevonden wordt, werd deze indeling gebaseerd op de mediaan, namelijk: niet of zeer beperkt werkzaam zijn (score 0, < drie uur per week werkzaam, $n = 16$) en werkzaam zijn (score 1, \geq drie uur per week werkzaam, $n = 14$). Pearson chi-kwadraat toetsen zijn uitgevoerd om te toetsen of er verschillen bestonden tussen de twee groepen wat betreft geslachtsverdeling en gezondheidsfactoren (hypertensie, diabetes etc.).

Om te onderzoeken of er verschillen tussen de groepen bestaan wat betreft leeftijd, IQ, het aantal jaren dat iemand werkzaam is geweest, de mate van fysieke activiteit en de mate van stress, is voor elke maat Cohens d berekend, als indicatie van de grootte van het effect. Om het effect van al dan niet werkzaam zijn

Tabel 1 Overzicht van kenmerken van de werkzame en niet werkzame groep.

	niet werkzaam	werkzaam	effect size
<i>N</i>	15	13	–
leeftijd	71,73 (7,0)	69,08 (6,1)	$d = -0,40$ (-1,14–0,36)
man/vrouw (<i>n</i>)	3/12	8/5	–
aantal actieve uren per week	0,93 (1,0)	18,62 (16,2)	–
jaren betaalde werkzaamheden	45,47 (9,4)	39,08 (10,7)	$d = -0,64$ (-1,38–0,14)
gepensioneerd (<i>n</i>)	15 (100 %)	7 (53,8 %)	–
vrijwilligerswerk (<i>n</i>)	8 (53,3 %)	7 (53,8 %)	–
NLV-score	108,20 (8,2)	107,00 (6,7)	$d = -0,16$ (-0,90–0,59)
opleidingsniveau	6,00 (IQR = 1)	6,00 (IQR = 1)	$d = 0,01$ (-0,72–0,74)
MMSE	28,33 (1,2)	28,38 (1,7)	$d = 0,11$ (-0,63–0,83)
hypertensie (<i>n</i>)	5	5	–
diabetes mellitus (<i>n</i>)	0	2	–
cardiale ziekte (<i>n</i>)	2	2	–
hypercholesterolomie (<i>n</i>)	3	3	–
roken (<i>n</i>)	0	0	–
TIA (<i>n</i>)	1	0	–
ILAV	3908,67 (2218,5)	4191,72 (2250,7)	$d = 0,10$ (-0,64–0,85)
stress	25,07 (25,3)	23,62 (17,2)	$d = -0,07$ (-0,81–0,68)

Aantal actieve uren per week, jaren betaalde werkzaamheden, NLV-score, MMSE, ILAV en stress zijn gemiddelde scores (\pm SD), opleidingsniveau is als mediaan (IQR) weergegeven; de overige scores betreffen frequenties
 ILAV Internationale Lichamelijke Activiteiten Vragenlijst, MMSE Mini-Mental State Examination, NLV Nederlandse Leestest voor Volwassenen, TIA transient ischemic attack

op de cognitieve prestatie te onderzoeken, is eveneens voor elke testuitkomst Cohens d berekend. Hierbij staat een waarde van 0,2 voor een klein effect, een waarde van 0,5 voor een matig-sterk effect en een waarde van 0,8 voor een groot effect. Een d waarde van minimaal 0,5 (een matig-sterk effect) werd als waarde aangehouden om te kunnen spreken van een verschil tussen de groepen. In het geval van niet-normaal verdeelde variabelen, hebben we een schatting van Cohens d gemaakt volgens een eerder gevalideerde methode [19].

Tevens werd door middel van Spearman-rangcorrelaties (eenzijdig) gekeken naar de relatie tussen het aantal uur dat iemand werkzaam is en de cognitieve testcores. Zo kan onderzocht worden of er sprake is van een relatie tussen het cognitief functioneren en het aantal uren dat per week aan werk besteed wordt. Deze analyse is alleen uitgevoerd voor die testcores waarop Cohens d 0,5 of hoger bedroeg.

Resultaten

Van de dertig deelnemers bleken er twee toch een CVA in de voorgeschiedenis te hebben. Deze deelnemers

zijn daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Van de resterende 28 deelnemers konden er 13 als werkend geclassificeerd worden (dat wil zeggen, drie uur of meer per week werkzaam) en werden er 15 in de categorie 'niet werkzaam' ingedeeld. Kenmerken van deze deelnemers staan weergegeven in tab. 1. In de groep werkende deelnemers verrichtte 6 deelnemers nog betaalde werkzaamheden en waren 7 deelnemers actief als vrijwilliger. In de groep niet-werkende deelnemers verrichtte geen van de deelnemers nog betaalde werkzaamheden, maar waren er 8 nog actief als vrijwilliger (alhoewel minder dan 3 uur per week).

In de groep werkende deelnemers zaten meer mannen dan in de niet-werkende groep, hoewel dit verschil slechts marginaal significant was (Fisher's exact test; $p = 0,051$). De groepen waren vergelijkbaar wat betreft de leeftijd van de deelnemers ($d = -0,40$), intelligentie ($d = -0,16$) en opleidingsniveau ($d = 0,01$). Een matig-sterk effect werd gevonden voor het aantal jaren dat iemand werkzaam was geweest ($d = -0,64$), waarbij de groep die niet meer werkzaam was gedurende een groter aantal jaren betaald werk had verricht dan de groep die nog wel werkzaam was. Dit betrof (op basis van

Tabel 2 De gemiddelde prestaties van de werkzame en niet-werkzame groep op de neuropsychologische taken.

	niet-werkzaam	werkzaam	effect size
<i>verbaal Geheugen</i>			
15-Woordentest – directe reproductie	36,73 (9,8)	41,54 (10,9)	$d = 0,47 (-1,22-0,29)$
15-Woordentest – uitgestelde reproductie	6,93 (2,5)	8,38 (3,5)	$d = 0,48 (-0,28-1,22)$
15-Woordentest – herkenning	26,93 (2,1)	28,0 (2,6)	$d = 0,65 (-0,14-1,36)$
<i>visueel Geheugen</i>			
VR – directe reproductie	30,20 (6,5)	32,77 (6,8)	$d = 0,39 (-0,37-1,12)$
VR – uitgestelde reproductie	18,73 (8,4)	25,23 (10,5)	$d = 0,69 (-0,09-1,43)$
VR – herkenning	6,33 (0,8)	5,77 (1,4)	$d = -0,32 (-1,04-0,34)$
<i>psychomotorische snelheid</i>			
TMT-A (s)	44,63 (12,9)	37,16 (10,8)	$d = -0,62 (-1,36-0,15)$
Stroop Woordkaart (s)	51,49 (10,4)	48,54 (7,8)	$d = -0,32 (-1,06-0,44)$
Stroop Kleurkaart (s)	64,95 (11,4)	57,87 (7,1)	$d = -0,73 (-1,48-0,05)$
<i>executief functioneren</i>			
TMT-B ratio	2,41 (0,9)	2,15 (0,6)	$d = -0,23 (-0,95-0,52)$
Stroop Interferentie	2,14 (0,6)	2,01 (0,5)	$d = -0,23 (-0,97-0,52)$
<i>volgehouden aandacht</i>			
Bourdon voltooiingstijd (s)	432,69 (81,7)	375,93 (53,1)	$d = -0,81 (-1,56 - -0,02)$
Bourdon omissies	15,27 (17,6)	12,38 (10,6)	$d = -0,11 (-0,38-0,63)$
Bourdon fouten	0,13 (0,4)	0,00 (0,0)	–

TMT-B ratio is de TMT-B voltooiingstijd gedeeld door de TMT-A voltooiingstijd. Stroop Interferentiescore is de voltooiingstijd op de Stroop Kleur/Woordkaart gedeeld door de voltooiingstijd op de Kleurkaart
TMT Trail Making Test, *VR* Visuele Reproductie

het 95 % betrouwbaarheidsinterval, zie tab. 1) een niet statistisch significant verschil.

Tevens werden er geen groepsverschillen gevonden wat betreft de aanwezigheid van hypertensie, diabetes, of hartaandoeningen (alle p 's > 0,2), of de mate van ervaren stress ($d = -0,07$). Geen van de deelnemers rookte. Voor de mate van fysieke activiteit is de totaalscore van de ILAV gebruikt; op het totaal van deze onderdelen verschilden de groepen niet significant ($d = 0,10$).

Werkzaam zijn

De effectgroottes van de verschillen tussen de groepen staan in tab. 2 weergegeven. Aangezien er nauwelijks fouten op de Bourdon-Vos Test gemaakt werden, is deze uitkomstmaat niet verder geanalyseerd.

Voor vier uitkomstmaten werd een matig-sterk groepseffect gevonden (uitgestelde visuele reproductie, 15-Woordentest herkenning, Stroop Kleurkaart, TMT-A) en voor één uitkomstmaat een groot effect

(Bourdon voltooiingstijd). In alle gevallen presteerden de werkende deelnemers beter dan de niet of nauwelijks werkende deelnemers.

Aangezien de groepen enigszins verschilden wat betreft de man-vrouwverdeling, is gekeken in hoeverre geslacht mogelijk een onderliggende factor is in de relatie tussen werkzaam zijn en het cognitieve functioneren. Hiervoor is onderzocht of geslacht samenhangt met die cognitieve testcores waarop de groepen verschilden (uitgestelde visuele reproductie, 15-Woordentest herkenning, Stroop Kleurkaart, TMT-A, Bourdon voltooiingstijd). Mann-Whitney U testen toonden op geen van deze uitkomstmaten een effect van geslacht aan (uitgestelde visuele reproductie: $Z = -1,77$, $p = 0,08$, 15-Woordentest herkenning: $Z = 0,45$, $p = 0,68$, Stroop Kleurkaart: $Z = 1,15$, $p = 0,26$, TMT-A: $Z = 0,78$, $p = 0,46$, Bourdon voltooiingstijd: $Z = 0,31$, $p = 0,78$).

Het aantal uren werkzaam zijn

Van alle cognitieve uitkomstmaten met een d -waarde $\geq |0,5|$ (uitgestelde visuele reproductie, 15-Woordentest herkenning, Stroop Kleurkaart, TMT-A, Bourdon voltooingstijd), bleken er vier significant samen te hangen met het aantal uur dat iemand werkzaam is. Een toename in het aantal uren werkzaam zijn hing samen met een betere prestatie op de visuele uitgestelde reproductie ($\rho = 0,33$; $p < 0,05$), de 15-Woordentest herkenning ($\rho = 0,40$; $p < 0,05$), de TMT-A ($\rho = -0,35$; $p < 0,05$) en de Bourdon voltooingstijd ($\rho = -0,43$; $p < 0,05$). Voor de Stroop Kleurkaart werd een trend gevonden ($\rho = -0,29$; $p = 0,06$).

Om te controleren voor een mogelijk onderliggend effect van de mate van fysieke activiteit, is de correlatie van deze variabele met het aantal uur werkzaam zijn berekend; dit verband was echter niet significant ($\rho = 0,02$; $p = 0,46$).

Discussie

Dit is een van de eerste pilotstudies waarin de relatie tussen werkzaam zijn en cognitief functioneren op latere leeftijd in kaart is gebracht. De resultaten laten zien dat op taken die het verbaal en visueel episodisch geheugen, de psychomotorische snelheid en de volgehouden aandacht meten, de groep werkzame deelnemers beter presteerde dan de groep die niet of nauwelijks werkzaam was. Het aantal uren dat iemand werkzaam is hing eveneens samen met de prestatie op het episodische geheugen, de aandacht, en de psychomotorische snelheid. Tezamen genomen laat deze studie zien dat er een significant verband bestaat tussen het cognitief functioneren en werkzaam zijn op latere leeftijd.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat mentaal actief zijn en blijven op oudere leeftijd het risico op neurodegeneratieve stoornissen vermindert [2, 6]. Tevens hebben eerdere studies al laten zien dat late pensionering samengaat met een verminderd risico op het ontwikkelen van dementie en een verminderde achteruitgang in het globale cognitieve functioneren [7, 8]. Studies naar de relatie met gedetailleerde neuropsychologische functies op latere leeftijd waren, zover ons bekend, nog niet eerder uitgevoerd. Zo lag de leeftijd van de huidige onderzoekspopulatie een stuk hoger dan in eerdere studies, waarin bijvoorbeeld cognitieve functies op 66 jarige leeftijd onderzocht werden [7]. Dit toont aan dat deze positieve associatie ook na de pensioengerechtigde leeftijd nog aanwezig is.

In verscheidene eerdere studies is een sterk effect van de mate van fysieke activiteit op het cognitief functioneren op latere leeftijd geconstateerd. Zowel de huidige mate van fysieke activiteit [20], maar ook de mate van fysieke activiteit in eerdere jaren blijkt een belangrijk correlaat te zijn van het cognitief functioneren, [21] waarbij een toename in de mate van activiteit structu-

reel geassocieerd wordt met een beter cognitief functioneren. Daarnaast hebben fysieke interventies, waarbij ouderen bijvoorbeeld een trainingsprogramma doorlopen, een positief effect op het cognitieve functioneren [22, 23]. Aangezien in de huidige studie werkzaam zijn niet samenhangt met de mate van fysieke activiteit, dragen beide variabelen, werkzaam zijn en een hogere mate van fysieke activiteit, mogelijk onafhankelijk van elkaar bij aan een beter cognitief functioneren [24]. Toekomstige studies zijn dan ook nodig die zich richten op zowel fysieke als mentale activiteit en het complementaire effect van deze facetten op het cognitieve functioneren bij ouderen.

Hoewel dit onderzoek inzicht heeft gebracht in de relatie tussen werkzaam zijn op oudere leeftijd en het cognitief functioneren zijn er ook een aantal beperkingen. Zo deed er slechts een klein aantal deelnemers mee aan deze studie, waardoor de huidige bevindingen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Hierdoor kan het zijn dat mogelijke storende variabelen ten grondslag liggen aan de effecten, zoals een verschil in leeftijd of cardiovasculaire risicofactoren. Ondanks dat deze uitkomstmaten niet statistisch verschilden tussen de groepen, kan dat eerder een weergave van de kleine studiepopulatie zijn dan dat het betekent dat er daadwerkelijk geen verschil tussen de groepen bestond op deze variabelen. Zo werd een marginaal verschil in geslacht tussen de groepen gevonden; mogelijk speelt geslacht daardoor een belangrijke rol in de groepsverschillen op de cognitieve uitkomstmaten, ook al vonden we weinig bewijs voor een verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de cognitieve testprestatie. Gerelateerd aan dit punt is het mogelijk dat enkele zogeheten outliers grotendeels verantwoordelijk zijn voor de gevonden resultaten. Dit maakt het essentieel om deze eerste pilot-resultaten te repliceren in een grotere groep deelnemers. Desalniettemin laten resultaten van de non-parametrische correlatieanalyse, waarbij per definitie de invloed van outliers beperkt wordt door het toekennen van rangscores, vergelijkbare bevindingen zien waarbij een toename in het aantal gewerkte uren samengaat met een betere cognitieve testprestatie.

Daarnaast zijn een aantal facetten niet in kaart gebracht die mogelijk wel een rol spelen, zoals de complexiteit van het werk en activiteiten gedurende werkonderbrekingen. Zo hebben Leist et al. [25] bijvoorbeeld aangetoond dat werkonderbreking als gevolg van werkeloosheid en ziekteverlof samenhangt met een grotere kans op cognitieve stoornissen op latere leeftijd, terwijl werkonderbreking als gevolg van bijvoorbeeld training of zwangerschapsverlof samenhangt met een beter cognitief functioneren. Het verdient dan ook aanbeveling om deze factoren mee te nemen bij toekomstig onderzoek, waarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen de noodzaak (tijdelijk) te moeten stoppen met werken vanwege gezondheidsredenen of dat

werkzaamheden (tijdelijk) gestaakt worden vanwege een meer intrinsieke reden (sabbatical, ouderschapsverlof, etc.). In hoeverre deze factoren een rol hebben gespeeld in de huidige studieresultaten is onbekend. Wel is belangrijk op te merken dat de huidige bevindingen niet verklaard kunnen worden doordat de werkende deelnemers gedurende een langere periode betaald werk hebben verricht. Een (niet-significant) matig-sterk verschil liet zien dat de groep niet-werkenden gedurende een langere periode betaald werkzaam was geweest. Ook is geen van de deelnemers gestopt met werken vanwege gezondheidsproblemen zoals cardiovasculaire problematiek.

Concluderend laat deze studie zien dat werkende oudere volwassenen beter presteren op verschillende cognitieve taken dan niet werkzame oudere volwassenen. Een belangrijke vraag betreft de causaliteit van deze relatie: zo is het mogelijk dat werkzaam zijn leidt tot een beter cognitief vermogen, doordat werkenden actief gebruik blijven maken van de cognitieve functies tijdens de werkzaamheden. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat dit *use-it-or-lose-it*-principe incorrect is en dat juist mensen met een beter cognitief vermogen langer werkzaam blijven. In dit laatste geval is de cognitie juist een voorspeller van de mate waarin mensen nog werkzaamheden kunnen verrichten en/of de intentie om dit te doen daadwerkelijk kunnen omzetten in daden.

Om meer inzicht te geven in de causaliteit van de relatie tussen cognitie en werkzaam zijn, zal longitudinaal vervolgonderzoek nodig zijn. Hierbij kan gedacht worden aan een prospectieve studie, waarbij volwassen die werkzaam zijn over de tijd gevolgd worden om

het verloop van het cognitieve functioneren te koppelen aan het moment dat zij de werkzaamheden staken. Met deze opzet is het mogelijk om te kijken hoe het cognitieve profiel zich verder ontwikkelt nadat de werkzaamheden gestaakt zijn, en of mogelijk cognitieve achteruitgang al optreedt voordat de werkuitvoering beëindigd wordt. Daarnaast is toekomstig onderzoek nodig waarbij een meer objectieve definitie van werkzaam zijn gehanteerd wordt, om de resultaten van de huidige studie (waarbij werkzaam zijn aan de hand van zelfrapportage vastgesteld werd) te repliceren. Tot slot zou een indeling kunnen worden gemaakt op basis van het soort werk dat iemand doet of heeft gedaan. Zo kan expliciet een onderscheid gemaakt worden in hoeverre de werkzaamheden (primaair) een beroep doen op cognitieve activiteit en/of aerobe inspanning. Dit onderscheid is belangrijk om de precieze factoren te identificeren die ten grondslag liggen aan een betere cognitieve prestatie bij het nog werkzaam zijn; een eerdere studie heeft bijvoorbeeld aangetoond dat werk met een grotere mate van cognitieve inspanning beschermend werkt tegen cognitieve achteruitgang [26].

Deze vragen zijn cruciaal in het kader van de vraag hoe we succesvolle veroudering kunnen optimaliseren. Indien werkzaam blijven werkelijk een positief effect op het cognitieve functioneren heeft, zou dit, afhankelijk van de gezondheid en persoonlijke omstandigheden, kunnen pleiten voor doorwerken op latere leeftijd.

Dankbetuiging. Dank gaat uit naar professor Roy P.C. Kesels voor zijn waardevolle feedback op een eerdere versie van het manuscript.

