

Ontwikkeling van algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca bij ouderen met verhoogd valrisico

A. Geeraerts · T. Dilles · V. Foulon · H. Habraken · M. Petrovic · G. Strauven · J. Tournoy · O. Vandeput · A. Wertelaers · E. Vlaeyen · K. Milisen

Samenvatting

De consumptie van psychofarmaca (slaap- of kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica) in de oudere populatie is hoog. Langdurig gebruik van psychofarmaca op oudere leeftijd kent verschillende negatieve gevolgen zoals een verhoogd valrisico. Graduele afbouw van psychofarmaca in deze leeftijdsgroep is mogelijk en leidt tot een significante vermindering van valincidenten. Zowel afbouw als het oordeelkundig opstarten van psychofarmaca vraagt om kennis, overleg, samenwerking en een mentaliteitswijziging bij gezondheidszorgwerkers. Om gezondheidswerkers hierbij te informeren en te ondersteunen, ontwikkelde het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen drie algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het kader van valrisico en een steekkaart met achtergrondinformatie.

Trefwoorden valincidenten · valpreventie · medicatiebeleid · psychofarmaca · ouderen

A. Wertelaers is overleden.

A. Geeraerts · E. Vlaeyen · K. Milisen (✉)
Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en
Eerstelijnszorg, Academisch Centrum voor Verpleeg- en
Vroedkunde, KU Leuven, Leuven, België
e-mail: koen.milisen@kuleuven.be

T. Dilles
Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Universiteit
Antwerpen, Antwerpen, België

Verpleegkunde en Vroedkunde, Thomas More, Lier, België

V. Foulon · G. Strauven
Department of Pharmaceutical and Pharmacological
Sciences, Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy, KU
Leuven, Leuven, België

H. Habraken
Farmaka vzw, Gent, België

M. Petrovic
Vakgroep Inwendige Ziekten, sectie Geriatrie, Faculteit
Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit
Gent, Gent, België

J. Tournoy · K. Milisen
Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven, België

J. Tournoy
Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU
Leuven, Leuven, België

O. Vandeput
Domus Medica vzw, Antwerpen, België

E. Vlaeyen · K. Milisen
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV),
Leuven, België

The development of clinical practice algorithms for the appropriate use of psychotropic drugs in older persons with high risk of falls

Abstract

Psychotropic drugs (hypno-sedatives, antidepressants and antipsychotics) are commonly used in the older population. On the long term, psychotropic drug use in older persons is associated with several negative functional outcomes such as an increased risk of falls. Gradual withdrawal of psychotropic drugs in older persons is feasible and leads to a significant reduction of falls. Both withdrawal of psychotropic drugs as well as the initiation of appropriate treatment with psychotropic drugs requires knowledge, consultation and cooperation between disciplines and a mentality change among healthcare professionals. In order to inform and support healthcare professionals, the Centre of Expertise for Fall and Fracture Prevention Flanders developed three clinical practice algorithms for the appropriate use of psychotropic drugs in older persons with high risk of falls and a fact sheet with background information.

Keywords Falls · Falls prevention · Older adults · Medication management · Psychotropic drugs · Withdrawal

Inleiding

In 2011 formuleerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een advies betreffende de impact van psychofarmaca op de gezondheid van ouderen [1]. Dit advies vloeiende voort uit de vaststelling dat het gebruik van psychofarmaca in de Belgische populatie de voorbije tien jaar gestegen was, hoewel de prevalentie van psychiatrische problemen ongewijzigd bleef. Deze toename van psychofarmaca-gebruik doet zich vooral voor in de hogere leeftijdscategorieën. In België neemt 35 % van de 75-plussers een slaap- of kalmeringsmiddel (benzodiazepine of Z-product), hetzij 40 % vrouwen en 26 % mannen op deze leeftijd [2]. In Belgische woonzorgcentra (WZC) gebruikt 79 % van de bewoners psychofarmaca; (54 % gebruikt een slaap- of kalmeringsmiddel, 40 % een antidepressivum en 33 % een antipsychoticum) [3]. In Nederlandse woonvoorzieningen krijgt meer dan 1 op de 4 bewoners met dementie (29 %) antipsychotica toegediend, 23 % antidepressiva, 21 % benzodiazepines en 17 % slaapmiddelen [4].

Gezien hun verhoogde gevoeligheid voor de ongewenste effecten van psychofarmaca kan onoordeelkundig gebruik ervan bij ouderen leiden tot verschillende ernstige gezondheidsproblemen, waaronder een verhoogd valrisico. Slaap- of kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica verhogen het risico op een val met een factor 1,6 tot 1,7 door bijwerkingen zoals overdreven sedatie, gestoorde motorische coördinatie,