Literatuur

1. World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Lee PL. Cognitive function in midlife and beyond: physical and cognitive activity related to episodic memory and executive functions. *Int J Aging Hum Dev.* 2014;79:263–78.
3. Scherder E, Scherder R, Verburgh L, et al. Executive functions of sedentary elderly may benefit from walking: A systematic review and meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014;22:782–91.
4. Colcombe SJ, Erickson KI, Scalf PE, et al. Exercise: An active route to healthy aging. Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *J Gerontol Med Sci.* 2006;61:1166–70.
5. Erickson KI, Voss MW, Shaurya Prakash R, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci.* 2011;108:3017–22.
6. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 2003;348:2508–16.
7. Dufouil C, Pereira E, Chêne G, et al. Older age at retirement is associated with decreased risk of dementia. *Eur J Epidemiol.* 2014;29:253–61.
8. Rennemark M, Berglund J. Decreased cognitive functions at the age of 66, as measured by the MMSE, associated with having left working life before the age of 60: Results from the SNAC study. *Scand J Public Health.* 2014;42:304–9.
9. Roberts BA, Fuhrer R, Marmot M, Richards M. Does retirement influence cognitive performance? The Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:958–63.
10. Verhage F. Intelligentie en leeftijd. Assen: Van Gorcum; 1964.
11. Monk TH. A visual analogue scale technique to measure global vigor and affect. *Psychiatry Res.* 1989;27:89–99.
12. Poppel M van. International physical activity questionnaire 2015. <http://www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/ipaq>, Dutch version.

13. Schmand B, Bakker D, Saan R, Louman J. De Nederlandse Leestest voor Volwassenen. *Tijdschr Gerontol En Geriatr.* 1991;22:15–9.
14. Wechsler D. Wechsler Memory Scale–Fourth Edition. San Antonio: Pearson; 2009.
15. Elst W van der, Boxtel MP van, Breukelen GJ van, Jolles J. Rey’s verbal learning test: normative data for 1855 healthy participants aged 24–81 years and the influence of age, sex, education, and mode of presentation. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005;11:290–302.
16. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills.* 1958;8:271–6.
17. Elst W van der, Boxtel MP van, Breukelen GJ van, Jolles J. The Stroop color-word test: influence of age, sex, and education; and normative data for a large sample across the adult age range. *Assessment.* 2006;13:62–79.
18. Vos PG. Bourdon Vos test handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.; 1998.
19. Newcombe RG. Confidence intervals for an effect size measure based on the Mann–Whitney statistic. Part 2: Asymptotic methods and evaluation. *Stat Med.* 2006;25:559–73.
20. Frias CM de, Dixon RA. Lifestyle engagement affects cognitive status differences and trajectories on executive functions in older adults. *Arch Clin Neuropsychol.* 2014;29:16–25.
21. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med.* 2011;269:107–17.
22. Kramer AF, Hahn S, Cohen NJ, et al. Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature.* 1999;400:418–9.
23. Anderson-Hanley C, Arciero PJ, Adam DPE, et al. Exergaming an older adult cognition. A cluster randomized clinical trial. *Am J Prev Med.* 2012;42:109–19.
24. Wang HX, Jin Y, Hendrie HC, et al. Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *J Gerontol Med Sci.* 2013;68:205–13.
25. Leist AK, Hessel P, Avendano M. Do economic recessions during early and mid-adulthood influence cognitive function in older age? *J Epidemiol Community Health.* 2014;68:151–8.
26. Bosma H, Boxtel MPJ van, Ponds RWHM, Houx PF, Burdorf A, Jolles J. Mental work demands protect against cognitive impairment; MAAS Prospective Cohort Study. *Exp Aging Res.* 2003;29:33–45.

Fysieke fixatie en slimme technologie in Vlaamse woonzorgcentra: Resultaten van een surveybevraging bij zorg- en beleidspersoneel over visie en gebruik

V. Carlassara · E. Lampo · B. Degryse · C. Van Audenhove · N. Spruytte

Samenvatting

Doelstelling Het STAFF-project onderzoekt in welke mate slimme technologie een alternatief kan vormen voor fysieke fixatie in woonzorgcentra. Een surveybevraging is opgezet met als doelstelling meer inzicht te krijgen in de visie op en het gebruik van fysieke fixatie enerzijds en van slimme technologie anderzijds.

Methode Twee deels overlappende gestructureerde vragenlijsten zijn ontwikkeld en uitgestuurd naar medewerkers van Vlaamse woonzorgcentra. Honderd zesenvijftig beleidsmedewerkers (directie of stafmedewerkers) en 238 zorgpersoneelsleden vulden de online survey in.

Resultaten Er is een lage algemene aanvaardbaarheid van fysieke fixatie, maar het beeld over aanvaardbare redenen en aanvaardbare middelen van fysieke fixatie is genuanceerd. Ongeveer de helft van het beleidspersoneel zegt slimme technologie toe te passen in het woonzorgcentrum. Een te hoge kostprijs van slimme technologie en het niet voldoen van de infrastructuur van het woonzorgcentrum zijn de belangrijkste redenen voor het (nog) niet toepassen van slimme technologie. Alle respondenten vinden meerdere strategieën belangrijk om te komen tot fixatie-arme zorg in woonzorgcentra.

Conclusie Fysieke fixatie is een complexe thematiek en vergt genuanceerde analyse en opvolging. Deze studie toont dat er nog groeimarge is in het terugdringen van fysieke fixatie en dat Vlaamse woonzorgcentra openstaan voor de inzet van slimme technologie.

Trefwoorden fysieke fixatie · slimme technologie · bed- en opsta-alarmering · woonzorgcentra

Vision on and use of physical restraints and 'smart technology' in nursing homes in Flanders

Abstract

Aim The STAFF-project investigates in what way 'smart technology' can offer an alternative for physical restraints in nursing homes. A survey is realized aimed at gaining more insight into the vision on and the use of physical restraints and 'smart technology'.

Method Two partly overlapping structured questionnaires were developed and sent to nursing home staff in Flanders (Belgium). One hundred fifty six administrators (managers or assistant-managers) and 238

V. Carlassara · C. Van Audenhove · N. Spruytte (✉)
LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de
KU Leuven, Minderbroedersstraat 8 bus 5310, 3000 Leuven,
België
e-mail: Nele.Spruytte@kuleuven.be

E. Lampo · B. Degryse
Cretecs, Expertisecentrum Zorgtechnologie van de VIVES
Hogeschool West-Vlaanderen, Katholieke Hogeschool VIVES,
Xaverianenstraat 10, 8200 Brugge, België

DOI 10.1007/s12439-017-0210-z
Published online: 28 February 2017

caregiving staff (nurses, nursing aids, paramedical staff and other) completed the online questionnaire.

Results In general there is a low acceptability of physical restraint use, however, a more nuanced picture of acceptability is present depending on the specific motivation for using physical restraints and on the specific means of physical restraints. About half of the administrators say they use smart technology in the nursing home. The two main reasons for not applying (yet) smart technology are 'too high price for smart technology' and 'inadequate infrastructure of the nursing home'. All respondents underscore the importance of multiple strategies to diminish the use of physical restraints in nursing homes.

Conclusion Physical restraint use is a complex theme and needs a nuanced analysis and management. This study shows that there is still room for improvement in diminishing the use of physical restraints and that nursing homes in Flanders are open to use smart technology.

Keywords Physical restraints · Smart technology · Bed-exit alarming systems · Nursing homes

Inleiding

Het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een controversieel thema binnen de gezondheidszorg. Tegelijk blijft het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij ouderen in ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuiszorg internationaal hoog [1–3].

Prevalentiecijfers over het gebruik van fysieke fixatie variëren naargelang de gehanteerde definitie van fysieke fixatie. Dit onderzoek vertrekt vanuit de volgende definitie: "Fysieke fixatie is elk materiaal, uitrusting of handelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), in de buurt van het lichaam van een persoon die door hem/haar niet eenvoudig kan worden verwijderd, en die zijn/haar bewegingsvrijheid of de normale toegang tot het lichaam beperkt" [4–8].

Hoewel onderzoek niet kan aantonen dat fysieke fixatie bijdraagt tot valpreventie [9], wordt dit nog altijd vaak als reden gehanteerd in woonzorgcentra om over te gaan tot een fysiek vrijheidsbeperkende maatregel [10].

Meer en meer gaat men op zoek naar alternatieven voor fysieke fixatie. Slimme technologie kan hierbij een oplossing bieden. Met name toezichhoudende domoticoepassingen zijn mogelijke alternatieven voor het gebruik van fysieke fixatiemiddelen zoals beddekken, verpleegdekens of fixatiebanden. Zorgdomotica tijdens de nacht kan onderverdeeld worden in akoestische, sensorische en videobewaking en met de meest recente toepassingen (zogenaamde derde generatie systemen) is het mogelijk om op een intelligente manier informatie te verzamelen over het functioneren van een bewoner en op basis hiervan alarmering te geven

[11]. Zorgmedewerkers uit Nederlandse verpleeghuizen zien de inzet van toezichhoudende domotica bij personen met dementie eerder als supplementair dan als een volwaardig alternatief voor fysieke fixatie [12]. In de residentiële ouderenzorg in Nederland is er al geruime tijd aandacht voor het gebruik van toezichhoudende domotica, vooral voor personen met dementie [13]. Er is echter weinig recent cijfermateriaal ter beschikking over toezichhoudende domotica of andere slimme technologie in woonzorgcentra, zeker in Vlaanderen ontbreekt dit.

Het STAFF-project loopt van 2014 tot en met 2016. STAFF is hier een acroniem voor Slimme Technologie als Alternatief voor Fysieke Fixatie. De studie omvat drie onderdelen: een surveybevraging, een interventiestudie in Vlaamse woonzorgcentra en de opbouw van een kennisplatform. Een eerste doelstelling van het STAFF-project was een beeld te krijgen van de visie op en het gebruik van zowel fysieke fixatie als slimme technologie in Vlaamse woonzorgcentra. De vraagstelling is bewust breed gehouden. Zo wordt er gepeild naar diverse redenen en middelen voor fysieke fixatie. Hierbij wordt niet gefocust op een specifieke doelgroep van bewoners (bv. personen met dementie), maar is het geheel van de populatie van het woonzorgcentrum beschouwd. Bovendien is ook uitgegaan van een brede definitie van slimme technologie: "De koppeling tussen informatie-, communicatie- en diagnostische en gezondheidsmonitoringstechnologieën onderling (bijvoorbeeld bewegingsmelder gekoppeld aan oproepsysteem) ter ondersteuning van de zorg en het welzijn van de zorgbehoevende ten behoeve van een betere kwaliteit van leven en wonen".

Omdat het onderzoek een brede terreinverkenning inhield, is gekozen voor de methode van een survey, gericht aan zorgmedewerkers en aan beleidspersoneel van woonzorgcentra. In een vervolgstudie is door middel van een actie-onderzoek verder bestudeerd in hoeverre toezichhoudende technologie, met name bedden opsta-alarmering, een alternatief vormen voor fysieke fixatie [14]. Dit artikel rapporteert de belangrijkste vaststellingen uit de surveybevraging en biedt een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de aanvaardbaarheid van fysieke fixatie?
 - a. Wat is de globale aanvaardbaarheid en verschilt die volgens functie van het zorgpersoneel?
 - b. Wat is de aanvaardbaarheid van bepaalde redenen voor inzet van fysieke fixatie?
 - c. Wat is de aanvaardbaarheid van bepaalde middelen van fysieke fixatie?
2. Wat is de geschatte prevalentie van het gebruik van fysieke fixatie?
3. Wat is de visie op de impact van slimme technologie?
 - a. Wat is de visie op slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie?

- b. Wat is de visie op het effect van slimme technologie op de privacy?
- c. Wat is de visie op het effect van slimme technologie op de werkdruk, personeelsbezetting en het menselijk contact tussen zorgverlener en zorgbehoevende?
4. Wat is het geschatte gebruik van slimme technologie?
 - a. Wat is het geschatte gebruik van slimme technologie?
 - b. Wat is de bekendheid met specifieke toepassingen van slimme technologie?
 - c. Wat zijn redenen voor het niet-gebruik van slimme technologie?
 - d. Wat is de samenhang tussen het gebruik en de visie op slimme technologie?
5. Wat is het relatieve belang van strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg in woonzorgcentra?

Methodes

Met het oog op een brede verkenning van de sector, is gekozen voor de opmaak van een gestructureerde vragenlijst, die online is uitgestuurd.

Meetinstrument

De vragenlijst is eerst op papier ontwikkeld op basis van onderzoekservaring in de ouderenzorg en literatuurstudie. Vervolgens is de vragenlijst omgezet naar een online versie en getest.

Omdat de bevraging inging op diverse thema's zijn twee versies van de vragenlijst ontwikkeld. Sommige vragen zijn enkel voorgelegd aan beleidsmedewerkers (directie of stafmedewerkers), bijvoorbeeld beleidsafspraken of procedures omtrent fysieke fixatie in het woonzorgcentrum. Andere vragen zijn enkel voorgelegd aan zorgpersoneel (verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici of afdelingshoofden), bijvoorbeeld de aanvaardbaarheid van welbepaalde redenen of middelen tot fysieke fixatie. Tot slot zijn een aantal vragen aan beide groepen voorgelegd, bijvoorbeeld de perceptie van strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg.

Procedure van gegevensverzameling

De online vragenlijst werd door een onafhankelijk advies- en communicatiebureau via diverse kanalen verspreid. De vragenlijst gericht op beleidspersoneel is via een persoonlijke mail verspreid: 738 directeurs van een Vlaams erkend woonzorgcentrum kregen een persoonlijke uitnodiging met link naar de online vragenlijst. Tevens werden zij uitgenodigd om een aparte link door te sturen naar hun zorgmedewerkers. Zorgpersoneel is op drie manieren uitgenodigd voor medewerking aan de bevraging (1) hun directies kregen de

link en nodigden hen uit voor deelname, (2) 477 hoofdverpleegkundigen zijn in een persoonlijke mail aangeschreven en uitgenodigd voor medewerking en (3) de aankondiging van de online bevraging verscheen in de online nieuwsbrieven van ZorgAndersTV die verspreid worden naar meer dan 13.000 zorgprofessionals.

Een herinneringsmail is gestuurd naar de directies en hoofdverpleegkundigen via mail. De zij-instromers (via nieuwsbrieven en andere kanalen) kregen geen herinneringsmail. De periode van dataverzameling is gestart op 24/01/2015 en afgesloten op 06/03/2015.

Procedure van gegevensverwerking

De gegevens zijn statistisch verwerkt met het programma SAS. Het hoofddaccent lag op beschrijvende analyses. Waar mogelijk zijn door middel van variantieanalyses, Chi-kwadraattesten en correlatieanalyses verschillen getoetst in functie van de kenmerken van de respondenten en de woonzorgcentra.

Resultaten

Respons

Deze pragmatische steekproef van beleidsverantwoordelijken en zorgpersoneel van Vlaamse erkende woonzorgcentra leverde een effectieve respons op van 156 beleidsverantwoordelijken en 238 zorgpersoneelsleden. Meer dan de helft van de beleidsverantwoordelijken is algemeen directeur of dagelijks verantwoordelijke, de overigen zijn stafmedewerkers (bv. hoofd bewonerszorg, kwaliteitscoördinator). Deze beleidsverantwoordelijken zijn gemiddeld 47 jaar oud (standaarddeviatie 9 jaar) en deze groep bestaat voor 57 % uit mannen. Zeven op tien van hen is werkzaam in een stand-alone woonzorgcentra, de overigen zijn werkzaam in een organisatie met meerdere woonzorgcentra. De verdeling volgens het statuut van het woonzorgcentrum wijst op een lichte ondervertegenwoordiging van de private for profit instellingen, in het voordeel van de private non-profit voorzieningen in deze groep van beleidspersoneel.

De zorgpersoneelsleden hebben een gemiddelde leeftijd van 44 jaar (standaarddeviatie 9 jaar) en acht op tien van hen is vrouwelijk (79 %). De helft van de zorgpersoneelsleden die deelnamen aan deze studie, zijn hoofdverpleegkundige of afdelingshoofd (53 %), er zijn ook 24 % verpleegkundigen, 11 % paramedici en 8 % zorgkundigen.

Omwille van de gehanteerde rekruteringsmethode is het niet mogelijk een exact responspercentage te berekenen ten opzichte van de totale populatie.

Tabel 1 Algemene aanvaardbaarheid van fysieke fixatie volgens beleids- en zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra (in %).

stelling	beleidspersoneel (n = 156)					zorgpersoneel (n = 236)				
	HNA	NA	OB	A	HA	HNA	NA	OB	A	HA
ouderen moeten gefixeerd worden omdat ze meer kans lopen om te vallen met eventuele ernstige verwondingen tot gevolg	50,6	40,4	5,8	3,2	0,0	51,7	37,3	6,4	4,2	0,4
ouderen moeten gefixeerd worden omdat het een morele verplichting is mensen tegen schade te beschermen	51,9	37,2	6,4	4,5	0,0	57,6	34,7	3,8	2,5	1,3
het niet gebruik van fixatiemateriaal brengt zowel personen als instellingen in gevaar om juridisch vervolgd te worden	34,6	46,2	10,3	9,0	0,0	39,8	42,8	13,1	3,4	0,8
het stoort oudere mensen niet wanneer zij gefixeerd worden	70,5	25,6	1,9	1,9	0,0	67,4	26,7	3,4	2,1	0,4
bewoners moeten gefixeerd worden omdat er onvoldoende personeel op de afdeling is	65,4	26,9	3,8	3,8	0,0	68,2	24,2	5,1	2,5	0,0
er bestaan geen andere interventies dan gebruik van fixatiemateriaal om tegemoet te komen aan de behoeften van de bewoner	70,5	23,1	5,1	1,3	0,0	64,8	30,1	3,4	1,3	0,4

HNA helemaal niet akkoord, NA niet akkoord, OB onbeslist, A akkoord, HA helemaal akkoord

De aanvaardbaarheid van fysieke fixatie

Beide groepen respondenten kregen zes stellingen te beoordelen over fysieke fixatie. Elke stelling verwoordde een 'misverstand' over fysieke fixatie [1]. Er is gewerkt met een vijfpunten-antwoordschaal waarbij 1 staat voor helemaal niet akkoord en 5 voor helemaal akkoord. De globale aanvaardbaarheid ligt erg laag, aangezien zowel bij zorgpersoneel als bij beleidsmedewerkers meer dan 80 % van de respondenten 'helemaal niet akkoord' of 'niet akkoord' gaat met elk van de zes misverstanden. Enkel de stelling omtrent het gevaar om juridisch vervolgd te worden wordt relatief gezien iets meer als aanvaardbaar beschouwd (zie tab. 1).

Vervolgens is een somscore berekend over de zes stellingen heen (Cronbachs alfa = 0,75). Theoretisch loopt deze schaalscore van 6 tot en met 30, waarbij een hogere score er op wijst dat respondenten meer akkoord gaan met deze 'misverstanden' over fysieke fixatie en dus een hogere aanvaarding hebben van fysieke fixatie. De gemiddelde score van beleidsmedewerkers bedraagt 9,4 (S.D. = 2,9, Min = 6, Max = 19), die van het zorgpersoneel 9,3 (S.D. = 3,1, Min = 6, Max = 24). We vinden een significant verschil naargelang de functie van de respondent ($F = 2,00; p = .05$), waarbij paramedici fysieke fixatie relatief gezien het minst aanvaardbaar vinden ($M = 8,3$) en zorgkundigen het meest ($M = 10,6$), met dien verstande dat de algemene aanvaardbaarheid bij allen laag is.

Enkel de zorgpersoneelsleden kregen specifieke vragen over de aanvaardbaarheid van welbepaalde rede-

nen voor en middelen van fysieke fixatie. De 238 zorgpersoneelsleden beoordeelden 13 mogelijke redenen voor fysieke fixatie op een vijfpunten-schaal (1 = helemaal niet aanvaardbaar, 5 = helemaal aanvaardbaar). De drie meest aanvaardbare redenen voor de inzet van fysieke fixatie volgens het zorgpersoneel zijn (1) op vraag van de bewoner zelf (86 % geeft aan deze reden 'eerder aanvaardbaar' of 'helemaal aanvaardbaar' te vinden), (2) de bewoner berokkent schade aan zichzelf (75 % van het zorgpersoneel vindt deze reden 'eerder aanvaardbaar' of 'helemaal aanvaardbaar') en (3) de bewoner trekt medisch materiaal kapot (bv. sonde) (Voor 65 % van het zorgpersoneel is dit 'eerder aanvaardbaar' of 'helemaal aanvaardbaar'). Tab. 2 toont ook dat fysieke fixatie als valpreventiemiddel buiten deze top drie valt.

Verder konden zorgpersoneelsleden voor tien fysieke fixatiemiddelen (bedhekken, voorzettafel, geriatische zetel of diepe stoel, Zweedse lendengordel in zetel, trappelzak in bed, verpleegdeken (dit is een trappelzak die is vastgemaakt aan het bed), specifieke vrijheidsbeperkende kledij, Zweedse lendengordel in bed, polsband, enkelband) aangeven in welke mate ze dit een aanvaardbaar fixatiemiddel vonden (zelfde antwoordschaal). Tab. 3 laat zien dat de hoogste aanvaardbaarheidsscores worden gevonden voor het onrusthekken of bedhekken (93 %), de geriatische zetel of diepe stoel (91 %) en de voorzettafel of het tafelblad (84 %).

Tabel 2 Mate van aanvaardbaarheid van redenen voor inzet van fysieke fixatie volgens zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra ($n = 216$).

redenen voor inzet fysieke fixatie	% HNA	% ENA	% NANO	% EA	% HA
bij verminderde personeelsbezetting (bv. ziekteperiodes of verlof)	63	26	10	1	0
de bewoner vertoont storend gedrag voor personeel	41	29	21	8	1
tijdens de nachtdienst	26	24	26	22	2
de bewoner trekt incontinentiemateriaal kapot	13	24	22	38	3
de bewoner vertoont storend gedrag voor andere bewoners	13	25	29	30	3
de uitdrukkelijke vraag van de familie om dit middel te gebruiken	14	28	36	19	3
de bewoner vertoont dwaalgedrag	27	36	15	19	3
als er geen alternatieven voorhanden zijn op de afdeling	25	18	32	21	3
de bewoner heeft valrisico met sederende medicatie	13	30	23	29	5
de bewoner heeft valrisico met verminderde mobiliteit	7	22	25	40	6
de bewoner trekt medisch materiaal kapot (bv. sonde)	3	13	19	58	7
de bewoner berokkent schade aan zichzelf	1	6	18	61	14
de uitdrukkelijke vraag van de bewoner zelf om dit middel te gebruiken	2	3	9	40	46

HNA helemaal niet aanvaardbaar, ENA eerder niet aanvaardbaar, NANO noch aanvaardbaar, noch onaanvaardbaar, EA eerder aanvaardbaar, HA helemaal aanvaardbaar

Tabel 3 Mate van aanvaardbaarheid van verschillende fysieke fixatiemiddelen volgens zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra ($n = 216$).

fysiek fixatiemiddel	% HNA	% ENA	% NANO	% EA	% HA
onrusthekken of bedhekken	0	2	5	58	35
geriatrie zetel of diepe stoel	1	2	6	63	28
voorzettafel of tafelblad	1	4	11	61	23
verpleegdeken (trappelzak vastgemaakt aan bed)	2	11	17	58	12
trappelzak in bed	7	12	17	58	6
polsband	56	25	7	7	5
specifieke vrijheidsbeperkende kledij	13	14	35	33	4
enkelband	60	25	7	5	3
zweedse lendengordel in zetel	35	26	15	23	2
zweedse lendengordel in bed	42	31	12	14	1

HNA helemaal niet aanvaardbaar, ENA eerder niet aanvaardbaar, NANO noch aanvaardbaar, noch onaanvaardbaar, EA eerder aanvaardbaar, HA helemaal aanvaardbaar

De geschatte prevalentie van fysieke fixatie

Voor elk van de tien genoemde middelen tot fysieke fixatie, kon het zorgpersoneel aanduiden hoe vaak ze inschatten dat dit middel wordt toegepast in het woonzorgcentrum. Drie fixatiemiddelen worden vaak toegepast (tab. 4): het onrusthekken of bedhekken wordt

door 98 % van het zorgpersoneel dagelijks gebruikt, de geriatrie zetel of diepe stoel door 82 % en de voorzettafel of het tafelblad door 86 %. Pols- en enkelbanden worden het minst gebruikt.

Tabel 4 Frequentie van toepassing van verschillende fysieke fixatiemiddelen volgens zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra ($n = 216$).

fysiek fixatiemiddel	% dagelijks	% wekelijks	% maandelijks	% paar keer per jaar	% nooit	n
onrusthekken of bedhekken	98	1	0	0,5	0,5	216
voorzettafel of tafelblad	86	3	2	5	4	212
geriatische zetel of diepe stoel	82	4	2	2	10	212
verpleegdeken (trappelzak vastgemaakt aan bed)	54	5	2	18	20	213
zweedse lendengordel in zetel	34	3	5	13	45	203
trappelzak in bed	26	4	5	15	51	211
specifieke vrijheidsbeperkende kledij	23	3	3	9	61	210
zweedse lendengordel in bed	21	1	4	16	58	212
polsband	7	0	1	12	79	214
enkelband	4	0	1	10	85	213

Tabel 5 Gepercipieerde impact van slimme technologie volgens beleids- en zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra.

	% beleidspersoneel ($n = 152$)	% zorgpersoneel ($n = 210$)
inzet van slimme technologie betekent voor mij		
... een lagere werkdruk dan zonder slimme technologie	28	23
... een even grote werkdruk dan zonder slimme technologie	68	69
... een grotere werkdruk dan zonder slimme technologie	5	8
inzet van slimme technologie betekent voor mij		
... dat er minder personeel nodig is dan zonder slimme technologie	3	4
... dat er evenveel personeel nodig is dan zonder slimme technologie	95	91
... dat er meer personeel nodig is dan zonder slimme technologie	2	5
inzet van slimme technologie betekent voor mij		
... dat er minder menselijk contact mogelijk is tussen medewerker en zorgbehoevende dan zonder slimme technologie	4	7
... dat er evenveel menselijk contact mogelijk is tussen medewerker en zorgbehoevende dan zonder slimme technologie	78	73
... dat er meer menselijk contact mogelijk is tussen medewerker en zorgbehoevende dan zonder slimme technologie	18	20

De visie op de impact van slimme technologie

In de vragenlijst is uitgegaan van de eerder vermelde omschrijving van 'slimme technologie' om de visie van de respondenten te bevragen. Een eerste vraag betreft de mate waarin men slimme technologie een alternatief vindt voor fysieke fixatie (gaande van 'nooit', over 'zelden', 'soms' tot 'dikwijls' en 'altijd'). Ongeveer twee derde (62%) van het zorgpersoneel vindt slimme tech-

nologie 'dikwijls' of 'altijd' een alternatief voor fysieke fixatie. Bij het beleidspersoneel is deze groep kleiner, namelijk 50%.

Op de vraag of slimme technologie de privacy schendt, antwoordt 93% van het zorgpersoneel en 94% van het beleidspersoneel dat dit 'nooit', 'zelden' of 'soms' het geval is.

Tab. 5 vat de resultaten samen van drie vragen naar de impact van slimme technologie. Globaal genomen

Tabel 6 Bekendheid met negen middelen van slimme technologie door beleids- en zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra.

	% beleids- personeel (n = 152)	% zorg- personeel (n = 210)
bewegingsmelder	94	66
deuralarm	92	79
camera/ videobewaking	91	70
personentracking/ lokalisatie	88	66
bedmat	80	52
vloermat	71	51
zetelmat	68	42
akoestische bewaking	44	28
optische camera (zonder beeld)	43	35

vindt de meerderheid van zowel beleidsmedewerkers als zorgpersoneel dat de inzet van slimme technologie samengaat met evenveel werkdruk, evenveel menselijk contact en evenveel personeelsinzet. Ongeveer één vierde (28 % beleidsmedewerkers en 23 % zorgpersoneel) verwacht een verlaging van de werkdruk bij de inzet van slimme technologie. Bijna één vijfde van de respondenten (18 % van de beleidsmedewerkers en 20 % van het zorgpersoneel) verwacht dat er méér menselijk contact mogelijk wordt tussen medewerker en zorgbehoevende bij inzet van slimme technologie.

Het geschatte gebruik, bekendheid met en redenen voor niet-gebruik van slimme technologie

Bijna de helft van het beleidspersoneel (47 %) geeft aan reeds slimme technologie toe te passen in hun woonzorgcentrum, bij het zorgpersoneel ligt dit iets lager (39 %).

Vervolgens is aan beide respondentgroepen gevraagd naar de bekendheid met negen slimme technologieën (zie tab. 6). Bij beleidsmedewerkers zijn de bewegingsmelder (94 %), het deuralarm (92 %) en de camera/videobewaking (91 %) de meest gekende slimme technologieën. Het zorgpersoneel is globaal genomen minder vertrouwd met de voorgestelde slimme technologieën.

Beleidspersoneel dat stelde dat er in het woonzorgcentrum nog geen slimme technologie wordt toegepast, kon een top drie aankruisen van redenen voor het (nog) niet gebruiken van slimme technologie. Van de negen mogelijke redenen, is de meest aangeduide reden “De technologie is te duur”. Tachtig procent van deze sub-

groep van beleidspersoneel geeft dit als één van de drie belangrijkste redenen aan om slimme technologie nog niet toe te passen in het woonzorgcentrum. Daarna volgen “De infrastructuur van het woonzorgcentrum voldoet niet” (54 %) en “Het woonzorgcentrum is onvoldoende ingelicht over mogelijke alternatieven voor fysieke fixatie” (44 %). Bezwaren vanuit bewoners of familie blijken amper een reden te zijn voor het al dan niet toepassen van slimme technologie volgens het beleidspersoneel.

Tot slot is vastgesteld dat er een samenhang vastgesteld tussen de visie op slimme technologie en het gebruik ervan bij beleidsmedewerkers (Chi-kwadraat = 18,11; $p = .02$). Beleidsmedewerkers die al slimme technologie gebruiken in het woonzorgcentrum menen ook dat slimme technologie een alternatief is voor fysieke fixatie. Tegelijk zijn er beleidsmedewerkers die slimme technologie toepassen en het toch zelden of nooit een alternatief vinden (29 %), net zoals er 46 % beleidsmedewerkers zijn die oordelen dat het slimme technologie dikwijls of altijd een alternatief is voor fysieke fixatie, maar het toch (nog) niet toepassen.

Strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg

Twaalf mogelijke strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg konden worden beoordeeld op hun belangrijkheid gaande van ‘helemaal niet belangrijk’ tot ‘heel belangrijk’ (vijfpuntenschaal). Zowel beleidspersoneel als zorgpersoneel vinden strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg zeer belangrijk (het zorgpersoneel nog net iets meer belangrijk, zie tab. 7). De strategie “Voldoende alternatieve middelen ter beschikking stellen voor fysieke fixatie in het woonzorgcentrum” wordt door beide groepen respondenten als belangrijkste strategie vermeld (resp. 96 % beleidsmedewerkers en 97 % zorgpersoneel). Bij het beleidspersoneel volgen daarna “Het opzetten van proefprojecten met inzet van slimme technologie” (89 %) en “Het toegang krijgen tot onafhankelijk advies en informatie over alternatieven voor fysieke fixatie met inbegrip van slimme technologie” (89 %). Bij het zorgpersoneel ligt het accent meer op vorming op maat (96 %), een duidelijke procedure voor overleg en evaluatie op de afdeling (93 %) en intervisie met woonzorgcentra met meer ervaring m.b.t. fixatie-arme zorg (93 %).

Discussie

Het STAFF-onderzoek bestudeert in welke mate en op welke wijze slimme technologie, en meer specifiek bed- en opsta-alarmering, een alternatief kan bieden voor fysieke fixatie in woonzorgcentra. Eén onderdeel van het multidisciplinaire project betreft een surveybevraging over de visie en het gebruik van fysieke fixatie en van slimme technologie in Vlaamse woonzorgcentra.

Tabel 7 Mate van belangrijkheid van mogelijke strategieën om fixatie-arme zorg in woonzorgcentra effectief ingang te doen vinden, volgens beleids- en zorgpersoneel in Vlaamse woonzorgcentra.

strategie	beleidspersoneel (n = 139)					zorgpersoneel (n = 200)				
	HNB	ENB	NBNO	EB	HB	HNB	ENB	NBNO	EB	HB
verduidelijking van de huidige wetgeving over de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen en fysieke fixatie	0	6	11	51	32	1	4	7	50	36
verduidelijking van de huidige wetgeving over privacy	0	7	19	53	21	1	5	16	50	30
wijzigen van de huidige wetgeving met verbod op toepassing van fysieke fixatie in functie van valpreventie	5	12	26	35	22	4	13	25	41	18
het opzetten van proefprojecten met inzet van slimme technologie	1	2	9	53	36	0	2	7	54	38
een sensibiliseringscampagne bij het brede publiek over de mogelijkheden van slimme technologie	1	4	17	53	24	0	3	14	51	33
toegang krijgen tot onafhankelijk advies en informatie over alternatieven voor fysieke fixatie met inbegrip van slimme technologie	0	1	9	55	34	0	1	8	54	38
de mogelijkheid krijgen tot intervisie met woonzorgcentra die hierin meer ervaring hebben	0	1	17	55	27	1	1	7	56	37
de mogelijkheid krijgen tot meer vorming op maat van het eigen zorgpersoneel	0	1	13	56	30	0	1	4	47	49
bedrijfsleveranciers van slimme technologie verplichten tot het bieden van bijscholing voor het zorgpersoneel	1	8	25	45	22	2	3	20	51	25
de mogelijkheid krijgen tot ethisch advies bij de toepassing van slimme technologie	0	4	22	48	27	0	3	13	57	28
een duidelijke procedure voor overleg en evaluatie op de afdeling(en)	0	3	12	46	39	0	2	5	43	50
het ter beschikking stellen van voldoende alternatieve middelen voor fysieke fixatie in het woonzorgcentrum	0	1	4	39	57	0	1	4	38	59

Data zijn rijpercentages gebaseerd op valide antwoorden

HNB helemaal niet belangrijk, *ENB* eerder niet belangrijk, *NBNO* noch belangrijk, noch onbelangrijk, *EB* eerder belangrijk, *HB* heel belangrijk

Wanneer directies, staf- en zorgmedewerkers worden gevraagd naar hun algemene houding tegenover fysieke fixatie, is er een lage aanvaardbaarheid en worden zes courante misverstanden doorprikt. Dit beeld moet echter worden genuanceerd wanneer meer in detail wordt gevraagd naar de aanvaardbaarheid van redenen voor en middelen tot fysieke fixatie. Inzet van fysieke fixatie op vraag van de bewoner bijvoorbeeld vindt 86 % van het zorgpersoneel eerder of helemaal aanvaardbaar. Driekwart van het zorgpersoneel (75 %)

vindt fysieke fixatie aanvaardbaar wanneer de bewoner schade berokkent aan zichzelf. In de studie van Talloen waren de meest aanvaardbare redenen voor fixatie het voorkomen van ongevallen (92,1 %), het gevaar voor andere bewoners (82,4 %) en het uittrekken van sondes (74 %) [1]. Dit staat in tegenstelling tot dit onderzoek waarin de vraag en de veiligheid van de bewoner eerder primeren boven de aan het personeel gerelateerde redenen.

Ook de resultaten over de aanvaardbaarheid van de middelen tot fysieke fixatie contrasteren met de lage algemene aanvaardbaarheid van fysieke fixatie. Zo vindt respectievelijk 93 %, 91 % en 84 % van het zorgpersoneel in deze bevraging het bedhekken, de geriatrie zetel en de voorzettafel aanvaardbaar of helemaal aanvaardbaar als middel tot fysieke fixatie. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met de vaststellingen van Talloen en collega's meer dan tien jaar geleden [1]. Ook zij rapporteerden een hoge aanvaardbaarheid van het onrusthekken (98 %), de geriatrie zetel (98,7 %) en de voorzettafel (98,7 %). De Zweedse lendengordel scoorde met 85,5 % aanvaardbaarheid hoog bij Talloen en collega's, terwijl dit in de huidige bevraging lager ligt (25 % aanvaardbaarheid voor Zweedse lendengordel in zetel en 15 % voor Zweedse lendengordel in bed). Mogelijk is dit een teken van een groeiend bewustwordingsproces van de impact van fysieke fixatie.

Tegelijk geeft de geschatte prevalentie aan dat het bedhekken, de voorzettafel en de geriatrie zetel of diepe stoel erg courant wordt ingezet in het woonzorgcentrum. Vander Meiren en collega's onderzochten de prevalentie en determinanten van fysieke fixatie in zeven Vlaamse woonzorgcentra, gebaseerd op de volgende definitie van fysieke fixatie: "Een handeling die een bewoner beperkt in zijn vrije, ongehinderde toegang tot zijn lichaam of die voorkomt dat de bewoner naar eigen vrije wil kan bewegen in zijn omgeving" [2]. Bij 64,6 % van de bewoners werd in de afgelopen maand fysieke fixatie toegepast en bij 98,5 % van deze groep gebeurde dit dagelijks. Ook deze auteurs stelden vast dat bedhekken het meest gehanteerde middel waren, bij 58,1 % van de bewoners.

Met dit survey-onderzoek is het niet mogelijk verder te exploreren wat bepalend is voor een hogere of lagere aanvaardbaarheid en/of gebruik, maar eerder kwalitatief onderzoek geeft aan dat het beslissingsproces bij verpleegkundigen sterk vertrekt vanuit een bekommernis om de veiligheid van de patiënt, waarbij ook personeels- en contextgerelateerde factoren een rol spelen [15]. De beslissing om over te gaan tot fysieke fixatie gebeurt overigens best tijdens een multidisciplinair teamoverleg. Uit een internationale review blijkt dat beperkte cognitieve capaciteiten, ernstige mobiliteitsproblemen en lage ADL-scores belangrijke risicofactoren zijn voor fysieke fixatie. Onrustig gedrag en verbale agitatie kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van fixatie. Ouderen met cognitieve problemen vormen hier een kwetsbare groep [16].

Deze survey heeft eveneens tot doel te verkennen wat de visie en het gebruik is van slimme technologie in woonzorgcentra. Beleidspersoneel en zorgpersoneel staan globaal gezien neutraal tot positief tegenover slimme technologie en verwachten meestal niet dat het zal leiden tot meer werkdruk, meer personeel of minder menselijk contact met de bewoners. Bijna één op vijf respondenten meent ook dat inzet van slimme tech-

nologie zal leiden tot meer menselijk contact tussen medewerker en zorgbehoevende. Het kan nuttig zijn om medewerkers die sterk geloven in de mogelijkheden van slimme technologie in te zetten als koplopers. Onderzoek over de implementatie van zorgdomotica in de nachtzorg leerde immers dat het gaat om maatwerk, maar ook dat deze koplopers het enthousiasme bij andere medewerkers kunnen aanwakkeren [11]. De bekendheid van specifieke toepassingen van slimme technologie kan – zeker bij het zorgpersoneel – nog worden verbeterd. Bijna de helft van het beleidspersoneel zegt gebruik te maken van slimme technologie, maar de hoge kostprijs en een onaangepaste infrastructuur van het woonzorgcentrum blijken de grootste hinderpalen te zijn voor verdere inzet ervan. Deze vaststellingen zijn vooral belangrijk voor initiatiefnemers die renovatie- of nieuwbouw voorzien van hun woonzorgcentrum, omdat ze onderlijnen hoe zinvol het kan zijn om bij aanvang van deze werken al meteen oog te hebben voor de mogelijke inschakeling van slimme technologie.