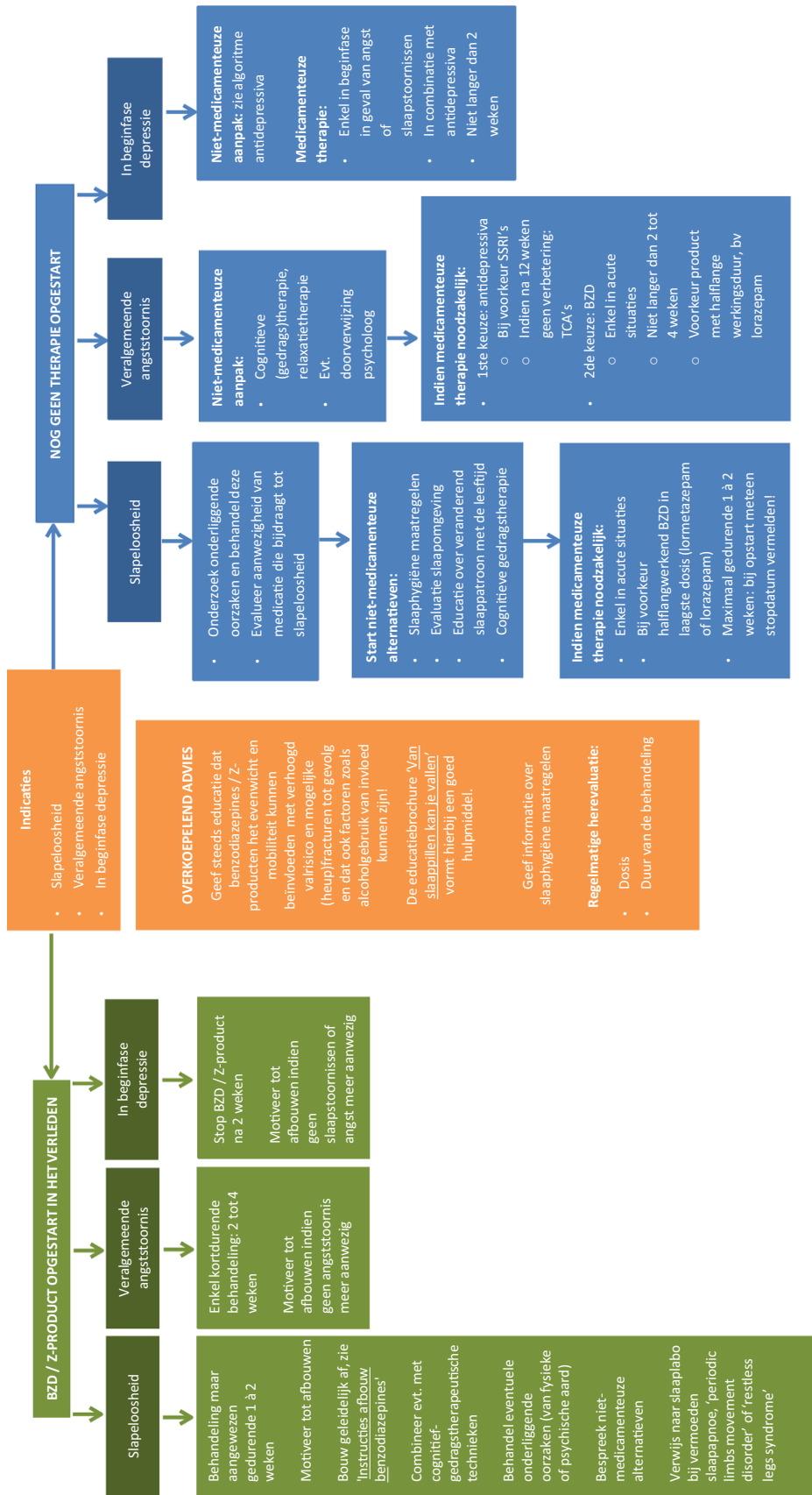
duizeligheid en orthostatische hypotensie [5–7]. Valincidenten gaan op hun beurt gepaard met potentieel ernstige fysieke en psychosociale gevolgen en kennen een belangrijke maatschappelijke en economische impact. Het probleem is omvangrijk, met één derde van de thuiswonende ouderen dat jaarlijks minimum één maal ten val komt. In WZC hebben vrijwel alle bewoners een verhoogd valrisico, met een gemiddeld aantal valincidenten per bed van 1,4 per jaar bij ouderen met een fysieke zorgbehoefte dat tot 6,2 oploopt bij ouderen met een psychogeriatrisch profiel [8].

Het advies van de HGR [1] onderstreept de noodzaak tot oordeelkundig voorschrijven van psychofarmaca bij ouderen met een strikte indicatiestelling, aandacht voor de niet-medicamenteuze aanpak, beperking van toediening in tijd en, waar mogelijk, afbouw bij chronisch gebruik. Het afbouwen/stoppen van psychofarmaca bij ouderen in welbepaalde omstandigheden is immers mogelijk gebleken voor slaap- of kalmeringsmiddelen, [9–12] antipsychotica [13, 14] en antidepressiva [15]. Daarenboven is de graduele afbouw van psychofarmaca ook een effectieve strategie om valincidenten op significante wijze te reduceren [16–18].

Een praktisch, Nederlandstalig instrument om gezondheidswerkers te ondersteunen bij het rationaliseren van psychofarmaca-gebruik bij ouderen met het oog op valpreventie, bleek nog niet beschikbaar. Daarom werd vanuit het Expertisecentrum voor Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) specifiek nagedacht over de ontwikkeling van dergelijk instrument, geïnspireerd op het initiatief van Bulat et al. [19–21] Deze laatste auteurs ontwikkelden verschillende algoritmes voor het medicatiebeleid bij ouderen met een verhoogd valrisico bedoeld voor eerstelijnsgezondheidswerkers. Het huidige artikel beschrijft de update en vertaalslag van dit instrument naar de situatie in Vlaanderen, met verbreding van de doelgroep naar artsen, (hoofd)verpleegkundigen, klinische apothekers en paramedici betrokken bij de medische zorg aan ouderen in zowel de eerstelijnszorg als de residentiële setting.