Tot slot is in deze bevraging gepeild naar het relatieve belang van welbepaalde strategieën om te komen tot fixatie-arme zorg. Alle strategieën worden als belangrijk beoordeeld en dit wijst op een grote honger naar meer ondersteuning in de realisatie van fixatie-arme zorg. Naast de vraag naar meer beschikbaarheid van alternatieve middelen, zijn beleidsmedewerkers vragende partij voor proefprojecten met inzet van slimme technologie, terwijl zorgmedewerkers vooral belang hechten aan vorming op maat en een duidelijke procedure voor overleg en evaluatie op de afdeling, evenals intervisie tussen woonzorgcentra.

Deze bevraging heeft haar beperkingen doordat er bijvoorbeeld niet is gewerkt met gevalideerde schalen of meetinstrumenten of een doorgedreven prevalentietelling. Toch levert het waardevolle inzichten op en maakt deze studie nog maar eens duidelijk dat fysieke fixatie een complexe problematiek is, waarbij er een sterke vraag is naar alternatieve middelen. Welbepaalde middelen voor fysieke fixatie worden weinig ingezet, welbepaalde redenen voor fysieke fixatie zijn duidelijk niet of niet meer aanvaardbaar. De cijfers tonen aan dat er nog groeimarge is in het verder terugdringen van fysieke fixatie. Er wordt al gebruik gemaakt van slimme technologie, maar verder onderzoek is nodig om detailzicht te krijgen op de inzet van specifieke middelen zoals bijvoorbeeld toezichthoudende zorgdomotica. Hierbij kan het zinvol zijn de doelgroep te verfijnen tot bijvoorbeeld personen met cognitieve problemen. Het realiseren van fixatie-arme zorg vereist een meersporenaanpak. Interventie-onderzoek dat zich richtte op het terugdringen van het gebruik van de Zweedse gordel in woonzorgcentra is effectief, maar vereist een sterke inzet van meerdere partijen (zowel beleid, medewerkers, familie en bewoners) [17, 18]. Het is hierbij belangrijk om werk te (blijven) maken

van visievorming en bewustwording over de betekenis en impact van fysieke fixatie. Dit begint reeds van bij de basisopleiding van zorgverleners. Het ontwikkelen van een gedeelde visietekst, werken met een interdisciplinaire werkgroep, ruimte bieden voor vorming en intervisie zijn allemaal een motor voor verandering. Ook het beschikken over alternatieven is erg belangrijk. Het bespreekbaar maken van deze alternatieven, waaronder slimme technologie, bij de bewoner en familie en familieleden sensibiliseren over de betekenis van fixeren voor de bewoner en de implicaties ervan, zijn onmisbare delen van deze evolutie binnen woon-

zorgcentra naar meer fixatie-arme zorg. De inzichten uit deze surveybevraging bieden alvast aanknopingspunten voor vorming en training om het draagvlak voor een fixatie-arme of fixatie-vrije zorg in de praktijk te doen groeien, met inbegrip van de inzet van slimme technologie als één van de mogelijke alternatieven.

Dankbetuiging. Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij financiële ondersteuning van het Vlaams Agentschap voor Ondernemen en Innoveren VLAIO (IWT nr. 140352). Dank aan Bram Vermeulen voor de ondersteuning bij de gegevensverwerking.

Literatuur

1. Talloen T, Milisen K, Evers G. Opvattingen van verantwoordelijken voor het inhoudelijk zorgbeleid rond fysieke fixatie in Vlaamse rusthuizen. Projectthesis aangeboden tot het krijgen van graad licentiaat in Medisch-Sociale wetenschappen. Leuven: K.U.Leuven; 2003.
2. Vander Meiren S, Milisen K, Coussement J. Het gebruik van fysieke fixatie in de VZW Rusthuizen Zusters van Berlaar: een cross-sectionele studie. Projectthesis aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde. Leuven: K.U.Leuven; 2013.
3. Halfens RJG, Meesterberends E, Nie-Visser NC van, Lohrmann C, Schönherr S, Meijers JMM, Hahn S, Vangelooen C, Schols JMGA. International prevalence measurement of care problems: results. *J Adv Nurs.* 2013;69:e5–e17. doi:10.1111/jan.12189.
4. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(3):184–91.
5. Gastmans C, Milisen K. Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak. *Tijdschr Geneeskd.* 2006;62:1650–8.
6. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:603–12.
7. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Capezuti E, Rossum E van. De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2013;44:253–60.
8. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition of physical restraints. *Gerontologist* 2012;52(S1):136–8.
9. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:90–2.
10. Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondasn AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2015. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research; 2016.
11. Nap HH, Weegen S van der, Cornelisse L, Lukkien D, Leeuw J van der. *Zorgdomotica in de nachtzorg. Onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de nieuwe generatie zorgdomotica.* Utrecht: Vilans; 2015.
12. Zwijsen SA, Depla MFIA, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CPM. Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:212–9.
13. Depla M, Zwijsen S, Boekhorst S te, Francke A, Hertogh C. Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie. Amsterdam: VUmc; 2010.
14. Lampo E, Degryse B, Glorieux F, Dessin J, Carlassara V, Lauwers H, Vermeulen B, Neyens I, Audenhove C van, Spruytte N. Slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie: eindrapport. Brugge, Leuven: Cretecs VIVES Hogeschool, LUCAS KU Leuven; 2016. www.kuleuven.be/lucas/pub/Pub_rapporten.html.
15. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs.* 2011;68(6):1198–210.
16. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs.* 2014;23:3012–24.
17. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, Rossum E van, Hamers JPH. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(11):2029–36.
18. Bleijlevens MHC, Gulpers MJM, Capezuti E, Rossum E van, Hamers JPH. Process evaluation of a multicomponent intervention program (EXBELT) to reduce belt restraints in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:599–604.

Symposium De toekomst van de informele zorg

Marjolein Broese van Groenou · Alice de Boer · Kim Putters · Kène Henkens · Henk Nies · Pearl A. Dykstra · Hanna van Solinge · Cretien van Campen · Sjoerd Kooiker

Samenvatting

Sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is de vraag of kwetsbare burgers de zorg krijgen die ze nodig hebben. Mensen die hulp nodig hebben doen in toenemende mate een beroep op hun directe sociale omgeving. Dat beroep op de informele zorg vraagt veel veerkracht en organisatievermogen van families, maar ook van vrijwilligers, professionals en werkgevers. Wat betekent dit voor de toekomstige invulling en vormgeving van de informele zorg? Het symposium 'Toekomst van de informele zorg', georganiseerd op 26 januari 2017 door het Sociaal en Cultureel Planbureau en het *Institute for Societal Resilience* van de VU, was gewijd aan mogelijke antwoorden op deze vraag. In haar oratie ging Alice de Boer in op ongelijkheid als mogelijke determinant en uitkomst van informele zorg. Enkele conclusies uit de bijdragen:

- Tot 2050 verdubbelt het aantal 75-plussers tot ongeveer 3 miljoen personen, maar neemt het aantal informele helpers af. Naast het hebben van sociale en economische hulpbronnen ('de have & have nots') zijn capaciteiten om zorg te organiseren ('de can & can-nots') van toenemend belang.
- Bijna de helft van de werkende ouderen biedt kort voor hun pensioen mantelzorg. Flexibiliteit op de werkplek kan mensen helpen werk en mantelzorg makkelijker te combineren, maar ongeveer de helft van de werkenden geeft aan dat thuiswerken en deeltijdpensioen niet mogelijk is.
- Mantelzorgers en zorgprofessionals verlenen hulp vanuit een perspectief en identiteit die meer overlappend dan onderscheidend zijn. Benadrukken van wat men deelt in de zorgverlening verbetert de kans op samenwerking.
- Tussen 2002 en 2014 nam het aandeel volwassen kinderen dat huishoudelijke hulp verleent aan hun ouders gestaag toe. Dit suggereert een toenemende solidariteit binnen families, maar huidig beleid kan leiden tot meer genderongelijkheid binnen families.
- Partners en kinderen blijven ook in de toekomst de belangrijkste mantelzorgers, bij voorkeur met ondersteuning van verschillende typen hulpverleners. Het organiseren en regisseren van een groot zorgnetwerk vereist wel capaciteiten die niet iedereen bezit.
- Het geven van informele hulp vergroot het risico op overbelasting en verzuim op werk of opleiding. Kwetsbare groepen mantelzorgers zijn, ook in de toekomst, vrouwen, partners, migranten en jonge mantelzorgers.

Trefwoorden informele zorg · werk en mantelzorg · familie · zorgbeleid · ongelijkheid

Symposium The future of informal care

Abstract

Due to the reform of long term care in 2015, there is growing concern about whether groups at risk receive the care they need. People in need of care have to rely more on help from their social network. The increased need for informal care requires resilience and organizational skills of families, but also of volunteers, professionals and employers. What does this mean for the provision of informal care in the next decennia? The symposium 'The future of informal care', organized on January 26 2017 by the National Institute for Social Research and the Institute for Societal Resilience of the Vrije Universiteit, addressed possible answers to this question. In her inaugural speech Alice de Boer discussed social inequality as possible determinant and outcome of informal care. Some conclusions:

Until 2050 the absolute number of 75-plus doubled to about 3 million persons, but the number of informal caregivers will decrease. In addition to the importance of social and economic resources (the 'have & have-nots'), the ability to arrange care (the 'can & can-nots') gains importance.

Almost half of the older employers provides informal care just before retirement. Flexibility in working hours and work location facilitates combining work and care, but about half of the employers indicates that partial retirement and working at home are no options.

Informal caregivers and professionals often provide care from comparable perspectives and identities. Addressing similarities rather than differences improves their chances for collaboration.

The number of adult children providing household care to older parents increased between 2002 and 2014. This suggests an increase in family solidarity, but current reform policies may increase the gender inequality in caregiving families.

Spouses and children remain primary caregivers in the future, preferably supported by many different types of caregivers. Not everybody has the capabilities to organize and direct such a large care network.

Providing informal care increases the risk for overburden and absence at work or education. Informal caregivers at risk remain, also in the future, women, spouses, migrants, and younger carers.

Keywords Informal care · Work and care · Family · Policy on long term care · Inequality

Hoe gaat de participatiesamenleving in de toekomst zorgen voor de groeiende groep ouderen?

Cretien van Campen, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Kim Putters

In deze bijdrage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gaan we in op hoe de participatiesamenleving in de toekomst zal zorgen voor de groeiende groep ouderen. 'Zorgen voor' vatten we breed op en omvat niet alleen professionele gezondheidszorg, maar ook het zorgen voor zieke vrienden, burens en familie. In deze bijdrage schetsen we toekomstbeelden en kwesties. We baseren ons op het werk van anderen en maken geen trendextrapolaties, prognoses, scenario's of ramingen. Onderscheidend aan de SCP-benadering (vergeleken met andere instituten die de toekomst van de gezondheidszorg onderzoeken) is het burgerperspectief op zorgen thuis en de intersectorale doorblik naar andere domeinen van het leven zoals leren, werken en samenleven.

Veelkleurige vergrijzing

Het aantal 75-plussers zal tot 2050 meer dan verdubbelen tot ongeveer 3 miljoen personen [1]. Nu al zijn de 100-plussers de snelst groeiende leeftijdsgroep. Het scenario met lage economische groei van Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving door het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Centraal Planbureau (CPB) veronderstelt dat de groei van de institutionele bevolking in bijvoorbeeld verpleeginstellingen beperkt zal zijn tot ongeveer 250.000 in 2050 bij een aantal 75-plussers van 2,64 miljoen [1]. Het hoge groeiscenario gaat uit van 350.000 ouderen in de

*M. Broese van Groenou (✉) · A. de Boer · H. Nies
Vrije Universiteit, De Boelelaan, 1018 HV Amsterdam,
Nederland
e-mail: m.i.broesevangroenou@vu.nl*

*A. de Boer
e-mail: a.h2.de.boer@vu.nl
H. Nies
e-mail: h.nies@vilans.nl*

*A. de Boer · K. Putters · C. van Campen · S. Kooiker
SCP, Den Haag, Nederland
K. Putters
e-mail: k.putters@scp.nl
C. van Campen
e-mail: c.van.campen@scp.nl
S. Kooiker
e-mail: s.kooiker@scp.nl*

*K. Henkens · H. van Solinge
NIDI, Den Haag, Nederland
K. Henkens
e-mail: Henkens@nidi.nl
H. van Solinge
e-mail: solinge@nidi.nl*

*H. Nies
Vilans, Utrecht, Nederland*

*P. A. Dykstra
Erasmus University, Rotterdam, Nederland
e-mail: dykstra@fsw.eur.nl*

intramuraal zorg en 3,1 miljoen 75-plussers in 2050. Het aantal migrantenouderen neemt volgens deze toekomstverkenning toe. De bevolkingssamenstelling lijkt de komende decennia dus getypeerd te zullen worden door meer ouderen en een grotere etnische diversiteit [2]. De gevolgen van de vergrijzing voor het zorgen voor elkaar worden duidelijker wanneer we naar generaties en levensfasen van ouderen kijken. De participatiesamenleving anno 2016 is gebaseerd op een grote groep mensen, bestaande uit de babyboomers en de vijftigplussers. De komende decennia zijn zij een belangrijke bron van sociaal kapitaal en ze zijn bovendien door het gestegen opleidingsniveau hoger opgeleid dan vorige generaties ouderen [3]. In 2036 zullen de babyboomers van 1946 90 jaar worden en zal ondanks welke medische vooruitgang dan ook een flink deel zorgafhankelijk zijn. De babyboomers die momenteel veel informele zorg verlenen, zullen waarschijnlijk tegen die tijd zelf zorgvragers geworden zijn.

Hoewel velen hun zorgproblemen zelf zullen kunnen oplossen, zal ook een substantieel deel over een beperkt sociaal netwerk beschikken: nu al heeft één op de vijf 65-plussers niemand in het sociale netwerk die informele hulp zou kunnen bieden of die kan helpen de weg te vinden die naar zorg leidt [4]. In 2036 zijn er naar verwachting wel veel vitale ouderen van rond de 70 jaar die dan nog de participatiesamenleving kunnen vormgeven. Verder vooruitkijkend wordt het perspectief voor de participatiesamenleving echter steeds minder gunstig. Aan het begin van 2050 zal bijvoorbeeld de grote geboorteaargang van 1964 (251.000 geboorten) 85 jaar geworden zijn. Latere jaargangen met minder geboorten (bijvoorbeeld 1983, met 170.000 geboorten; zij worden 67 jaar in 2050), vormen dan waarschijnlijk de leeftijdsgroep van de mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Van hen zal worden gevraagd om het oudere leeftijdscohort van informele hulp te voorzien.

Uitdaging voor de toekomst: veel ouderen, weinig zorgenden

We krijgen te maken met een groeiende groep hulpbehoevende 75-plussers en een afnemende groep mantelzorgers om voor hen te zorgen. De huidige generatie mantelzorgers wordt ouder en gaat na verloop van tijd zelf tot de groep zorgbehoevend behoren. Zorgprofessionals worden steeds duurder en zullen eerder minder dan meer beschikbaar zijn, als de overheid op het beheersen van de zorgkosten blijft inzetten. Het is bovendien aannemelijk dat de trend van beperking van intramuraal capaciteit in zorginstellingen wordt voortgezet. De zorgbehoevende ouderen wonen vooral aan dunbevolkte randen van Nederland, terwijl de potentiële jonge zorgaanbieders naar de stad vertrekken. In 2010 waren er voor elke baan in de ouderenzorg gemiddeld 27 potentiële arbeidskrachten beschikbaar, maar dit zullen er in 2040 gemiddeld nog veertien zijn [5].

Zijn deze problemen op te lossen? De hoop lijkt gevestigd op vijf ontwikkelingen: technologische vooruitgang, aanpassing van het zorgstelsel, nieuwe vormen van wonen en zorg, burgerinitiatieven, en flexibilisering van de arbeid [6]. Op de laatste twee oplossingen gaan we hier nader in.

Burgerinitiatieven

Er ontstaan de laatste decennia steeds meer buurtinitiatieven en zorgcoöperaties, met ondersteuning van vrijwilligers voor bijvoorbeeld een rit naar het ziekenhuis. Van deze samenwerkingsverbanden tussen zorgprofessionals en burgers wordt veel verwacht, maar het aantal succesvolle burgerinitiatieven en zorgcoöperaties blijft vooralsnog beperkt. Het is de vraag of er in de toekomst een grotere rol voor dergelijke initiatieven zal zijn weggelegd. Er zijn ook burgerinitiatieven op het terrein van wonen en zorg. Deze wijzen op nieuwe vormen van saamhorigheid en solidariteit die zorg- en woonproblemen zonder (of met geringe) inmenging van de overheid kunnen oplossen. Het risico is dat deze initiatieven vooral 'ons soort mensen' met elkaar verbindt en dat de minder 'aaibaren' buiten de boot vallen. In de steden is de kans groter dan in dorpen dat kwetsbare ouderen vergeten worden. Burgerinitiatieven vragen bovendien om de juiste sociale vaardigheden van burgers, niet te veel belemmerende regels en om een goede mix van jong en oud (niet alleen oude en hulpbehoevende, maar ook jonge en vitale deelnemers). Het schrikbeeld is dat gezonde burgers zich organiseren maar de sociaal geïsoleerde 75-plussers afhaken en er een heel ongelijke verdeling van burgerinitiatieven over het land ontstaat. Vinden mensen zulke nieuwe tweedelingen acceptabel? En welke nieuwe vormen van solidariteit vraagt dit? Hoe wordt de kwaliteit van zorg geborgd in deze initiatieven en welke kwaliteit van leven zullen de kwetsbare ouderen houden wanneer, omdat ze bijvoorbeeld minder aaibaar zijn of niet tot 'ons soort mensen' horen, zij niet meedoen in de zorg- en buurtinitiatieven?

Flexibilisering van werken en zorgen

Een gedachte is dat de zorg voor de grote groep 75-plussers in de toekomst opgevangen gaat worden door mantelzorg omdat er meer ruimte ontstaat om werk en privé te combineren. Gaat het combineren van werken en zorgen inderdaad zo moeiteloos als wel wordt aangenomen? Nu is het helpen voor sommige taakcombinerders al met stress en ziekteverzuim verbonden, met mogelijk *burnout* als gevolg [7]. Vrouwen geven nu reeds vaker mantelzorg dan mannen en combineren dat vaak met een betaalde baan. Zal deze 'genderkloof' verder toenemen, omdat vrouwen door toenemende druk (op de korte termijn) tijdelijk minder gaan werken om te kunnen blijven zorgen en daarmee (op de

lange termijn) minder pensioen opbouwen? Of zullen we zien dat mannen en vrouwen in gelijke mate meer gaan doen in mantelzorg en werk? In hoeverre zullen genderverschillen in het zorgen kunnen worden overbrugd door flexibele werktijden en mantelzorgvriendelijke werkgevers en door een goede verdeling van werken zorgtaken binnen het gezin? Hoe de antwoorden op deze vragen ook precies mogen luiden, er lijkt in de toekomst sowieso meer van burgers te worden gevraagd. Onduidelijk is echter waar de grens zal liggen. Omdat de overheid doelen stelt op het terrein van mantelzorg, economische zelfstandigheid van vrouwen, pensioenleeftijd en voorzieningen aanbiedt die de keuze tussen werk en mantelzorg faciliteren, is het ook aan de overheid om duidelijkheid te bieden omtrent de ruimte voor burgers om arbeid en mantelzorg te combineren. Als zorgverplichtingen net zo belangrijk worden geacht als arbeidsverplichtingen, dan zal de vraag naar de combineerbaarheid van taken nog meer dan nu het geval is actueel worden. Als zorgverplichtingen voorrang zouden krijgen, dan zou het kunnen gebeuren dat sommige intensieve helpers zich aan de arbeidsmarkt zullen gaan onttrekken. Als we willen dat iedereen die kan werken dit ook doet, dan is de verwachting dat mantelzorg niet altijd beschikbaar zal zijn en andere hulp moet worden ingeschakeld.

Conclusie

Naar de toekomst toe blijft het belangrijk dat ouderen over voldoende inkomen en sociale netwerken beschikken om eenzaamheid te voorkomen en toegang tot zorg zeker te stellen. Meer nog dan het bezitten van die hulpbronnen verwachten wij echter dat het er sterker om zal gaan of de ouderen daarmee ook geholpen zullen zijn. Bieden de sociale netwerken ook echt toegang tot (mantel)zorg, of tot hulp om bijvoorbeeld je weg te vinden in de bureaucratie van regelingen? Het betreft een verschuiving van de 'have & have-nots' onder de ouderen naar de 'can & can-nots'. Zullen de vaardigheden en netwerken, maar ook het inkomen, voldoende zijn om de toegang tot zorg zeker te stellen en bijvoorbeeld eenzaamheid te voorkomen? Dit zal nadrukkelijker op de agenda komen, omdat alleen een inkomensregeling, een goede buur of een fijne werkgever niet automatisch voldoende soelaas bieden. Onderliggend raakt dat een fundamenteel vraagstuk rond de ordening van onze samenleving. Want: is hier een extra rol voor de overheid bij weggelegd? Moeten mensen hier, al ver voor hun hoge leeftijd, eigen verantwoordelijkheid voor nemen, bijvoorbeeld door te blijven werken aan je sociale netwerken of aanpassingen in de woning tijdig te realiseren? Moeten buurten en families hier meer op aangesproken worden? Het antwoord op deze vragen kan politiek heel verschillend worden ingevuld, omdat het om een visie op de ordening van onze maatschappij gaat. Het beroep op mantelzorg is dan ook meer dan

een ontlasting van professionals of het vergroten van de betrokkenheid van families. Juist in een verkiezingsjaar past het bevragen van die onderliggende visie op de relaties tussen burgers, overheid en samenleving in het publieke en politieke debat.

Noot

Deze bijdrage is gebaseerd op het hoofdstuk 'Zorgen; Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?' in het Sociaal en Cultureel Rapport 2016 [6].

Mantelzorg op de drempel van pensioen

Kène Henkens en Hanna van Solinge

Het Nederlandse pensioenlandschap is sterk in beweging. Werknemers geboren in of na 1950 werden binnen een relatief kort tijdsbestek geconfronteerd met een aantal ingrijpende wijzigingen in de pensioenregelingen. In 2006 werden de fiscale faciliteiten om te stoppen met werken vóór het 65ste jaar afgeschaft, en in 2012 werd besloten om de AOW-leeftijd stapsgewijs te verhogen tot 67 jaar (en daarna te koppelen aan de levensverwachting). Voor grote groepen werknemers is daarmee de pensioendatum waarop men zich al jaren richtte, vrij abrupt uit zicht geraakt. Deze verschuiving van de pensioenleeftijd heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van mantelzorgers. Onderzoek heeft laten zien dat na pensionering de kans toeneemt dat mensen actief worden als mantelzorgers. Van veel mantelzorg kan echter worden verondersteld dat het vraag gedreven is; het is niet zo zeer een 'vrije keuze' maar men wordt met een hulpvraag geconfronteerd. Er kan sprake zijn van (sociale) druk vanuit het familienetwerk die ervoor zorgt dat mensen 'weinig te kiezen hebben', bijvoorbeeld wanneer er acuut zorg nodig is, of er geen alternatieve mogelijkheden beschikbaar zijn. Ook de institutionele context kan ertoe bijdragen dat de keuzevrijheid van individuen ten aanzien van het aangaan van bepaalde rollen beperkt is. Het feit dat ouderen van nu veel langer actief blijven in betaald werk doet vermoeden dat veel meer ouderen kort voor hun pensioen met een combinatie van betaald werk en mantelzorg worden geconfronteerd. Recent onderzoek onder 6800 werknemers van 60 jaar en ouder (zie hierna) laat zien dat veel van hen actief zijn als mantelzorgers, maar voor een aanzienlijke groep vormt het een zware belasting. De flexibiliteit die de werksituatie en pensioenregeling biedt om belasting te verminderen is voor veel ouderen beperkt [8].

NIDI Pensioen Panel Onderzoek

Het NIDI is in 2015 gestart met een nieuw onderzoek onder oudere werknemers. Aan het onderzoek werd deelgenomen door circa 6800 werknemers (55 % mannen en 45 % vrouwen) van 60 jaar en ouder aangesloten bij drie grote pensioenfondsen in Nederland. De pensioenfondsen vertegenwoordigen de sectoren overheid, onderwijs, zorg, welzijn en bouw. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in het pensioneringsproces en de krachten die daarop van invloed zijn.

Mantelzorg door 60-plus werknemers

Het doen van mantelzorg is bij werkende 60-plussers allerminst uitzonderlijk. Bijna de helft van hen combineert betaald werk met zorg voor anderen in de vorm van lichamelijke verzorging of huishoudelijke hulp aan iemand uit de naaste omgeving die ziek of hulpbehoevend is. Ongeveer 12 procent van de ondervraagde werknemers doet dit dagelijks of meerdere keren per week. Het gaat in de meeste gevallen om hulp die wordt geboden aan de partner of de (schoon)ouders. Het bieden van mantelzorg heeft duidelijk verschillende kanten. Aan de ene kant vindt driekwart van de ondervraagden het leuk om te doen. Aan de andere kant is het zwaar, stressvol en verplichtend in ongeveer één op de drie gevallen. De negatieve kanten van mantelzorg worden veel sterker gevoeld bij oudere werkende vrouwen. Deze belasting kan het gevolg zijn van de activiteiten die als mantelzorger worden verricht, maar ze hangen ook samen met de werksituatie en met de belastbaarheid van de zorgverlener zelf. Oudere werknemers die zelf gezondheidsklachten hebben zijn vaker actief als mantelzorger en ervaren het ook als meer belastend. Ook mensen die hun eigen werksituatie als stressvol ervaren (dat geldt voor 40 % van alle 60-plussers in het onderzoek) hebben meer problemen met de belasting die mantelzorg met zich meebrengt. Voor deze mensen is er duidelijk sprake van een combinatieproblematiek. Men is zelf al niet al te gezond en kampt zowel op het werk als thuis met een hoge belasting.

Flexibiliteit in organisaties en pensioen

Een belangrijke vraag is hoe belasting eventueel kan worden gereduceerd of gereguleerd. In ons onderzoek hebben we daarbij vooral gekeken naar de mogelijke flexibiliteit op de werkvloer. Flexibiliteit in werktijden en de mogelijkheid thuis te werken kan mensen helpen werk en mantelzorg makkelijker te combineren. Ook deeltijdpensioen of vervroegd pensioen kunnen

een uitkomst bieden in situaties waarin mantelzorg erg tijdsintensief is. De flexibiliteit die mensen hebben binnen organisaties verschilt echter sterk. Het ene werk is het andere niet en lang niet iedereen heeft evenveel mogelijkheden werk met andere activiteiten te combineren. Ongeveer de helft van de ondervraagden geeft aan dat thuiswerken en deeltijdpensioen niet mogelijk is. Het valt daarbij op dat voor mantelzorgers die werken in kleine organisaties het aantal vrijheidsgraden beperkter is. Daarnaast is het de vraag of de bestaande mogelijkheden optimaal benut worden omdat er ook informele drempels kunnen zijn die mensen weerhouden veel flexibiliteit van hun werkgever te vragen. Ten aanzien van pensionering blijkt dat met het verdwijnen van vervroegd pensioen flexibiliteit in het uittredeproces is afgenomen. Bij veel ouderen bestaat een sterke wens om ruim voor hun AOW-leeftijd te stoppen met werken, maar men verwacht door te moeten werken tot 66 [9]. De discrepantie zien we ook sterk bij mantelzorgers. Ongeacht gezondheid, werkbelasting en belasting door mantelzorg verwacht men gemiddeld pas op 66-jarige leeftijd met pensioen te kunnen. Dit staat in groot contrast met een gewenste pensioenleeftijd die tweeënhalf jaar lager ligt. Ook mogelijkheden voor deeltijdpensioen – die in veel pensioenregelingen worden geboden – worden nog weinig gebruikt en zijn wellicht minder bekend.

Conclusie

Het beeld dat uit ons onderzoek naar voren komt is dat er een duidelijke roep is om een meer flexibel pensioen. Dat wil zeggen een pensioenregeling die mantelzorgers in staat stelt betaald werk en mantelzorg makkelijker te combineren in de vorm van deeltijdpensioen dan wel gelegenheid biedt wat eerder met werken te kunnen stoppen.

Informele en formele zorg: over grenzen

Henk Nies

We hebben het in de zorg vaak over ‘de driehoek’ van de cliënt of patiënt, de mantelzorger en de professionele zorgverlener. Het lijken onderscheiden rollen met onderscheiden verantwoordelijkheden die in een zekere harmonie opereren. Maar de ‘pootjes’ van de driehoek zijn niet altijd even lang. De werkelijkheid is vaak veelhoekiger of soms zelfs gewoon ‘hoekig’. Een voorbeeld daarvan beschreef onlangs sportarts Jos Benders in zijn boek ‘Liefde met voorbedachten rade’ [10]. Over een periode van ruim vier jaar zorgde hij voor zijn moeder die na een CVA weer thuis ging wonen. Met twaalf helpers (gediplomeerd en ongediplomeerd) en tien behandelaren organiseerde hij 23 uur zorg per dag in een ‘één-persoonskliniek’. Benders was niet alleen zoon, maar ook manager, werkgever, financier, ethicus, zaakwaarnemer, gemachtigde, uitvoerder, behandelaar

en privé-detective (hij moest ook enkele gevallen van diefstal oplossen). Het zijn rollen waar verschillende competenties voor nodig zijn en met een eigen verantwoordelijkheid, soms als mantelzorger, soms als professioneel zorgverlener en soms als vertegenwoordiger van de cliënt.

De complexiteit en urgentie van het vraagstuk

In veel langdurige zorgsituaties is de situatie veel complexer dan de driehoek suggereert. Er zijn immers vaak ook vrijwilligers en burgers in algemene zin actief, soms op individueel vrijwillige basis, soms met een vergoeding uit het persoonsgebonden budget. En dan zijn er nog burgerinitiatieven, waar burgers collectief zorg organiseren. In de formele zorg zien we eveneens een brede schakering van professionals met uiteenlopende professionele achtergronden en bijbehorende paradigma's, identiteiten, werkculturen, organisatievormen, wetgeving en financieringsvormen. Deze professionals komen lang niet altijd harmonisch bij elkaar [11]. En, om het nog ingewikkelder te maken, zijn de hulpvragen van veel mensen niet altijd eenduidig en consistent. Ze fluctueren in de tijd en vaak zijn er meer goede antwoorden op dezelfde vraag mogelijk. Hoe kunnen we het samenspel beter begrijpen en meer inzicht krijgen in de mechanismen die ertoe bijdragen dat de verschillende betrokkenen tot constructieve samenwerking komen?

Betekenisgeving

Gedeelde betekenisgeving aan de relatie en de situatie is van belang, wil een goed samenspel tot stand komen. Allereerst is inzicht nuttig in de overwegingen van mensen om hulp te verlenen, hun antwoorden op de kernvragen: 'Wat is nodig?', 'Wat wil ik?', 'Wat kan ik?' en 'Wat doen anderen?' [12]. Onderliggend is de vraag naar betekenisgeving aan de relatie en de situatie. Niet iedereen geeft daar hetzelfde antwoord op. Verschillende verwachtingen, opvattingen en normen spelen daarbij een rol. We zien dat al wanneer het gaat om het ondersteunen van zelfmanagement. Voor de ene hulpverlener betekent dat dat hij of zij de cliënt instrueert professionele standaarden toe te passen. Voor de andere hulpverlener betekent het met de cliënt aan goede voorwaarden te werken zodat deze naar eigen inzicht een goed leven kan leiden, met zelfbepaling en autonomie [13].

Identiteit

Het roept de vraag op of we in het debat over mantelzorg niet te eenvoudig aannemen, dat er cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, burgers, professionals zijn met eigen onderscheiden rollen en karakteristieken. Hebben zij een eigen eenduidige identiteit? Het interessante

van het begrip 'identiteit' is dat het enerzijds duidt op identificatie met de ander en anderzijds op het streven naar autonomie en separatie van die ander [14]. Identiteit krijgt vorm in relatie tot de ander. Het is een dynamisch begrip, dat meebeweegt met de persoon, die meebeweegt (of soms tegen-beweegt) met wat er in de omgeving gebeurt. Het is een relationeel begrip dat gaat over verbinden en onderscheiden in waarden en opvattingen. En dan kunnen rollen en identiteiten ook nog eens door elkaar lopen. Een heel nuchter feit is dat meer dan 15 % van de beroepsbevolking in de zorg werkt; dus misschien ook wel 15 % van de mantelzorgers. En dan is er ook nog een behoorlijke groep vrijwilligers die in de zorg werkt of heeft gewerkt. Kortom, de domeinen formele en informele zorg kennen open grenzen.

Grenzen

Het organisatiekundige begrip 'boundary work' gaat juist over het grensverkeer en de afbakening die gehanteerd worden. Het gaat ook over het vervagen van grenzen en het bevechten van grenzen. Je kunt naar grenzen kijken als het resultaat van interacties tussen mensen en dus ook organisaties, maar ook als de bron van die interacties [15]. Het stellen van grenzen definieert 'insiders' en 'outsiders', 'wij' en 'zij'. Als we naar een goed samenspel van zorgverleners toe willen, dan is het zinvol te kijken naar hoe we grenzen aanbrenge en hoe grenzen ons laten belemmeren. Het gaat erom dat we rond complexe zorgsituaties goede teams maken: informeel, formeel, betaald, niet-betaald, emotioneel verbonden, instrumenteel verbonden. Het gaat erom onderlinge afhankelijkheden te organiseren, dat mensen creatieve oplossingen creëren en dat daarover goede besluitvorming tot stand komt [16].

Conclusie

Bij samenspel draait het om de betekenisgeving aan een complexe zorgsituatie en zorgrelatie. Daar kunnen mensen verschillend inzitten, vanuit een verschillende identiteit die niet per se als formeel of informeel geduid moet worden. De grenzen bepalen we voor een deel zelf en of we daar goed mee om gaan hangt af van of het lukt om goede condities voor samenwerking te scheppen. Dat gaat niet vanzelf goed. Misschien dat voorlopig de volgende ezelsbruggetjes helpen!

6 ezelsbruggetjes voor een goede dialoog

(bron: <http://www.vilans.nl/Tips-6-ezelsbruggetjes-voor-een-goede-dialoog.html>)

1. Gebruik LSD: Luisteren, Samenvatten, Doorvragen

Vat het verhaal kort samen en laat de ander reageren. Vraag door als iets onduidelijk is.

2. Laat OMA (wat vaker) thuis: Oordelen, Meningen, Adviezen
Als iemand iets vertelt, laat dan eigen oordelen, ideeën en adviezen even voor wat ze zijn, zodat u met een open houding kunt luisteren.
3. Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Nooit Aannemen
Neem niet zomaar aan dat u begrijpt wat iemand bedoelt. Vraag bij twijfel altijd even na of het klopt.
4. Smeer NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander
Als iets niet duidelijk is, of als we iemand al lang kennen, vullen we al snel andermans bedoelingen zelf in. Dit voorkomt u door na te vragen.
5. Wees een OEN: Open, Eerlijk, Nieuwsgierig
Sta open voor de ander, geef deze een kans iets uit te leggen en wees oprecht nieuwsgierig.
6. Maak je niet DIK: Denk in Kwaliteiten
Zeker bij wat moeilijke gesprekken kijken we al er snel naar wat fout ging. Dat mag, maar geef vooral aandacht aan wat goed gaat.

Zorgende families

Pearl A. Dykstra

De verdeling van de zorg voor ouderen tussen families en de overheid is een onderwerp dat al lange tijd belangstelling geniet van wetenschappers, beleidsmakers, politici en het brede publiek. Een zorgelijke toon overheerst in de discussies. Eén invalshoek is: overheidszorg is duur en met de komst van nog meer ouderen zullen de kosten alleen maar toenemen. Een andere redenering is: overheidszorg verdringt de zorg verleend door familieleden, hetgeen tot gevolg heeft dat de sociale cohesie in onze samenleving verzwakt omdat wederzijdse verplichtingen afnemen [17]. Men spreekt bij deze laatste redenering ook wel van de 'crowding-out' hypothese (verdringingshypothese). Inmiddels is het denkbeeld dat genereuze overheidszorg familie­zorg verdringt te ruste gelegd. Landen­vergelijkend onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat, in zoverre verdringing optreedt, deze vooral langdurige en zware vormen van zorg betreft [18]. De beschikbaarheid van publieke zorg maakt het voor familieleden beter mogelijk om juist die zorg te verlenen waarvoor ze het beste geschikt zijn: emotionele steun en niet-gestandaardiseerde steun zoals begeleiding, vervoer en klusjes in huis. Geen verdringing van familie­zorg door publieke zorg, maar complementariteit.

Hervorming van de zorg

Mede vanuit overwegingen van kostenbeheersing, is de organisatie van de langdurige zorg in Nederland veranderd. De recente hervormingen betreffen een vermindering van intramurale zorg, beperking en decentralisatie van lichtere vormen van zorg zoals huishoudelijke hulp, een sterkere gerichtheid op de meest behoeftigen, en verhoging van de eigen financiële bijdrage. Afgaande op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voor de periode 2004–2104, is het zorggebruik in overeenstemming met de beleidsdoelstellingen veranderd. Het aandeel ouderen dat publiek gefinancierde huishoudelijke hulp ontvangt, is afgenomen. De ontvangers krijgen gemiddeld meer uren huishoudelijke hulp – een aanwijzing dat de ontvangers vooral de meest behoeftigen zijn.

Familiesolidariteit

Representatieve cijfers over veranderingen in de zorg die door familieleden wordt verleend, zijn schaars. Gelukkig beschikken we over gegevens van de Nederlands Kinship Panel Study (NKPS), die een gestage toename laten zien tussen 2002 en 2014 in het aandeel volwassen kinderen dat huishoudelijke hulp verleent aan zorgbehoevende ouders [19]. Zowel zoons als dochters zijn vaker hulp gaan verlenen. Intrigerend is dat de toename niet is toe te schrijven aan sterkere beperkingen onder de ouders. Evenmin blijkt die toename toe te schrijven te zijn aan minder gebruik van thuishulp. Toch zijn meer en meer volwassen kinderen hun ouders bij gaan staan – wellicht in reactie op het appel van de overheid om verantwoordelijkheid jegens hulpbehoevenden te tonen, of wellicht als uiting van een meer algemeen patroon van toenemende solidariteit in families [20].

Relatie publieke en familie­zorg

Met de opbouw van de welvaartstaat kwam de vraag of overheidsvoorzieningen de zorg door familieleden zouden verdringen. De huidige neoliberale hervormingen van de welvaartstaat brengen de tegengestelde vraag: doen zorgende families de noodzaak van publiek gefinancierde zorg afnemen? Door NKPS-gegevens te combineren met CBS-registerdata over het gebruik van voorzieningen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), kan die vraag vooralsnog negatief worden beantwoord: [21] het zorggebruik van ouderen blijkt niet samen te hangen met de huishoudelijke hulp die ze van een willekeurig geselecteerd volwassen kind krijgen. Wel tonen de resultaten dat oudere mannen met een partner minder gebruik maken van AWBZ-zorg. Onder oudere vrouwen is er geen verschil in zorggebruik tussen degenen met en degenen zonder een partner. Twee interpretaties zijn mogelijk.