Procedure

Een multidisciplinaire werkgroep (EVV-werkgroep medicatie) bestaande uit huisartsen, geriateren, verpleegkundigen, apothekers, psychologen en algemene preventiewerkers werd opgericht en hield in totaal vijf bijeenkomsten tussen juni 2013 en januari 2015. De gezondheidswerkers, verbonden aan wetenschappelijke organisaties, beroepsverenigingen, koepelorganisaties en verschillende academische instellingen verspreid over Vlaanderen, werden geselecteerd op basis van hun specifieke expertise in de domeinen van farmacologie, geriatrie, osteoporose en valpreventie. Het doel van de werkgroep was het uitwerken van een praktisch en bruikbaar instrument voor het oordeelkundig aanwenden van psychofarmaca bij ouderen



Dit algoritme werden ontwikkeld door het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen in samenwerking met experts in het domein van ouderenzorg en farmacologie. Het blijft echter de volledige verantwoordelijkheid van het behandelende zorgteam om de toepasbaarheid van dit algoritme te evalueren bij iedere patiënt en aan te passen aan de hand van nieuwe beschikbare evidentie.

Figuur 1 Algoritme oordeelkundig gebruik benzodiazepines (BZD)/Z-producten bij ouderen met valrisico: voorzorg

met het oog op valpreventie. De beoogde doelgroep waren artsen, apothekers, verpleegkundigen en paramedici betrokken bij de zorg aan de oudere, zowel in de thuis-, residentiële als de acute ziekenhuissetting.

Vertrekpunt was het initiatief van Bulat et al [19–21] In dat initiatief ontwikkelden multidisciplinaire werkgroepen van artsen, *nurse practitioners* en apothekers een klinische praktijkrichtlijn voor eerstelijnsgezondheidswerkers om het medicatiegerelateerd valrisico te verminderen. Na literatuurreview werd door middel van groepsconsensus finaal een samenvattend algoritme en zeven subalgoritmes per geselecteerde klasse hoogrisicomedicatie ontwikkeld (slaap- of kalmeringsmiddelen, cardiovasculaire medicatie, antidepressiva, antipsychotica, anticholinergica, anticonvulsiva, anti-coagulantia). Bij elke patiënt die zich aanbood in de valkliniek gingen *nurse practitioners* de aanwezigheid na van 1) hoogrisicomedicatie in het voorschrift; 2) ongewenste effecten die dringende interventie vereisen en 3) een gepaste indicatie voor het nemen van deze hoogrisicomedicatie. Vervolgens werd per medicatieklasse het voorschrijfpatroon in kaart gebracht (type/klasse medicatie, dosis en frequentie, combinaties, duur en therapietrouw) en doorverwezen naar één van de zeven subalgoritmes waar specifieke richtlijnen worden gegeven betreffende de aangewezen duur van behandeling, farmacologische alternatieven, niet-medicamenteuze maatregelen en educatie over verhoogd valrisico.

Om een actuele vertaalslag en update van dit instrument naar de situatie in Vlaanderen te maken, verzamelde de werkgroep informatie uit recente systematische reviews, meta-analyses en primair onderzoek over medicatiegerelateerd valrisico [5–7, 16, 22]. Daarnaast werden de aanbevelingen van het WZC Formularium 2014 [23] geraadpleegd. Het WZC formularium fungeert als leidraad bij het oordeelkundig, wetenschappelijk verantwoord en kwalitatief voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen. Het wordt opgesteld door huisartsen en apothekers, is bedoeld voor alle zorgverstrekkers en wordt jaarlijks geactualiseerd. Zijnde van Belgische oorsprong vormt het formularium een voor de hand liggende bron bij de vertaalslag van de algoritmes naar Vlaanderen.

De verwerking van deze informatie aangevuld met expertopinie van de leden van de werkgroep leidde tot volgende uitgangspunten bij de ontwikkeling van het uiteindelijke instrument:

- focus op psychofarmaca (slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva, antipsychotica) aangezien hierover de grootste wetenschappelijke evidentie in relatie tot valrisico bestaat;
- kort- en langwerkende benzodiazepines en Z-producten (zolpidem, zaleplon, zopiclon) worden als één groep beschouwd gezien de gerelateerde valrisico's vergelijkbaar zijn; [6, 7]

- toevoeging van richtlijnen met het oog op het oordeelkundig opstarten van psychofarmaca indien noodzakelijk;
- aanbieden van een algemeen kader waarbinnen de keuze voor psychofarmaca verantwoord wordt.

Resultaat

Bovenstaande procedure resulteerde in vier steekkaarten: één steekkaart met algemene achtergrondinformatie en drie steekkaarten met algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het kader van verhoogd valrisico bij ouderen. De steekkaart van de benzodiazepines/Z-producten werd ter illustratie toegevoegd (zie fig. 1 en 2). Alle steekkaarten zijn vrij beschikbaar via www.valpreventie.be of kunnen opgevraagd worden bij de auteurs.

De steekkaart achtergrondinformatie geeft de problematiek betreffende het gebruik van psychofarmaca in de oudere populatie weer en legt de link met valrisico. Daarnaast worden het doel, de doelgroep en procedure van de algoritmes verduidelijkt en staan enkele belangrijke kanttekeningen en kernboodschappen voor voorschrijfgedrag en medicatiegebruik bij ouderen opgesomd. Zo wordt er uitdrukkelijk op gewezen dat afbouw van medicatie die valrisico verhoogt, geen doel op zich mag zijn. Farmacotherapeutische beslissingen worden gebaseerd op een brede evaluatie van de patiënt en niet uitsluitend door rigide toepassing van het algoritme. De medicamenteuze preventie van fracturen werd in deze algoritmes buiten beschouwing gelaten. Hiervoor wordt doorverwezen naar andere aanbevelingen [24].

De drie specifieke algoritmes zijn op een gelijkaardige manier opgebouwd:

- Centraal staan de meest voorkomende indicaties opgesomd waarvoor het geneesmiddel in de praktijk voorgeschreven wordt.
- Vervolgens wordt aan weerszijden van de centrale kolom een opsplitsing gemaakt naar de situatie waarbij het geneesmiddel opgestart werd in het verleden (linkerkolom), en de situatie waarbij er een indicatie voor opstarten aanwezig is, maar nog geen geneesmiddel is opgestart (rechterkolom). Indien therapie in het verleden al werd opgestart, wordt per indicatie de aanbevolen tijdsduur van behandeling weergegeven, afbouw aangemoedigd en worden niet-medicamenteuze alternatieven weergegeven. Indien therapie nog niet opgestart werd, wordt in eerste instantie per indicatie aandacht besteed aan niet-medicamenteuze therapieën. Vervolgens worden voorkeursgeneesmiddelen gesuggereerd indien medicamenteuze therapie toch noodzakelijk is. Telkens wordt de aanbevolen behandelduur vermeld en aangeraden om bij aanvang meteen een stopdatum te vermelden.

ONGEWENSTE EFFECTEN benzodiazepines/Z-producten

Toelichting gebruikte begrippen

Slaaphygiëne maatregelen (zie ook educatiebrochure 'Van slaappillen kan je vallen')

Op vaste tijdstippen gaan slapen en opstaan;
Dutjes overdag beperken;
Voldoende lichamelijke activiteit overdag;
Gebruik van cafeïne- en alcoholhoudende dranken beperken;
Bed enkel gebruiken om te slapen;
Aangename temperatuur, goede verluchting en verduistering.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Effectief bij ouderen (minstens evenveel effect als het gebruik van hypnotica, echter niet aangetoond bij mensen met dementie).

Stopdatum vermelden

De stopdatum van meet af aan meedelen aan de patiënt om geen verkeerde verwachtingen betreffende slaapmedicatie te scheppen.

'Periodic limbs movement disorder'

Nachtelijke periodieke beenbewegingen door spiertrekkingen die de slaap verstoren

'Restless legs syndrome'

Neurologische aandoening waarbij een onaangenaam, irriterend gevoel in de benen ervaren wordt dat alleen verminderd door te bewegen

Aard van de slaapstoornis:

Primair (geen duidelijke onderliggende oorzaak) versus secundair (onderliggende oorzaak van medisch-organische, psychologische/psychiatrische aard,...).
Acuut (< 3 weken) versus chronisch (> 3 weken). Acute slaapproblemen hangen vaak samen met stresssituaties, zoals bv. het overlijden van de partner, maar kunnen overgaan tot een chronisch probleem.
Vermeende slapeloosheid of pseudo-insomnie: ouderen slapen over het algemeen fysiologisch korter, oppervlakkiger en worden vaker wakker.

Verwardheid

Overdreven sedatie en slaperigheid (opgelet bij ouderen: risico van amnesie en val met heupfractuur)

Geheugenstoornissen en concentratiestoornissen

Hoofdpijn, duizeligheid, nausea en moeheid

Psychische en fysieke afhankelijkheid (na 1 à 2 weken inname)

Hangover: residueel effect overdag bij gebruik als hypnoticum

Vermindering mobiliteit en ADL-activiteiten en mogelijk een verhoogd valrisico

Tolerantie voor de gewenste en ongewenste effecten bij chronisch gebruik (na 1 à 2 weken)

Paradoxe reacties met toegenomen slapeloosheid, angst en zelfs agitatie en agressiviteit (waarschijnlijk vooral met de kortwerkende benzodiazepines).

Dervingsverschijnselen zijn mogelijk bij stoppen: angst, slapeloosheid en perceptiestoornissen gaande tot fobieën, manische reacties en andere

psychotische verschijnselen en zelden convulsies.

Veranderingen slaappatroon: ↗ lichte slaap, ↘ REM-slaap en diepe slaap

Bijkomend voor de Z-producten: parasomnieën, amnesie en hallucinaties

INTERACTIES

Benzodiazepines

Alcohol en middelen die het centraal zenuwstelsel onderdrukken
Overdreven sedatie bij gelijktijdig gebruik van alcohol of andere geneesmiddelen met sederend effect.
Alprazolam, midazolam en triazolam zijn substraten van CYP3A4, met mogelijkheid van interacties.
Diazepam is een substraat van CYP2C19, met mogelijkheid van interacties.

Z-producten

Alcohol en middelen die het centraal zenuwstelsel onderdrukken
Overdreven sedatie bij gelijktijdig gebruik van alcohol of andere geneesmiddelen met sederend effect.
Zolpidem en zopiclon zijn substraten van CYP3A4, met mogelijkheid van interacties.

Interessante aanvullingen: Domus Medica: [Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn](#); Campagne benzodiazepines Federale Overheid: [Hulpmiddelenboek voor huisartsen](#); Campagne benzodiazepines Federale Overheid: [Hulpmiddelenboek voor apothekers](#); BCFI: [Update over aanpak angststoornissen, gevolgd door Transparantiefile juli 2008](#); Trimbos Instituut Utrecht (NL): [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen](#) (3^{de} revisie, 2013); EVV: [Instructies afbouw benzodiazepines](#)

Figuur 2 Algoritme oordeelkundig gebruik benzodiazepines (BZD)/Z-producten bij ouderen met valrisico: achterzijde

- In de centrale kolom wordt overkoepelend advies gegeven om de patiënt in te lichten over het verhoogde valrisico bij gebruik van deze medicatie.

De achterzijde van elk algoritme geeft toelichting bij bepaalde gebruikte begrippen en een overzicht van ongewenste effecten en interacties. Daarnaast wordt verwezen naar bestaande aanbevelingen, richtlijnen en nationale campagnes.

Hoewel de algoritmes specifiek gericht zijn op ouderen met valproblematiek, zijn de gehanteerde principes van toepassing op alle ouderen waarbij door specifiek geneesmiddelengebruik een medicatie-gerelateerd risico op vallen aanwezig is.