De eerste is dat er een seksevoordeel is in de behandeling van aanvragen voor publieke zorg – wellicht worden oudere mannen als minder geschikte verzorgers beschouwd. De tweede is dat oudere mannen de zorgvaardigheden ontberen, of denken die te ontberen, die vrouwelijke partners wel hebben. Voorzichtigheid is geboden. Mogelijk verschilt de implementatie van overheidsregelingen, afhankelijk van de sekse van de oudere cliënt.

Overheidsbeleid en gender

Genderverschillen kunnen onbedoeld het gevolg zijn van de wijze waarop overheden beleid rond zorg voor oud en jong organiseren [22]. Overheidsbeleid kan ongewenste afhankelijkheden binnen families creëren (*familialism by default*), de keuze om zorg te geven gemakkelijken (*supported familialism*) en economische zelfstandigheid bevorderen (*defamilialisation*). Ook is het type voorziening van belang vanwege mogelijk verschillende implicaties voor sekse- en sociaal-economische ongelijkheden [23]. Vrouwen zullen bijvoorbeeld eerder dan mannen kiezen voor financiële vergoedingen, net zoals vrouwen met weinig beroepsperspectieven eerder die keuze zullen maken dan vrouwen met ruime beroepsperspectieven. Financiële vergoedingen voor familie zorg herbergen aldus het risico van onvoldoende economische zelfstandigheid. Diensten in de vorm van thuiszorg en dagopvang stellen mannen en vrouwen beter in staat om zorg- en arbeidstaken te combineren.

Conclusie

Het is niet duidelijk of de toename van familiesolidariteit het gevolg is van de afname van publiek betaalde zorg. Bij de vormgeving van beleid is het cruciaal om alert te zijn op mogelijke ongewenste afhankelijkheden binnen families – tussen jong en oud, en tussen mannen en vrouwen.

Mantelzorg: Veerkrachtig of weerbarstig?

Marjolein Broese van Groenou

Mantelzorg is inmiddels niet meer weg te denken uit onze samenleving: iedereen weet nu wat ermee bedoeld wordt, hoe vaak het voorkomt, waarom men al dan niet mantelzorg geeft, en wat de grootste valkuilen zijn van mantelzorg (overbelasting!). Met de vergrijzing en huidige ontwikkelingen in de (ouderen)zorg ligt er een belangrijke nieuwe vraag voor de toekomst: kan onze samenleving wel voldoen aan de toenemende vraag om mantelzorg? De overige bijdragen van dit symposium gaan over de rol van werkgever, professionals, familie en beleid. Aan mij de taak om in deze bijdrage een visie neer te zetten over mantelzorg in de context van een snel veranderende samenleving: is het

nodig dat mantelzorg verandert? En zo ja, hoe dan? In hoeverre is mantelzorg een weerbarstig construct, dat wil zeggen onveranderlijk en inflexibel, of is het veerkrachtig genoeg om zich aan te passen aan de eisen die de toekomstige samenleving eraan stelt?

Veerkracht en mantelzorg

Veerkracht wordt gedefinieerd als het vermogen van een systeem (individu, buurt, organisatie, samenleving) om met ernstige verstoringen om te gaan, en aanpassingen te maken met behoud van de kernfuncties van het systeem. De uitkomst kan zijn: ofwel terug naar de status quo ofwel transformatie naar een nieuwe vorm met behoud van de kernfuncties van het systeem [24]. Mantelzorg is een structureel onderdeel van onze samenleving en heeft een heldere kernfunctie: de zorg die men aan een naaste geeft als hij of zij door gezondheidsproblemen dagelijkse activiteiten minder goed kan verrichten [25]. Er zijn (minstens) twee concrete 'verstoringen' aan te geven waardoor het aandeel van mantelzorg in de samenleving onder druk staat: de toenemende vergrijzing en het terugdraaien van collectieve voorzieningen, waardoor kwetsbare groepen steeds meer op zorg in de eigen omgeving zijn aangewezen. Dit vergroot het risico op overbelasting en verminderde participatie in onderwijs en werk voor specifieke groepen in de samenleving. Om deze ongewenste uitkomsten te voorkomen, zullen we moeten herzien wie mantelzorg kan geven, hoe dit zich verhoudt tot de zorg die anderen geven, en wat er voor nodig is om mantelzorg langdurig vol te houden. Er zijn drie zaken nodig om mantelzorg een veerkrachtig onderdeel van onze samenleving te doen zijn.

Kern-mantelzorgers

Ten eerste dienen we nader te bepalen **wie** we als mantelzorg aanmerken en wie niet. Veerkracht moet vooral getoond worden door degenen die het eerst en meest met de hulpbehoefte van een naaste geconfronteerd worden, zoals partners, ouders, kinderen, of, in geval van alleenstaanden en kinderlozen, andere familieleden, burens of vrienden met een sterke band met de zorgbehoevende. Dit zijn degenen die vaak langdurig en intensief betrokken zijn in de zorgverlening [25] en van wie we verwachten dat ze het lang volhouden. Uit onderzoek naar zorgnetwerken weten we dat het overgrote merendeel van de ouderen meerdere mantelzorgers heeft, [26] maar dat er een duidelijk verschil bestaat tussen kern-mantelzorgers die sterk betrokken zijn en/of veel uren helpen, en anderen die vooral als 'hulp-mantelzorgers' kunnen worden beschouwd omdat ze af en toe inspringen. De laatsten zijn heel belangrijk, maar trekken niet de kar. Helpers vanuit vrijwilligersorganisaties en nieuwe creatieve organisaties die betaalde mantelzorg aanbieden, vallen niet onder

onze kerndefinitie van mantelzorg. Het gaat om de veerkracht van de kern-mantelzorgers, want zij zijn degenen die ondersteuning het meest nodig hebben.

Verbreden en verdelen

Ten tweede zou het aantal solitaire en overbelaste mantelzorgers af moeten nemen. Dit vereist een andere taakopvatting van de kern-mantelzorger, vooral voor de vele mantelzorgers die op afstand wonen en zorg met werk moeten combineren. Mantelzorgers worden van uitvoerders meer de *regisseurs* van de zorg: dit houdt in dat zij, samen met de zorgvrager, de kring van hulpverleners verbreden naar burens, vrienden, oud-collega's, vrijwilligers, studenten die voor studiepunten langskomen, betaalde krachten die met de zorgontvanger gaan wandelen, professionele krachten van de thuiszorg, noem het maar op. Daarbij kan de mantelzorger op afstand toch betrokken blijven, bijvoorbeeld dankzij: de student die voor zijn/haar opleiding de communicatie met moeder via skype op de ipad opstart; het appje van de thuiszorg dat meldt dat het vandaag goed is gegaan, en dat vader veilig in bed ligt met schone pyama aan; of de gymnastiekrobot die de dagelijkse oefeningen met moeder doorneemt en begint te piepen als ze het niet goed genoeg doet. Met het zorgverlof van de werkgever en af en toe wat respijtzorg, is de coördinatietaak langer vol te houden. Het bevorderen van veerkracht bij mantelzorgers betekent dus vooral het aanbod aan diverse vormen van hulp vergroten en zorgen dat mantelzorgers het zorgnetwerk kunnen opbouwen en onderhouden. (Voorwaarde is wel dat de zorgontvanger hier een beetje in meewerkt en al die nieuwe gezichten ook accepteert en binnenlaat!).

Voorbereiden op mantelzorg

Ten derde zal veerkracht zichtbaar moeten worden in hoe de burger zich zelf voorbereidt op het geven dan wel krijgen van mantelzorg. Het ontwikkelen van het zorgpotentieel in het eigen netwerk zal meer bewust deel uit moeten maken van het leven om voorbereid te zijn op de zorgvraag op de oude dag. Dit leidt tot een andere invulling van het leven na de 55 jaar dan wellicht voorzien: doorwerken tot 67 jaar, dan verhuizen richting de kinderen, en daar ter plekke nog een jaar of tien investeren in buurtgenoten, vrijwilligersorganisaties en nieuwe vrienden of kennissen, om het zorgpotentieel in het eigen sociaal netwerk zo groot mogelijk te maken. Maar dan is men terdege voorbereid op de eigen zorgvraag dan wel die van de partner, zo tegen het 75ste of mogelijk zelfs 80ste levensjaar. Dan is men of mantelzorger, of afhankelijk van een mantelzorger, of beide, en voorbereid om dat zorgnetwerk te regisseren!

Conclusie

Hoewel betrokkenheid en steun als kernfunctie van mantelzorg overeind zullen blijven, ziet mantelzorg anno 2030 er anders uit dan anno 2000, en zal de vormgeving ervan veel creatief organisatietalent vereisen om het langdurig vol te blijven houden. Het thema bindt families, buurten, opleidingen, werkgevers, en hulpverleners en dat moet zichtbaar worden in de zorgnetwerken van kwetsbare burgers. We willen af van de overbelaste, solitaire mantelzorger. Mantelzorg deel je, verdeel je, en beheers je. Dat is de mantelzorg van de toekomst!

Wie maakt het verschil? Ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp

Alice de Boer

Dit is een samenvatting van de rede 'Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp' die prof. dr. ir. Alice H. de Boer heeft uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Sociale ongelijkheid en informele hulp bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam op 26 januari 2017.

Momenteel zijn er in Nederland ruim vier miljoen mantelzorgers en bijna een miljoen vrijwilligers in de zorg en ondersteuning. In het publieke debat is er veel bezorgdheid over deze onbetaalde hulp aan hulpbehoevenden en over specifieke groepen die deze hulp geven. Er wordt gevreesd dat de druk van de participatiesamenleving en het sterkere beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers tot een onevenredig grote informele inzet van sommige groepen zal leiden. Men noemt onder meer vrouwen, verschillende leeftijdsgroepen en migranten. Hoe staat het met de sociale ongelijkheid van de informele hulp en wie kan bijdragen aan het verminderen van de verschillen tussen groepen?

Omvang

Hoe groot zijn de verschillen tussen groepen in het geven van informele hulp naar sekse, leeftijd en herkomstgroepen? In Nederland geeft 37 % van de vrouwen mantelzorg en 28 % van de mannen [25]. In absolute aantallen gaat het om 2,5 miljoen vrouwen en 1,8 miljoen mannen. Het is dus niet zo dat mannen het laten afweten, maar vrouwen nemen wel vaker deze hulp op zich. Mannen helpen vaker bij administratie of vervoer. Vrouwen helpen bij het regelen en coördineren van voorzieningen, bezoek aan arts, persoonlijke verzorging of emotionele steun. Mensen tussen de 35 en 64 jaar geven vaak hulp. Het gaat vooral om hulp aan hun ouders of schoonouders. Toch zijn er ook jongeren die te maken hebben met een zorgtaak, omdat zij opgroeien met een ziek gezinslid, meestal een

ouder of een broer of zus. Ook zijn er steeds meer oudere helpers. Zij zorgen voor hun partner of zeer oude ouders. Er wordt wel eens gedacht dat niet-westerse migranten vaak informele hulp bieden omdat zij veel gezondheidsproblemen ondervinden en grote families hebben. Uit recent onderzoek blijkt dat niet-westerse migranten echter *minder* vaak mantelzorg geven dan autochtonen of westerse migranten. Het verschil is ongeveer tien procentpunten [27].

Oorzaken

Nu we weten dat vrouwen vaker hulp geven dan mannen, dat 35–64-jarigen relatief vaak hulpverleners zijn en migranten relatief weinig, roept dat de vraag op: wat maakt dat die ongelijkheid er is? Anders gezegd: onder welke voorwaarden kunnen en willen mensen uit bepaalde sociale groepen hulp bieden? De *eerste* verklaring voor sociale verschillen in het geven van informele hulp ligt in de noodzaak om te helpen. Vrouwen kennen vaker een hulpbehoevende dan mannen. Ze zeggen ook vaker dat ze aanvoelen of iemand hulp nodig heeft. Vrouwen hebben bovendien grotere en meer gemengde netwerken waardoor ze meer verzoeken om hulp krijgen. Daarnaast speelt leeftijd een rol: 45–64-jarigen kennen vaker dan gemiddeld een hulpbehoevende. Dit komt vooral doordat zij oude ouders hebben: bij de jongere groepen zijn ouders meestal nog gezond en bij de oudere groepen vaak niet meer in leven. In vergelijking met autochtonen hebben niet-westerse migranten minder vaak iemand in hun sociale netwerk die regelmatig hulp nodig heeft. Dit hangt voor een deel samen met leeftijd: niet-westerse migranten zijn gemiddeld jonger dan autochtonen en hebben daardoor ook minder vaak een partner of ouder op leeftijd [27].

Een *tweede* verklaring waarom sommige groepen vaker hulp geven dan anderen hangt samen met hun opvattingen over mantelzorg [12]. Een voorbeeld hiervan is de inschatting wie men het meest geschikt vindt voor een mantelzorgtaak. Vinden we dat vrouwen meer geschikt zijn dan mannen om die hulp te geven? Een kwart van de mannen is van mening dat vrouwen geschikter zijn om hun naasten te helpen. Bij vrouwen ligt dit aandeel lager. Mensen vinden dit vooral omdat zij menen dat vrouwen beter dan mannen aanvoelen dat mantelzorg nodig is, niet omdat ze meer tijd zouden hebben. De meerderheid van de vrouwen en ongeveer de helft van de mannen is het (helemaal) niet eens met deze stelling.

Een *derde* verklaring voor verschillen tussen groepen is dat sommige mensen meer of minder tijd hebben om te helpen. Uit onderzoek weten we dat mensen met veel werkuren minder vaak informele hulp verlenen dan anderen. Er zijn ook grote verschillen naar geslacht: drie kwart van de mannen combineert de mantelzorgtaak met een betaalde baan, bij vrouwen is

dit nog geen derde [25]. Het aandeel werkenden dat informele hulp geeft, nam tussen 2004 en 2014 toe, met zes procentpunten, zowel voor mannen als vrouwen [7]. Het verschil tussen mannen en vrouwen blijft in deze periode ongeveer gelijk (verschil is ongeveer acht procentpunten). Onder de werkenden is er dus geen toename (of afname) in seksongelijkheid in de informele hulp.

Gevolgen

Als burgers uit de ene sociale categorie meer tijd hebben voor het geven van hulp dan burgers uit andere categorieën, dan wel meer oog hebben voor de noden van naasten, is dat niet automatisch een probleem dat moet worden opgeheven. De sociale ongelijkheid is vooral onwenselijk als de negatieve consequenties van het helpen bij bepaalde groepen in de bevolking vaker voorkomen dan bij anderen. Bijvoorbeeld als het helpen gevolgen heeft voor het welbevinden, ervaren belasting, werk of opleiding. Sociale verschillen in de informele hulp gaan dan ook niet alleen over ongelijke condities, maar ook over ongelijke consequenties.

Eén op de tien mantelzorgers geeft aan zwaar belast te zijn door de hulptaak. Deze mantelzorgers rapporteren dat de situatie van de hulpbehoevende hen nooit loslaat of dat de hulp te veel op hun schouders terechtkomt. Dit zijn 400.000 volwassenen in Nederland [28]. Al eerder zagen we dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn onder de helpers. Ook voelen vrouwen zich, als zij eenmaal hulp geven, zwaarder belast door de zorgtaak dan mannen. Sommige leeftijdsgroepen vinden het geven van hulp zwaarder dan anderen. 35–44-jarigen ondervinden relatief vaak een hoge belasting. Maar ook scholieren met een ziek gezinslid oordelen ongunstiger over hun psychisch welbevinden dan leeftijdsgenoten [29]. Er zijn indicaties dat mantelzorgers met een migrantenachtergrond niet alleen vaak intensief en langdurig helpen, maar ook dat zij zwaar belast zijn [30]. Dit kan voortkomen uit hoge verwachtingen die sommige herkomstgroepen hebben over de hulp die zij aan hun ouders moeten geven [31]. Niet-westerse migranten zouden minder vaak professionele steun en mantelzorgondersteuning ontvangen; dit zou een extra oorzaak kunnen zijn voor hun hoge belasting.

Werkenden met een mantelzorgtaak, zeker met een intensieve of langdurige taak, lopen meer risico om gezondheidsproblemen te ontwikkelen en zich op het werk ziek te melden dan andere werkenden. Dit geldt zowel voor intensieve helpers als voor mensen die langdurig hulp geven [7]. In 2014 is één op de tien werkende mantelzorgers (tijdelijk of structureel) minder gaan werken of gestopt met werken vanwege de mantelzorgtaak (ruim 270.000 mensen) [25]. Vrouwen en mannen hebben hier in gelijke mate mee te maken. Verzorgers van partners en kinderen nemen deze ingrijpende maatregel ongeveer twee maal zo vaak als

helpers van een (schoon)ouder. Vooral mensen die regelmatig hun werk moeten onderbreken voor de hulpbehoevende, zijn vaak gestopt.

Uit verschillende onderzoeken onder jonge mantelzorgers blijkt dat jongeren problemen ervaren bij het volgen van hun opleiding. Cijfers afkomstig van het scholierenonderzoek *Health Behavior in School-aged Children 2013* laten zien dat scholieren met een ziek gezinslid *even vaak* spijbelen als hun leeftijdsgenoten. Maar als jongeren met een ziek gezinslid spijbelen dan doen ze dat meer uren. Uit de Studentengezondheidstest van de studentenartsen van de UvA blijkt dat mantelzorgende studenten relatief vaak vertraging in hun studie oplopen [32].

Wie maakt het verschil?

Wie kan bijdragen aan de vermindering van deze vormen van sociale ongelijkheid? Anders gezegd: wie maakt het verschil? Allereerst kunnen mantelzorgers en hun hulpbehoevenden zelf het verschil maken door tijdig hulp in te roepen. Bijvoorbeeld door zelf actiever op zoek te gaan naar mensen met wie zij de hulp kunnen delen. Ik denk hierbij niet alleen aan familie, maar ook mensen in andere netwerken waarin zij actief zijn. Deze 'omstanders' zouden actief hulp kunnen aanbieden. Zo maken vele handen licht werk en ondervinden mensen mogelijk ook minder negatieve ervaringen. Delen van de zorg werkt verlichtend.

Daarnaast kunnen allerlei organisaties zoals werkgevers, onderwijsinstellingen, gemeenten en thuiszorgorganisaties helpen bij het verminderen van de belasting van helpers. Wat doen zij momenteel aan ondersteuning? Werkgevers dragen bij aan de mogelijkheden om werk en zorg te combineren. Ik denk dan aan het toepassen van verlofregelingen, maar ook om het bespreekbaar maken van een zorgtaak, tonen van begrip en het bieden van mogelijkheden om flexibel te kunnen werken als de mantelzorgsituatie daarom vraagt. Onderzoek laat zien dat het belangrijk is dat mensen onverwachts een dag vrij kunnen nemen of deels hun eigen werktijden kunnen bepalen [25].

Op de middelbare school en in het vervolgonderwijs lijkt er nog nauwelijks aandacht voor jonge mantelzorgers. Docenten, leerkrachten, zorgcoördinatoren, tutores en mentoren kunnen jonge mantelzorgers eerder signaleren, maar hen ook een luisterend oor en meer flexibiliteit in roosters, tentamens en opdrachten bieden.

Vanaf 2015 zijn gemeenten nog belangrijker geworden voor de ondersteuning van mantelzorgers.