Discussie

Systematische reviews [16–18] tonen aan dat graduele afbouw van psychofarmaca een effectieve strategie is om vallen bij ouderen te voorkomen. Toch krijgen ouderen frequent psychofarmaca voorgeschreven, dikwijls op langdurige basis, ondanks een verhoogd valrisico en het feit dat valincidenten bij ouderen vaak gepaard gaan met ernstige gevolgen. Dit wijst op een belangrijke tegenstrijdigheid, te meer omdat afbouw van psychofarmaca mogelijk is gebleken.

Indien op zoek gegaan wordt naar verklaringen voor dit frequent gebruik, wordt in eerste instantie vaak gekeken naar de voorschrijver. De Hoge Gezondheidsraad [1] stelt vast dat artsen het moeilijk hebben om met bepaalde hulpvragen om te gaan en niet altijd over de communicatieve vaardigheden beschikken om een niet-medicamenteuze aanpak van het probleem aan de patiënt voor te stellen. Vooral in het geval van benzodiazepines leidt een eerste consultatie voor slapeloosheid, angst of stress vaak tot een eerste voorschrift [25]. Psychofarmaca zoals slaap- en kalmeringsmiddelen en antipsychotica hebben ook een onmiddellijk effect, in tegenstelling tot psychotherapie.

De complexiteit van het probleem brengt met zich mee dat de oplossing niet gelinkt mag worden aan één enkele initiatiefnemer. Uit een project voor afbouw van psychofarmaca in WZC werd duidelijk dat het gebruik ervan in WZC een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen bewoners, personeel, familieleden en mantelzorgers. Psychofarmaca afbouwen betekent dan ook dat alle betrokken partijen geïnformeerd en gesensibiliseerd moeten worden [26]. Het is een multidisciplinair verhaal. Ook al behoort het voorschrijven van medicatie strikt genomen tot de taak van de arts, ook andere gezondheidswerkers moeten betrokken worden.

Het belang van een breed gedragen aanpak is niet gering, want het oordeelkundig aanwenden van psychofarmaca brengt andere uitdagingen met zich mee zoals beter omgaan met storend gedrag bij patiënten met dementie, of beter omgaan met gevoelens en uitingen van verlies of depressie. Verzorgend personeel

moet hierin onderwezen en ondersteund worden. Onderzoek toont immers het belang van effectieve niet-farmacologische interventies voor de aanpak van agitatie bij ouderen met dementie. Opleiding van de betrokken zorgverleners speelt een cruciale rol bij het welslagen van de multidisciplinaire aanpak [27, 28].

Daarnaast mag ook de rol van de oudere persoon zelf niet onderschat worden. Ouderen motiveren en zelfmanagement ondersteunen via *empowerment*, is namelijk één van de componenten van een succesvol psychofarmacabeleid. Tannenbaum et al [29] onderzochten het effect van een educatieve folder met informatie over slaapmedicatie op maat van de oudere persoon tegenover de gebruikelijke informatie van de huisarts bij 303 thuiswonende 65-plussers die minstens één benzodiazepine innamen. De educatieve folder was gebaseerd op de principes van sociaal-constructief leren en zelfredzaamheid. Uit de studie bleek dat ouderen die de folder ontvingen, vaker in overleg gingen met de huisarts of de apotheker over de noodzaak van slaapmiddelen. Meer dan een derde (38%) slaagde erin het gebruik van benzodiazepines te stoppen of te reduceren. Na zes maanden was 27% van de ouderen in de interventiegroep volledig gestopt in vergelijking met 5% in de controlegroep. De auteurs besluiten dat de waarde van de patiënt als katalysator voor beslissingen om geneesmiddelengebruik te optimaliseren, niet mag worden onderschat. Het EVV werkte een Nederlandstalige vertaling van deze folder uit, aangepast aan de context in Vlaanderen. Deze folder is vrij beschikbaar via www.valpreventie.be.

Hoe kunnen de hier besproken algoritmes binnen deze context van cultuurverandering in de zorg voor ouderen een ondersteuning zijn?

De algoritmes vormen een leidraad om oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het kader van valrisico te implementeren. Een eerste functie ligt dus in de ondersteuning van de voorschrijver. De algoritmes geven immers informatie over niet-medicamenteuze alternatieven bij verschillende indicaties, suggesties bij opstart indien medicamenteuze behandeling noodzakelijk is en richtlijnen voor afbouw, zelfs bij langdurig gebruik. Een ander doel is het bevorderen van communicatie tussen verschillende gezondheidswerkers, zoals huisartsen, (hoofd)verpleegkundigen en apothekers. Zoals eerder aangehaald is de problematiek van psychofarmacagebruik bij ouderen een gedeelde verantwoordelijkheid. Ten slotte kunnen de algoritmes bijdragen tot het sensibiliseren van gezondheidswerkers. Of de algoritmes ook daadwerkelijk leiden tot een meer oordeelkundig gebruik van psychofarmaca bij ouderen dient verder onderzocht te worden, evenals de haalbaarheid en de toepasbaarheid van dit instrument in de praktijk. Daarnaast zal het noodzakelijk zijn de inhoud up-to-date te houden met de meest recente wetenschappelijke inzichten. Ten slotte wordt opgemerkt dat hoewel de algoritmes opgemaakt zijn in de Vlaamse

context, ze evengoed in Nederland kunnen toegepast worden. In dat geval wordt aangeraden de facevaliditeit van de algoritmes na te gaan door Nederlandse experten.

Conclusie

Afbouw van psychofarmaca is een effectieve strategie om vallen bij ouderen te voorkomen. De hoger beschreven algoritmes vormen een onderdeel van een multidisciplinaire strategie om gezondheidswerkers te informeren, sensibiliseren en te ondersteunen bij oordeelkundig gebruik van psychofarmaca. De haalbaarheid en toepasbaarheid van de algoritmes moeten verder geëvalueerd en met regelmaat getoetst worden aan de huidige stand van de wetenschap.

Dankbetuiging. Dank aan de leden van de werkgroep “Medicatie” van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) voor hun constructieve en inzichtelijke bijdrage aan de uitwerking van de algoritmes: Jef Adriaenssens, Caroline Bogaerts, Eddy Dejaeger, Tinne Dilles, Sabrina De Winter, Veerle Foulon, Annelies Geeraerts, Evelien Gielen, Stefan Goemaere, Hilde Habraken, Elise Janssens, Geert Leysens, Koen Milisen, Mirko Petrovic, Goedele Strauven, Deborah Vanaken, Nele Van Den Noortgate, Olivia Vandeput, Stien Vandierendonck, Ellen Vlaeyen, †Arlette Wertelaers, Lieven Zwaenepoel.

Financiering. Het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen wordt gesubsidieerd door de Vlaamse Overheid, Agentschap Zorg- en Gezondheid. Het Agentschap was niet betrokken bij de uitwerking van dit artikel; noch bij het uitwerken en opstellen van de algoritmes beschreven in dit artikel.

Literatuur

1. Hoge Gezondheidsraad. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen. Publicatie nr. 8571. 2011. http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19071075/De%20impact%20van%20psychofarmaca%20op%20de%20gezondheid%20met%20een%20bijzondere%20aandacht%20voor%20ouderen%20%28juli%202011%29%20%28HGR%208571%29.pdf. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
2. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête. rapport 1: gezondheid en welzijn: geestelijke gezondheid. 2013. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelte%20documenten/WB_NL_2013.pdf. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
3. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, et al. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. *Hum Psychopharmacol*. 2011;26:12–20.
4. Willemse B, Smit D, Lange J de, Pot AM. Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008–2011. Trimbos-instituut Utrecht. 2012. <https://assets.trimbos.nl/docs/9359a61e-2f42-4fcc-80be-031debfdfb54.pdf>. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
5. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009;169:1952–60.
6. Berry SD, Lee Y, Cai S, et al. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med*. 2013;173:754–61.
7. Vries OJ de, Peeters G, Elders P, et al. The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: two prospective observational studies. *Age Ageing*. 2013;42:764–70.
8. Gibson RE, Harden M, Byles J, et al. Incidence of falls and fall-related outcomes among people in aged-care facilities in the Lower Hunter region, NSW. *N S W Public Health Bull*. 2008;19(9-10):166–9.
9. Habraken H, Soenen K, Blondeel L, et al. Gradual withdrawal from benzodiazepines in residents of homes for the elderly: experience and suggestions for future research. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;51:355–8.
10. Petrovic M, Pevernagie D, Noortgate N van den, et al. A program for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14:754–60.
11. Petrovic M, Pevernagie D, Mariman A, et al. Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol*. 2002;57:759–64.
12. Gould RL, Coulson MC, Patel N, et al. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2014;204:98–107.
13. Azermai M, Petrovic M, Engelborghs S, et al. The effects of abrupt antipsychotic discontinuation in cognitively impaired older persons: a pilot study. *Aging Ment Health*. 2013;17:125–32.
14. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in elderly patients with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:1–80.
15. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430–4.
16. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, et al. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008;25:1021–31.
17. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:1–297.
18. Hill KD, Wee R. Psychotropic drug-induced falls in older people: a review of interventions aimed at reducing the problem. *Drugs Aging*. 2012;29:15–30.

19. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, et al. Clinical practice algorithm: Medication management to reduce fall risk in the elderly – part 2, summary algorithm. *J Am Acad Nurs Pract.* 2008;20:1–4.
20. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, et al. Clinical practice algorithm: Medication management to reduce fall risk in the elderly – part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents, and antidepressants. *J Am Acad Nurs Pract.* 2008;20:55–62.
21. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, et al. Clinical practice algorithm: Medication management to reduce fall risk in the elderly – part 4, anticoagulants, anticonvulsants, anticholinergics/bladder relaxants, and antipsychotics. *J Am Acad Nurs Pract.* 2008;20:181–90.
22. Sterke CS, Beek EF van, Velde N van der, et al. New insights: Dose-response relationship between psychotropic drugs and falls: A study in Nursing Home residents with dementia. *J Clin Pharmacol.* 2012;52:947–55.
23. Vzw Farmaka asbl. WZC Formularium. 2014. <http://www.farmaka.be/nl/formularium>. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
24. Wertelaers A, Baeten R, Vandeput, et al. Praktijkinstrumenten Val- en fractuurpreventie. Domus Medica vzw, Antwerpen, België. 2015. <http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/steekkaarten-en-andere-hulpmidde-len/a-algemeen-en-niet-gespeci-ceerd/1160-praktijk-instrument-val-en-fractuurpreventie/file.html>. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
25. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, et al. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician.* 2007;53:1200–1.
26. Azermai M, Meester D de, Renon L, et al. Towards a more efficient and effective use of psychotropic drugs in nursing homes: a quality improvement project in Belgium. *Clin Ther.* 2015;37:e112–e3.
27. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-farmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 201KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35. 2011. http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160a_dementie.pdf. Geraadpleegd op: 01.08.2016.
28. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess.* 2014;18:1–226.
29. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174:890–8.