Gemeenten hebben daar in de praktijk verschillende oplossingen voor. Tussen een vijfde en een kwart van de mantelzorgers ontvangt respijtorg, dagopvang/behandeling, logeervervoorziening, een vrijwilliger of een oppas [25]. Ongeveer een vijfde ontvangt andere vormen van ondersteuning, zoals informatieadvies en materiële hulp. In veel gevallen komt ondersteuning pas in beeld als mensen al overbelast zijn. Degenen die ondersteuning nodig hebben, beseffen vaak onvoldoende dat dit mogelijk is en zullen meer proactief benaderd moeten worden door de mensen die contact met hen hebben.

Veel mantelzorgers delen de hulp die zij geven met anderen. Goed afstemmen en samenwerken is dan belangrijk. Een derde van de mantelzorgers vindt dat de thuiszorg of de wijkverpleegkundige onvoldoende oog heeft voor hoe het met de mantelzorger zelf gaat [25]. Op dit punt is dus nog veel winst te behalen. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat beroepskrachten voldoende tijd krijgen en deskundigheid hebben om dit te doen.

Hoewel de ondersteuning van informele helpers onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, kan ook de rijksoverheid maatregelen treffen. Denk bijvoorbeeld aan maatregelen om de combinatie van mantelzorg en betaald werk te vergemakkelijken, zoals zorgverlof.

Er zijn nog veel meer actoren in het maatschappelijk middenveld betrokken bij de ondersteuning van mantelzorgers, zoals vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, kerken en zorgcoöperaties. Hulp kan dan ook door heel veel mensen en organisaties geboden worden. Toch is er nog maar weinig zicht op hoe en door wie het verschil te maken is. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk welke effecten verschillende interventies op het terrein van de informele hulp hebben en of vormen van ondersteuning anders uitwerken voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen of voor verschillende migrantengroepen.

Tot slot

In het symposium over de toekomst van de informele zorg passeerden al enkele waardevolle suggesties voor toekomstig onderzoek de revue. Ik zou het geweldig vinden als we deze punten verder zouden kunnen uitwerken. Ik hoop met mijn leerstoel meer inzicht te kunnen verschaffen in het ontstaan van sociale ongelijkheid in informele hulp en manieren te vinden om de verschillen in de toekomst te verkleinen.

Literatuur

1. Jong A de. Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving. Cahier Demografie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving en Centraal Planbureau; 2015.
2. Roeters A, Broek A van den, Dagevos J, Haan J de, Wennekers A. Drijvende krachten. In: Van den Broek A, Van Campen C, De Haan J, Roeters A, Turkenburg M, Vermeij L (redactie). De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016. Den Haag: SCP; 2016. pag. 17–48.
3. Campen C van, Draak M den, Ras M. Kwetsbaar alleen. Den Haag: SCP; 2011.
4. Putman L, Verbeek-Oudijk D, Klerk M de, Eggink E. Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014. Den Haag: SCP; 2016.
5. Dam F van, Daalhuizen F, Groot C de, Middelkoop M van, Peeters P. Vergrijzing en ruimte; gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving; 2013.
6. Campen C van, Kooiker S, Boer A de. Zorgen: Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen. In: Van den Broek A, Van Campen C, De Haan J, Roeters A, Turkenburg M, Vermeij L (redactie). De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016. Den Haag: SCP; 2016. pag. 108–42.
7. Josten E, Boer A de. Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk. Den Haag: SCP; 2015.
8. Henkens K, Solinge H van, Damman M, Dingemans E. Langer doorwerken valt nog niet mee. Demos. 2016;32:1–4.
9. Damman M, Solinge H van. De combinatie van betaald en onbetaald werk in de jaren voor pensioen. Netspar Design Paper. Tilburg: Netspar; 2017.
10. Benders J. Liefde met voorbedachten rade. Rotterdam: Coolegem Media; 2016.
11. Billings J, Leichsenring K, Wagner L. Addressing long-term care as a system. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H (redactie). Long-term care in Europe. Improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013. pag. 3–18.
12. Broese van Groenou MI, De Boer AH. Providing informal care in a changing society. Eur J Ageing. 2016;13:271–9.
13. Morgan HM, Entwistle VA, Cribb A, Christmas S, Owens J, Skea ZC, Watt IS. We need to talk about purpose: A critical interpretive synthesis of health and social care professionals' approaches to self-management support for people with long-term conditions. Health Expect. 2016; doi: [10.1111/hex.12453](https://doi.org/10.1111/hex.12453).
14. Verhaeghe P. Identiteit. Amsterdam: De Bezige Bij; 2012.
15. Gobet P, Emilsson T. Integration as 'Boundary Redefinition Process'. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H (redactie). Long-term Care in Europe. Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013. pag. 118–39.
16. Beersma B. De kracht van coöperatie. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2015.
17. Wolfe A. Whose keeper? Social science and moral obligation. Berkeley: University of California Press; 1989.
18. Brandt M, Haberkern K, Szydlik M. Intergenerational help and care in Europe. Eur Sociol Rev. 2009;25:585–601.
19. Broek MPB van den. Supporting ageing parents: a comparative analysis of upward intergenerational support. Rotterdam: Erasmus University; 2016.
20. Pas S van der, Tilburg TG van, Knipscheer CPM. Changes in contact and support within intergenerational relationships in the Netherlands: a cohort and time-sequential perspective. Adv Life Course Res. 2007;12:243–74.
21. Schenk N, Dykstra P, Maas I, Van Gaalen R. Older adults' networks and public care receipt: Do partners and adult children substitute for unskilled public care? Ageing Soc. 2014;34:1711–29.
22. Saraceno C. Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. J Eur Soc Policy. 2010;20:32–44.
23. Javornik J. Measuring state de-familialism: contesting post-socialist exceptionalism. J Eur Soc Policy. 2014;24:240–57.
24. Boïn A, Eeten M van. Maatschappelijke veerkracht: Een nieuw ideaal doorgrond. In: Terugtrekken is vooruitzien. Den Haag: RMO; 2013. pag. 67–113.
25. Klerk M de, Boer A de, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S. Informele hulp: wie doet er wat? Den Haag: SCP; 2015.
26. Jacobs MT, Aartsen MJ, Deeg DJH, Broese Van Groenou MI. Diversity in older adults' care networks: the added value of individual beliefs and social network proximity. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2016; doi:[10.1093/geronb/gbw012](https://doi.org/10.1093/geronb/gbw012).
27. Huijnk W, Andriessen I. Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken. Den Haag: SCP; 2016.
28. Plaisier I, Boer A de, Klerk M de. Gevolgen van mantelzorgen. In: De Klerk M, De Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S (redactie). Informele hulp: wie doet er wat?. Den Haag: SCP; 2015. pag. 89–110.
29. Roos SA de, Boer AH de, Bot SM. Well-being and need for support of adolescents with a chronically ill family member. J Child Fam Stud. 2016;26(2):405–15. doi:[10.1007/s10826-016-0574-7](https://doi.org/10.1007/s10826-016-0574-7).
30. Kennisplatform Integratie en samenleving. Mantelzorgers met een migratieachtergrond ondersteunen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut en Movisie; 2016.
31. Schans D, Komter A. Intergenerationele solidariteit en etnische diversiteit. Migrantenstudies. 2006;22:2–21.
32. Heijde CM van der, Vonk P, Meijman FJ. Self-regulation for the promotion of student health. Traffic lights: the development of a tailored web-based instrument providing immediate personalized feedback. Health Psychol Behav Med. 2015;3:169–89.

Dagelijkse maaltijdbezorging of een wekelijks pakket? Gevolgen voor eenzaamheidsgevoelens

H. F. A. Diesfeldt

Oorspronkelijke publicatie Thomas KS, Akobundu U, Dosa D. More than a meal? A randomized control trial comparing the effects of home-delivered meals programs on participants' feelings of loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71:1049–58.

Conclusie van het artikel

Dagelijkse bezorging van een warme maaltijd heft gevoelens van sociale eenzaamheid effectiever op dan wekelijkse bezorging van een pakket diepvriesmaaltijden.

Bespreking van de studie

Meals on Wheels is de Amerikaanse variant van tafeltje-dek-je. Subsidie is wettelijk geregeld. Aanvragers moeten gemiddeld drie maanden, soms langer, wachten voordat zij 'bediend' kunnen worden. De onderzoekers verdeelden ruim zeshonderd ouderen willekeurig over drie groepen. Eén groep kreeg op de gebruikelijke wijze vijf werkdagen per week een warme maaltijd bezorgd, de tweede groep kreeg wekelijks vijf diepgevroren maaltijden in één keer. Mensen die op een wachtlijst stonden, vormden de controlegroep. De onderzoekers maakten onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid. In beide gevallen wordt de behoefte aan verbondenheid met een of meer anderen niet vervuld. Bij emotionele eenzaamheid komt dat door het gemis van een persoon aan wie je bijzonder gehecht was, bijvoorbeeld de levenspartner. De onderzoekers richtten zich op sociale eenzaamheid (sociaal isolement). Zij formuleerden geen hypothesen over de relatie tussen maaltijdbezorging en emotionele eenzaamheid. Deelnemers kregen de volgende vragen voorgelegd: 'Mist u gezelschap?', 'Voelt u zich uitgesloten?' en 'Voelt u zich geïsoleerd van anderen?' met als antwoordcategorieën: 'nooit', 'zelden', 'soms' en 'dikwijls'. Vijftien

weken na de beginmetingen informeerden de onderzoekers opnieuw naar de sociale situatie, gezondheid en eventuele gevoelens van eenzaamheid. De ontvangers van de maaltijden kregen bovendien een vierde vraag naar eenzaamheidsgevoelens voorgelegd: 'Helpt de maaltijdbezorging u om zich minder eenzaam te voelen?' In plaats van de drie algemene vragen naar gevoelens van eenzaamheid, legde de laatste vraag met zoveel woorden een verband met de maaltijdbezorging.

Resultaten

Maaltijdbezorging maakte dat deelnemers zich minder eenzaam voelden dan ouderen die nog op de wachtlijst stonden. Het maakte voor de antwoorden op de drie eenzaamheidsvragen echter geen verschil of de maaltijden dagelijks of wekelijks aan huis werden gebracht. Echter op de vierde vraag antwoordden deelnemers die dagelijks een maaltijd gebracht kregen ruim drie keer zo vaak dat dit hen hielp om zich minder eenzaam te voelen dan deelnemers die wekelijks vijf ingevroren pakketten ontvingen (odds ratio 3,23; 95 %-betrouwbaarheidsinterval 1,39; 7,54). In de perceptie van de deelnemers was dagelijkse maaltijdbezorging voor vermindering van hun gevoel van sociale eenzaamheid dus effectiever dan wekelijkse aflevering. De onderzoekers hielden daarbij rekening met allerlei andere factoren die met eenzaamheidsgevoelens samenhangen, zoals alleen wonen (van toepassing op meer dan de helft van de deelnemers), niemand hebben om hulp in te roepen (14 %), nergens lid van zijn (25 %), gevoelens van depressie ervaren (30 %), gevoelens van angst (26 %), slechte gezondheid (22 %), te weinig geld om eten te kopen (meer dan 50 %) of bijna geen contact (een of twee keer per maand) met familie of vrienden (20 %).

Commentaar

Kostenoverwegingen en een stijgende vraag brengen organisaties die maaltijden aan huis bezorgen in de verleiding om dat niet dagelijks, maar eens per week

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

te gaan doen. Uit overwegingen van bestrijding van sociale eenzaamheid pleiten de uitkomsten van het Amerikaanse onderzoek echter voor dagelijkse bezorging. Een dagelijkse warme maaltijd betekent dubbele 'warme' zorg. Het dagelijkse 'verrassingspakket' geeft plezier en smaak aan het leven van alledag en brengt een dagelijks menselijk contact met zich mee. Heel wat deelnemers aan het Amerikaanse onderzoek bouwden een vriendschappelijke relatie met de maaltijdbezorger op. Een wekelijks pakket van vijf diepvriesmaaltijden, hoe vriendelijk ook bezorgd, heeft een veel kleinere kans om de kilte van eenzaamheid te verzachten en staat daarmee ver af van 'warme' zorg. Voor alleenstaande mensen met een cognitieve beperking heeft wekelijkse bezorging nog als nadeel dat er niemand is

die dagelijks even kenbaar maakt dat het etenstijd is. Zo lang er voldoende vrijwilligers en zorginstellingen zijn die zich willen inspannen voor dagelijkse maaltijdbezorging aan ouderen die dat nodig hebben, snijdt het mes aan twee kanten. Dagelijkse maaltijdverzorging draagt bij aan meer gevarieerde en gezonde voeding, stimuleert om elke dag aan tafel te gaan, vermindert gevoelens van sociale eenzaamheid en voegt ook nog zin toe aan het leven van vrijwilligers die de maaltijden rondbrengen. Uit economische overwegingen is vijf pakken diepvries eens per week misschien goedkoper, maar leg dan wel op de andere schaal van de balans het verlies van dagelijkse momenten van sociaal contact met de bezorgers.

Signalementen

Dementie op jonge leeftijd heeft enorme impact voor het hele gezin

(Hogere) leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van dementie en daarom komt het voornamelijk voor bij ouderen. Toch komt het ook voor op jongere leeftijd en dan ervaren patiënt en omgeving specifieke problemen en zorgbehoeften, gerelateerd aan hun actieve levensfase. Zo hebben mantelzorgers van mensen met dementie op jonge leeftijd evenveel fysieke en psychische klachten als verzorgers van ouderen, maar ervaren zij hierdoor meer beperkingen in het dagelijks leven. Dit constateert neuropsycholoog *Joany Millenaar*, 28 jr, in haar proefschrift over de specifieke problemen en zorgbehoeften van jongdementerenden en hun gezinnen. Negatieve ervaringen in de diagnostische periode en het wegblijven van begeleiding daarna komen vaak voor. In de latere fasen van de ziekte hebben mantelzorgers behoefte aan meer steun bij de toenemende zorgtaken omdat zij deze taken steeds moeilijker kunnen combineren met andere sociale rollen en aspecten in hun leven. De jonge mensen met dementie rapporteerden zelf onvervulde zorgbehoeften op het gebied van gezelschap en intieme relaties. Thuiswonende kinderen gaven aan dat ze moeite hadden met hun eigen leven leiden naast alle verantwoordelijkheden die op hun pad kwamen en zij maken zich zorgen over de toekomst. De kinderen waren vooral gericht op de zorgbehoeften van hun ouders en niet op die van henzelf.

Joany Millenaar concludeert dan ook in de stellingen bij haar proefschrift: 'In de begeleiding van mensen met dementie op jonge leeftijd moet men zich nadrukkelijk richten op het hele gezin, inclusief de kinderen.'

Proefschrift *Young onset dementia. Towards a better understanding of care needs and experiences*, Universiteit Maastricht, 22 dec. 2016, 149 p, ISBN 978 94 6299 490 4. Promotores waren prof. dr. F.R.J. Verhey en prof. dr. R. Koopmans.

Te weinig aandacht voor de rouwbeleving van bejaarde ouders en hun ernstig zieke kind

Er is veel aandacht en kennis over de mogelijke impact van kanker op de naaste gezinsleden (partner en/of kinderen) van een volwassen kankerpatiënt. De (hoog)bejaarde ouders van de patiënt worden echter vaak vergeten: zij worden zelden als belanghebbenden opgenomen in het zorgproces. *Liesbeth Van Humbeek*, 29 jr, verpleegkundige en wetenschappelijk medewerker Geriatrie van het Universitair Ziekenhuis Gent, bestudeerde voor haar promotieonderzoek, gebruikmakend van literatuurstudie en interviews, de ervaring

en beleving van oudere ouders (65+) tijdens het ziekteproces van hun volwassen kind (33–58 jr.) en na het overlijden van hun kind. Evenzo van de volwassen kankerpatiënten ten aanzien van hun oudere ouders en van zorgverleners werkzaam in woonzorgcentra (WZC) betreffende het omgaan met de verlieservaringen en het verdriet van ouderen.

Het blijkt dat ouders moeten balanceren tussen emoties en informatie delen zonder te belasten, zorgen met respect voor de autonomie van hun kind en zorgdragen zonder andere (klein)kinderen, naasten of zichzelf te vergeten. Dit resulteert in betrokken, betuigd of een machteloos ouderschap, is uit de interviews te lezen, als resultante van een complex samenspel van kunnen, mogen en willen. Het wordt bovendien beïnvloed door bijvoorbeeld de relatiegeschiedenis, de mate van zorgafhankelijkheid en de burgerlijke staat van hun kind.

Bij overlijden richt alle aandacht zich op de partner en kinderen van de overledene en staan de ouders vaak in de schaduw, omdat verlieservaringen worden beschouwd als eigen aan hun hoge leeftijd. Zij vragen geen aandacht en koesteren hun herinneringen en nog enige aandenkens aan hun overleden kind.

Wat betreft de beleving van de patiënt ten opzichte van zijn oudere ouders constateert Van Humbeek dat participanten moeite hebben met het vinden van evenwicht tussen wat hun ouders wel of niet moeten weten om zich voldoende betrokken te kunnen voelen zonder onnodig te piekeren. Diverse processen spelen een rol, niet altijd zichtbaar voor de omgeving: zorgzaamheid voor zichzelf versus zorgzaamheid voor anderen, openheid versus geslotenheid en afstand versus betrokkenheid.

De aandacht van zorgverleners in een woonzorgcentrum in de vorm van rouwzorg bij verliesituaties blijkt niet altijd vanzelfsprekend. Hier speelt een samenspel van factoren gerelateerd aan de zorgverlener zelf en de cultuur van de zorgorganisatie. In sommige woonzorgcentra was het bijvoorbeeld de norm om de thema's dood en verlies te ontwijken, uit respect voor de kwetsbaarheid van bewoners of uit ongemakkelijkheid.

Het promotieonderzoek toont aan dat oudere ouders niet voldoende gezien of erkend worden als ouder en/of hierop aangesproken worden. De bevindingen onderstrepen het belang van systeemgericht, multigenerationeel denken in de oncologische zorg. Zorgverleners, werkzaam binnen de oncologische, palliatieve en ouderenzorg, kunnen aandachtig zijn voor de schaduwpositie van deze oudere ouders en over de grenzen van instellingen of diensten heen van betekenis zijn voor hen.

Proefschrift *Parenting a middle-aged child with cancer. A delicate balancing act for parents, children and health care providers*, Universiteit Gent, 23 nov. 2016, 251 p, ISBN 978 90 7362 637 9. Promotor was prof. dr. Nele Van Den Noortgate.

Ingewikkelde medicatieschema's struikelblok voor oudere oncologische patiënt

Meer ouderen in onze maatschappij betekent ook meer ouderen met kanker, een zeer heterogene groep met onderling belangrijke verschillen in leeftijdsverwachting en functionaliteit. Behandelingsrichtlijnen, zoals gehanteerd bij jongeren, zijn niet zondermeer toepasbaar op ouderen. Geriater *Anja Velghe* onderzoekt in haar doctoraats thesis of het gebruik van CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) van meerwaarde is bij de selectie van patiënten met een geriatrisch profiel, bij de detectie van geriatrische syndromen en bij de keuze en de resultaten van een ingestelde behandeling.

Uit haar promotieonderzoek blijkt dat met behulp van CGA ook bij patiënten met hematologische maligniteit vooraf niet gekende problemen kunnen worden opgespoord, bijvoorbeeld (dreigende) ondervoeding. Hierop kan nu, met het oog op de duidelijk negatieve impact van ondervoeding op een oncologische behandeling, worden ingegrepen.

Behandeling met chemotherapie, met al de medicatie daaromheen, leidt tot polyfarmacie en frequente wijziging in het medicatieschema. Uit de geriatrische evaluatie van *Anja Velghe* blijkt dat meer dan de helft van de patiënten niet meer in staat is zelfstandig zijn medicatie klaar te zetten en in te nemen. Rekening houdend met het feit dat vele ouderen alleenstaand zijn of ook een oudere partner hebben, dient in het behandelingstraject op een gestructureerde manier en bij herhaling te worden gecontroleerd of de oudere patiënt dit nog wel kan.