Samenwerking tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met verstandelijke beperkingen

Een stand van zaken in Vlaanderen

J. Campens · T. Schiettecat · M. Vervliet · L. Van Heck · J. Lesseliers · I. Goethals · N. De Witte

Samenvatting

Gezien de stijgende levensverwachting van personen met verstandelijke beperkingen (VB), wordt het belang van samenwerking tussen voorzieningen voor personen met VB en ouderenzorgvoorzieningen zowel in Vlaams-Nederlandse als in internationale context benadrukt. De prevalentie, de intensiteit en de inhoud van dergelijke samenwerking zijn tot dusver echter niet gekend. Om aan dit tekort tegemoet te komen, werd een online-vragenlijst bezorgd aan directieleden van alle woonzorgcentra in Vlaanderen ($n = 781$). 229 vragenlijsten werden ingevuld.

In meer dan drie kwart van de woonzorgcentra verbleven de voorbije tien jaar personen met VB. Tegelijk wordt echter een expertisetekort ervaren om aan hen optimaal zorg en ondersteuning te bieden. In dat kader geven de respondenten aan dat samenwerking met voorzieningen voor personen met VB waardevol kan zijn. Toch ontstonden dergelijke samenwerkingsverbanden tot dusver slechts in één op de vier Vlaamse woonzorgcentra, dit voornamelijk met het oog op expertise-uitwisseling. Ook multidisciplinair overleg en dossierbespreking worden intersectoraal georganiseerd. Dergelijke overlegmomenten staan echter vooral in teken van een transitie van een voorziening voor personen met VB naar een woonzorgcentrum. Tot op vandaag blijken intensieve samenwerkingsvormen, waarbij men personeel uitwisselt, eerder schaars.

Trefwoorden ouderen · verstandelijke beperking · samenwerking · woonzorgcentrum · voorziening voor personen met verstandelijke beperkingen

J. Campens · L. Van Heck · N. De Witte
vakgroep verpleegkunde, Hogeschool Gent, Gent, België

T. Schiettecat · M. Vervliet · J. Lesseliers · I. Goethals
vakgroep orthopedagogie, Hogeschool Gent, Gent, België

J. Campens (✉) · T. Schiettecat · J. Lesseliers · I. Goethals · N. De Witte
Expertisecentrum E-QUAL, Hogeschool Gent, Gent, België
e-mail: jorrit.campens@hogent.be

N. De Witte
vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

<https://doi.org/10.1007/s12439-017-0228-2>
Published online: 1 September 2017

Cooperation between nursing homes and intellectual disability care services

State of affairs in Flanders

Abstract

Considering the increasing life expectancy of people with intellectual disabilities (ID), the importance of cooperation between services for people with ID and elderly care services has been stressed in Flanders and the Netherlands, as well as internationally. However, the prevalence, intensity and content of such a cooperation are yet unknown. In order to gain information to address this issue,

an online-survey was delivered to directors of all nursing homes in Flanders ($n = 781$). 229 surveys were completed.

In more than 75% of the nursing homes, people with ID were among the residents over the past decade. However, at the same time a lack of expertise has been identified as a barrier to provide them optimal care and support. Hence, the respondents point out that a cooperation with ID care services could be beneficial. Nevertheless, those partnerships only arose in a quarter of the nursing homes so far, primarily for the purpose of exchange of expertise. Intersectoral multidisciplinary consultations and intersectoral care team consultations have been taking place as well, be it mainly in the context of a persons' transition from an ID care service to a nursing home. Until now, radical cooperations which involve an exchange of staff, seem to be rather rare.

Keywords elderly · developmental disability · collaboration · rest home · disability service

Inleiding

Sinds het midden van de twintigste eeuw neemt het aantal ouderen wereldwijd sterk toe. Door een stijgende levensverwachting en een dalend geboortecijfer zal tegen 2050 maar liefst 21,1% van de wereldbevolking zestig jaar of ouder zijn, terwijl dit in 1990 en 2013 respectievelijk 9,2% en 11,7% bedroeg [1]. Ook in Vlaanderen en Nederland zet de vergrijzing de komende jaren verder. Tegen 2050 wordt verwacht dat 24,5% van de Vlaamse en 25,2% van de Nederlandse bevolking minimaal 65 jaar zal zijn [2]. Dergelijk vergrijzingsproces speelt zich volgens zowel Vlaams-Nederlandse als internationale studies tevens af bij personen met verstandelijke beperkingen (VB) [3–5]. Tegelijkertijd blijken cijfers omtrent hun levensverwachting niet eenduidig en verschillen deze naargelang de ernst en het type van VB [4].

Door de stijging in levensverwachting neemt het aantal ouderen met VB in verschillende Europese en niet-Europese landen toe [6–8]. Zo voorspelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in Nederland een verdubbeling van het aantal personen met VB van 65 jaar en ouder in de periode 1996–2020 [9]. Voor Vlaanderen zijn dergelijke voorspellingen niet beschikbaar. Ook in voorzieningen voor personen met VB is de vergrijzing van de populatie merkbaar [9, 10]. Dit wordt versterkt door het feit dat personen met VB in toenemende mate hun ouders overleven, [11, 12] wat vaak leidt tot een opname in een residentiële setting op middelbare of hogere leeftijd [6, 7, 10–12]. Gezien deze tendens wordt verwacht dat in Nederland tegen 2020 ruim 23% van de cliënten in semimurale en 17% van de cliënten in intramurale voorzieningen voor personen met VB ouder zal zijn dan 65 jaar, terwijl dit in 1996 om respectievelijk 7% en 8% ging [9]. In de Vlaamse residentiële voorzieningen voor perso-

nen met beperkingen was in 2012 43% van de cliënten ouder dan 50 jaar. De meerjarenanalyse van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap geeft aan dat hun aandeel verder zal toenemen. Cijfers omtrent de verwachte toename, al dan niet specifiek in voorzieningen voor personen met VB, zijn echter niet beschikbaar [13].