Correcte selectie van patiënten die in aanmerking komen voor een (tijdrovend) CGA werd ook onderzocht. Gepleit wordt voor een twee stappenbenadering, waarbij patiënten eerst gescreend worden op de aanwezigheid van een geriatrisch profiel voordat zij in aanmerking komen voor een CGA. Twee screeningsinstrumenten werden in deze studie beoordeeld op hun waarde. De G8, opgebouwd uit 8 vragen, kon worden gevalideerd voor oudere patiënten met hematologische maligniteit (afkapwaarde ≤ 14). Het andere onderzochte screeningsinstrument is Handgrijpkracht en deze blijkt bij ouderen met hematologische maligniteiten lager dan bij gezonde ouderen, al voor de start van de behandeling. Er werden minimumwaarden voor handgrijpkracht berekend voor mannen en voor vrouwen en alle patiënten met een lagere handgrijpkracht zouden moeten worden doorverwezen voor verdere geriatrische evaluatie.

Proefschrift *Tailored approach of the older person with haematological malignancy*, Universiteit Gent, 28 juni 2016, 119 p, ISBN 978 90 7362 624 9. Promotoren waren prof. dr. Mirko Petrovic en prof. dr. Lucien Noens.

Aan fysieke functies gerelateerde metingen geven goede indicatie voor sterfte en andere gezondheidsrisico's

Met het verouderen treden belangrijke fysiologische veranderingen op: verlies aan fysiologische reserves, waarbij minimale stress reeds kan leiden tot een functiebeperking (kwetsbaarheid) en sarcopenie, het leeftijdsgebonden verlies van spiermassa en functie, dat een belangrijke rol speelt bij het ontwikkelen van fysieke kwetsbaarheid. Beide resulteren in een lage fysieke functie, zich uitend in verzwakkingen, te meten met bijvoorbeeld Handknijpkracht; functionele beperkingen, te meten met bijvoorbeeld Evenwicht of Chair rising, en onbekwaamheden samenhangend met fysieke aspecten van gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit of activiteiten van het dagelijks leven (te meten met bijvoorbeeld RDRS-2 ADL).

Apotheker en gezondheidswetenschapper *Stefanie De Buysse*, 29 jr, wil met haar promotieonderzoek de voorspellende waarde van bovenstaande fysieke functie (gerelateerde) metingen met betrekking tot gezondheidsrisico's bij ouderen evalueren. Ook wil zij veranderingen in fysieke functie na verloop van tijd evalueren. Zij gebruikte de gegevens uit de Merelbeke-studie, een cohortstudie bij ogenschijnlijk gezonde, thuiswonende, oudere Belgische mannen uit de gemeente Merelbeke en de CRIME-studie, een multicentrische cohortstudie bij acuut zieke, gehospitaliseerde, oudere Italiaanse patiënten.

De bevindingen op basis van de Merelbeke-studie en de langetermijn overlevingsopvolging -onderzocht werd de associatie van veranderingen in fysieke functie met daaropvolgende 15-jaars mortaliteit- hebben nieuwe bijdragen aan de validering van deze aan fysieke functies gerelateerde meetinstrumenten toegevoegd.

Bij de Italiaanse ziekenhuispatiënten kon de 'wandelsnelheid'-categorie worden geassocieerd met de duur van het ziekenhuisverblijf, het onvermogen om handknijpkracht uit te voeren met mortaliteit en ADL totale afhankelijkheid met zowel mortaliteit als institutionalisering bij ontslag.

Met dit proefschrift wordt een bijdrage geleverd aan het onderzoek naar fysieke kwetsbaarheid en sarcopenie, meer in het bijzonder de prognostische waarde en het dynamische karakter van fysieke functie (gerelateerde) metingen.

Proefschrift *Assessments of physical function in older adults as predictors of mortality and adverse health outcomes*, Universiteit Gent, 29 juni 2016, ISBN 978 90

7362 623 2. Promotores waren prof. dr. Mirko Petrovic en prof. dr. Youri Taes.

Bloeddrukdaling bij opstaan heeft nauwelijks invloed op vallen of sterfte

Veel ouderen die uit een liggende houding opstaan, hebben last van een bloeddrukdaling met daarbij soms duizeligheid of flauwvallen. Arts/onderzoeker *Laura Hartog*, 36 jr, toont in haar proefschrift aan dat deze orthostatische hypotensie weinig of geen invloed heeft op vallen of sterfte in het verpleeghuis. Ook toont ze aan dat de internationale richtlijnen die gebruikt worden om deze hypotensie te meten, niet voldoen. Daarnaast concludeert zij dat de behandeling van hoge bloeddruk (hypertensie) bij kwetsbare ouderen en verpleeghuispatiënten moet worden geïndividualiseerd.

Orthostatische hypotensie, een bloeddrukdaling binnen drie minuten na een positieverandering van liggend naar staand, treedt op bij 18 tot 50 % van de ouderen in een verpleeghuis. Ondanks twijfelachtig bewijs wordt gesuggereerd dat het een verhoogde kans geeft op vallen en vroegtijdige sterfte. Het meten van orthostatische hypotensie blijkt in de praktijk vaak lastig, doordat niet alle ouderen kunnen staan en niet overal de juiste bloeddrukmeters voorhanden zijn.

Hartog concludeert allereerst dat het uitmaakt of de bloeddrukmeting wel strikt volgens de richtlijnen plaatsvindt. Bij zittend meten in plaats van staand en met andere bloeddrukmeters, blijken evenveel mensen de diagnose orthostatische hypotensie te krijgen, maar niet dezelfde mensen. Het is dus maar de vraag of de diagnose wel bij iedere patiënt relevant is. Ook blijkt dat in het onderzochte verpleeghuis geen verband is tussen deze hypotensie en vallen.

Tot slot concludeert Hartog dat de bloeddruk en kwaliteit van leven een geringe tot geen waarde hebben voor het voorspellen van sterfte in het verpleeghuis. Zij sluit af met de aanbeveling dat de benadering van orthostatische hypotensie en de definitie moeten worden veranderd en dat er meer studies nodig zijn om de klinische relevantie ervan te onderzoeken.

Daarnaast zal de behandeling van *hypertensie* bij kwetsbare ouderen en verpleeghuispatiënten moeten worden geïndividualiseerd, waarbij mogelijk hogere streefwaarden kunnen worden gehanteerd.

Proefschrift *Orthostatic hypotension in elderly patients*, Rijksuniversiteit Groningen, 8 februari 2017. Promotor was prof. dr. H.J.G. Bilou.

Presentatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is mogelijk anders

Behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen staat nog in de kinderschoenen en vereist een goede kennis van de pathologische aspecten van de persoonlijkheid bij ouderen. Er is vanuit de geronto-

logische praktijk grote behoefte aan betrouwbare en gevalideerde vragenlijsten om persoonlijkheidspathologie te kunnen meten bij ouderen. In het licht van de verschuivingen in het DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) van descriptieve categorieën naar een dimensioneel perspectief op persoonlijkheidsstoornissen, waarin mal-adaptieve trekken en persoonlijkheidsfunctioneren centraal staan, ging het doctoraatsproject van klinisch psycholoog *Inge Debast*, 27 jr, de uitdaging aan om de diagnostische praktijk te voorzien van enkele relevante inzichten. Aan de hand van een literatuuroverzicht en vier empirische studies werd gezocht naar wetenschappelijke ondersteuning voor het dimensioneel model en de toepasbaarheid en validiteit van kortere screeningsinstrumenten voor ouderen.

Geconcludeerd kan worden dat haar studies aangeven dat persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen valide gemeten kunnen worden door gebruik te maken van zelf-rapportage, bijvoorbeeld online-vragenlijsten. Behalve het feit dat het gebruik van deze screeningsinstrumenten het epidemiologisch onderzoek zou kunnen verbeteren, is er ook aanleiding voor aanbeveling van deze werkwijze in de klinische praktijk. Het is duidelijk dat zelf-rapportage screeningsinstrumenten contra-geïndiceerd zijn bij vitale depressie, ernstige cognitieve problemen en psychose.

Proefschrift *Towards a dimensional model of personality pathology in older adults*, Vrije Universiteit Brussel, 26 sep. 2016, 190 p, ISBN 978 94 6197 451 8. Promotores waren prof. dr. Gina Rossi en prof. dr. Bas van Alphen.

Achter de term 'voltooid leven' schuilt veel tragiek

In 2010 werd het burgerinitiatief Uit Vrije Wil gelanceerd. Bekende Nederlanders pleitten voor legalisering van hulp bij zelfdoding als ouderen hun leven voltooid achten. Het lijkt een kwestie van de balans opmaken en zelf beslissen. Maar wat is een voltooid leven eigenlijk? Waarom zouden mensen die nog relatief fysiek en psychisch gezond zijn hun leven willen beëindigen? Docent Ethiek/onderzoeker *Els van Wijngaarden*, 40 jr, verrichtte promotieonderzoek naar dit fenomeen en komt tot de conclusie dat ouderen die een eind aan hun leven willen maken omdat ze dit voltooid achten, zich vooral eenzaam en overbodig voelen en bang zijn om afhankelijk te worden.

Zij koos voor fenomenologisch onderzoek om inzicht te krijgen in de leefwereld van mensen die om niet-medische redenen hun leven willen beëindigen. Hiertoe nam zij diepte-interviews af bij 25 ouderen die hun leven als 'voltooid' beschouwden en de wens hebben om hun levenseinde zelf te bepalen.

In de gesprekken met ouderen hoorde Van Wijngaarden dezelfde klachten: eenzaamheid, er niet meer toe doen, het onvermogen om zichzelf te uiten, gees-

telijke of lichamelijke vermoeidheid en ze hoorde een aversie tegen afhankelijkheid. Ouderen voelden zich soms een blok aan het been van hun kinderen, niet meer van belang, gemarginaliseerd. Ze waren hun connectie met de wereld kwijtgeraakt. “Die gesprekken hebben me aangegrepen”, zegt Van Wijngaarden in Trouw, “deze ouderen zien zichzelf als autonome mensen die zelf willen bepalen of ze een einde aan hun leven maken. Maar ze voelden zich ook kwetsbaar en heel afhankelijk en ze hebben het gevoel dat ze er niet meer toe doen. Die dubbelzinnigheid, daar hoor je weinig over ...”.

Het begrip ‘voltooid leven’ wekt volgens haar ten onrechte de indruk dat ouderen die om die reden hun leven willen beëindigen, vinden dat het wel mooi is geweest. “In het publieke debat wordt voltooid leven gezien als een voldongen feit, waar we een regeling voor moeten treffen. Daarmee poetsen we belangrijke maatschappelijke problemen weg”.

Bovendien toont het onderzoek aan dat de stervenswens bij voltooid leven zich veeleer kenmerkt als een spagaat tussen tegenpolen in jezelf: mensen willen dood en stellen het tegelijk ook uit, hopen toch nog op een opleving of plannen een knieoperatie. De wens staat ook niet los van externe factoren en omstandigheden: mensen verwijzen in hun verhalen voortdurend naar omgevingsfactoren die hun stervenswens versterken. Kortom: hoe zorgen we ervoor dat mensen zich onderdeel blijven voelen van onze samenleving?

Proefschrift *Ready to give up on life. A study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living*, Universiteit voor Humanistiek te Utrecht, 22 nov. 2016, 303 p. Promotores waren prof. dr. Carlo Leget en prof. dr. Anne Goossensen.

Veel ouderen sterven met kiespijn: onvoldoende mondzorg voor kwetsbare ouderen

Ouderen die in een verpleeghuis gaan wonen of ouderen bij wie sinds kort thuiszorg over de vloer komt, blijken over het algemeen dan al een slechte mondgezondheid te hebben. De problemen variëren van cariës (gaatjes), afgebroken tanden en kiezen en tandvleesproblemen tot pasvormproblemen bij mensen met een kunstgebit en andere klachten. Dat constateerde tandarts-geriatrie *Arie Hoeksema*, 53 jr, in zijn promotieonderzoek binnen het thema mondzorg voor ouderen. Hij bracht in kaart hoe de orale gezondheid van zorgafhankelijke ouderen zich verhoudt tot hun algemene gezondheid en kwaliteit van leven en concludeert dat het gebrek aan aandacht voor mondzorg onder deze groep mensen moet worden gezien als een verborgen gezondheidsrisico.

In 2020 zal ongeveer 40 % van de populatie in Noord-Nederland ouder zijn dan 65 jaar. Met deze toenemende vergrijzing zijn er ook steeds meer gezondheids-

problemen. Eén van die gezondheidsproblemen is een afnemende mondgezondheid onder ouderen die voor hun zorg afhankelijk zijn van anderen. Wanneer er al zoveel moet (aankleden, eten, douchen/baden, medicijnen innemen, fysiotherapie), is de zorg voor het gebit geen prioriteit, in ieder geval niet voor de ouderen zelf. Mondzorgproblemen staan echter meestal niet op zichzelf en kunnen direct samenhangen met andere gezondheidsproblemen. Hoeksema wilde daarom beter begrijpen of een slechte mondgezondheid effect kan hebben op (het verslechteren van) de algemene gezondheid en kwaliteit van leven en cognitieve achteruitgang bij met name kwetsbare ouderen. Hij bestudeerde daarvoor de gegevens van 725 zorgafhankelijke ouderen die in een verpleeghuis werden opgenomen, van 103 thuiswonende ouderen die recent thuiszorg kregen en van 1026 thuiswonende vijfenzeventigplussers al dan niet met mantel- en thuiszorg.

Hoeksema concludeert onder andere dat patiënten met nog eigen tanden en kiezen (in vergelijking met edentate patiënten) weliswaar jonger waren bij opname in het verpleeghuis, maar dat ze ook vaker niet coöperatief waren en een slechtere mondgezondheid hadden met een grotere behandelnoodzaak. Van maar liefst 72 % van alle nieuwe verpleeghuisbewoners bleek de mondhygiëne matig tot slecht en zou er eigenlijk behandeld moeten worden. Dat maakt regelmatige tandartscontroles voor deze groep des te belangrijker. Mensen met een kunstgebit blijken kwetsbaarder en meer zorgafhankelijk dan mensen met een eigen gebit. Ook gebruikt deze groep in verhouding meer medicijnen. Deze en andere resultaten uit het onderzoek van Hoeksema zijn relevant voor Nederlandse tandartsen, maar ook voor andere zorgverleners die dagelijks te maken krijgen met zorgafhankelijke ouderen.

Proefschrift *Oral health in frail elderly*, Rijksuniversiteit Groningen, 14 dec. 2016, 207 p, ISBN 978 90 3679 332 2. Promotores waren prof. dr. A. Vissink, prof. dr. G.M. Raghoobar en prof. dr. H.J.A. Meijer.

Familiaire langlevendheid bestudeerd aan de hand van diverse processen

Arts/onderzoeker *Abimbola Akintola*, 37 jr, heeft drie interacterende systemen bestudeerd die alle drie invloed hebben op de snelheid van het verouderingsproces in mensen: het glucose-/insulinemetabolisme, de schildklier as en het autonome zenuwstelsel. Samenvattend laten de resultaten in haar proefschrift zien dat het brein een belangrijke rol speelt in de regulatie van het glucose- en insulinemetabolisme en dat insuline, in vergelijking met glucose, mogelijk een sterkere indicator is voor micro-structurele (mogelijk vroege) veranderingen in breinintegriteit in ouderen zonder diabetes. Insuline, toegediend via een neusverstuiver, kan een positief effect hebben op de hersendoorbloeding en BOLD signalen in specifieke breingebieden.

BOLD staat voor Blood Oxygenation Level Dependent en geeft eigenlijk de verhouding weer tussen zuurstofrijk en zuurstofarm bloed in een bepaald hersengebied, gemeten met een functionele MRI-scan (fMRI). Ongeveer 3 seconden na het begin van een hersenactiviteit is de extra toevoer van zuurstofrijk bloed te zien in het fMRI-signaal.

Familiaire langlevendheid blijkt geassocieerd te zijn met een meer uitgesproken relatie tussen insulineparameters en micro-structurele breinparameters en met een hogere schildklierstimulerend-hormoon(TSH)afscheiding zonder veranderingen in het energiemetabolisme.

Aangetoond wordt dat familiale langlevendheid NIET is geassocieerd met veranderingen in hartslag en hartslagvariabiliteit als maat voor het autonome zenuwstelsel.

Proefschrift *Human longevity: crosstalk between the brain and periphery*, Universiteit Leiden, 16 nov. 2016, 275 p, ISBN 978 94 6233 433 5. Promotor was prof. dr. R.G.J. Westendorp.

Voedingsinterventies tegen veroudering op muizen getest

Het toegenomen aantal ouderen heeft gevolgen voor de gezondheidszorg en de maatschappij. DNA-schade wordt beschouwd als de belangrijkste oorzaak van leeftijds-gerelateerde veranderingen in het menselijk lichaam. Tijdens het verouderingsproces treedt er ontregeling van het immuunsysteem op, gekarakteriseerd door lichte ontstekingsverschijnselen. In het promotieonderzoek van *Adriaan van Beek*, 27 jr, afgestudeerd in de studierichting Voeding en Gezondheid aan de Universiteit Wageningen, worden de effecten onderzocht van voedings- en microbische interventies op het verouderende immuunsysteem. De resultaten van zijn onderzoek tonen aan dat het verouderende darm en immuunsysteem van de muis gemoduleerd kunnen worden door voedings- en/of microbische interventies. Daarbij is het belangrijk dat de muismodellen

helder bewijs verschaffen dat leeftijds-gerelateerde effecten zouden kunnen herstellen of worden voorkomen door deze interventies. Duidelijk is dat de vertaalslag naar toepassing van de gepresenteerde dieet- en microbische interventies op de oudere mens nog moet worden gemaakt.

Proefschrift *The aging immune system and nutritional interventions*, Universiteit Wageningen, 18 januari 2017, 250 p, ISBN 978 94 6257 955 2. Promotores waren prof. dr. H.F.J. Savelkoul en prof. dr. R.W. Hendriks.

Europese Grand Prix voor Alzheimer-expert prof. dr. Philip Scheltens

Op 30 januari 2017 ontving neuroloog prof. dr. *Philip Scheltens*, directeur van het VUmc Alzheimercentrum, tijdens een feestelijk gala in Parijs de European Grand Prix for Research of the Foundation on Alzheimer Disease, bestaande uit een bedrag van 100.000 euro dat de bekroonde wetenschapper kan investeren in voortgaand onderzoek naar de diagnose en behandeling van de ziekte. Scheltens zal de prijs besteden aan een nieuw tweelingenonderzoek naar stapeling van het alzheimerewit tau. Gezonde eeneiige tweelingen van zestig jaar en ouder krijgen een PET-scan, zodat we (de samenklontering van) het eiwit tau in de hersenen kunnen bepalen. Al eerder is dit gebeurd voor het eiwit amyloïd en andere biomarkers voor de ziekte van Alzheimer (AD), een unieke kans om de rol van tau in de ontwikkeling van AD te onderzoeken, samen met amyloïd.

Door onderzoek in een groep van eeneiige tweelingen uit te voeren, kunnen wetenschappers vroege risico- en beschermende factoren voor AD opsporen. Ook kunnen zij zo de bijdrage van erfelijke en niet-erfelijke factoren vaststellen. Tweelingen delen namelijk 100 % van hun erfelijk materiaal, dus kunnen verschillen alleen optreden door niet-erfelijke invloeden zoals bijvoorbeeld leefstijl. De resultaten van het tweelingenonderzoek kunnen uiteindelijk worden gebruikt voor preventie- en medicijnontwikkeling.