Ondanks de toenemende aanwezigheid van ouderen in voorzieningen voor personen met VB, wordt in verschillende studies aangegeven dat professionals er een gebrek aan expertise en omkadering ervaren om optimaal zorg te kunnen verlenen aan hun ouder wordende populatie [14, 15]. Dit is een vaak vermelde reden voor een transitie van een voorziening voor personen met VB naar de residentiële ouderenzorg [16–19]. Bovendien wordt sinds de jaren tachtig de inclusie van ouderen met VB in de reguliere voorzieningen voor ouderen nationaal en internationaal aangemoedigd [20–22]. Zo beschouwen het Vlaamse en Nederlandse overheidsbeleid het gebruik van gespecialiseerde zorg- en dienstverlening voor personen met beperkingen als wenselijk wanneer reguliere ondersteuningsvormen ontoereikend zijn [20, 22]. Devisch ging in 2003 na in welke mate personen met beperkingen in Vlaanderen gebruik maken van reguliere ouderenvoorzieningen, meer bepaald van woonzorgcentra. Woonzorgcentra zijn thuisvervangende voorzieningen waar ouderen permanente huisvesting en zorg ontvangen. Zijn studie toont aan dat in een groep van 1125 woonzorgcentrumbewoners – weliswaar allemaal min-65-jarigen – 785 bewoners behoren tot de groep van personen met beperkingen. Daarbij gaat het bij 287 bewoners om VB. Op basis van extrapolatie schatte hij het aantal min-65-jarige woonzorgcentrumbewoners met beperkingen in Vlaanderen op 942 [23]. Verschillende auteurs geven aan dat professionals in deze reguliere ouderenzorgvoorzieningen vaak expertise missen in het werken met personen met VB, maar dat ze anderzijds meer expertise en omkadering hebben om kwaliteitsvolle ouderenzorg te bieden [18, 24, 25]. In studies wordt echter de bemerking gemaakt dat de ondersteuningsvragen van ouderen met VB niet noodzakelijkerwijs dezelfde zijn als deze van ouderen zonder VB. Daarbij wordt voornamelijk gewezen op vaak meer uitgesproken, complexe, vroegtijdige of samen voorkomende fysieke, psychologische of sociale gezondheidsproblemen bij ouderen met VB [26–30]. Verklaringen voor de geringe ervaring in de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep in reguliere ouderenzorgvoorzieningen worden gezocht in het feit dat zij tot dusver niet in grote aantallen in deze sector verbleven [6, 31].

Omdat zowel in de ouderenzorgsector als in de sector voor personen met VB melding wordt gemaakt van een kennis- en expertisetekort omtrent ouderen met VB [6], wordt internationaal aangegeven dat de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep vraagt

om gedeelde expertise en samenwerking tussen beide sectoren [6, 10, 15, 32–34]. Ook Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ‘Jo Vandeuren’ erkent het belang van samenwerkingsverbanden en intersectorale netwerken en benoemt ze in zijn perspectiefplan 2020 als een kritische succesfactor om tegen 2020 de doelstellingen ‘zorggarantie’ en ‘vraaggestuurde zorg in een inclusieve samenleving’ voor personen met beperkingen te realiseren. Bovendien noodzaakt het persoonsvolgend financieringssysteem, dat aanstuurt op een vraaggestuurd zorglandschap met zorggarantie, zorgaanbieders samen te werken [22]. De kwaliteitsagenda ‘Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg’ van het Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport schuift het stimuleren van samenwerking eveneens als actiepoint naar voor [35]. Niet alleen in beleid, maar ook in praktijk wordt samenwerking als wenselijk beschouwd. Zo blijkt uit de Vlaamse studie van Vandevyvere, Van Puyenbroeck & Smits (2010) dat zowel ervaringsdeskundigen als professionals uit de ouderenzorgsector en de sector voor personen met beperkingen openstaan voor samenwerking [5]. De prevalentie en de intensiteit van samenwerkingsverbanden tussen beide sectoren, alsook de inhoud die dergelijke samenwerking op heden krijgt, zijn echter niet bekend. Door volgende onderzoeksvragen te beantwoorden, wil deze studie aan dit tekort tegemoetkomen:

1. In hoeveel Vlaamse woonzorgcentra is er samenwerking met een voorziening voor personen met VB?
2. Welke inhoud en intensiteit heeft samenwerking tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met VB in Vlaanderen en in welke mate verschillen deze inhoud en intensiteit wanneer samenwerkingsverbanden gepaard gaan met een transitie van een persoon uit een voorziening voor personen met VB naar een woonzorgcentrum?
3. Welke attitude hebben directieleden van Vlaamse woonzorgcentra ten aanzien van samenwerking met een voorziening voor personen met VB?

Methoden

Datacollectie

Ter voorbereiding van het onderzoek werden zowel nationale en internationale wetenschappelijke artikelen als Vlaamse en Nederlandse beleidsteksten verkend die betrekking hebben tot:

1. de zorg en ondersteuning voor ouderen met VB in de ouderenzorgsector,
2. de zorg en ondersteuning voor ouderen met VB in de sector voor personen met beperkingen en/of
3. de samenwerking tussen beide sectoren.

Om in te spelen op een vastgestelde lacune in de huidige literatuur werd een vragenlijst ontwikkeld die de samenwerkingsverbanden tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met VB in kaart brengt en daarbij de inhoud en de intensiteit per samenwerkingsverband bevroegt. Daarnaast belicht de vragenlijst een aantal kenmerken van de woonzorgcentra (naam, locatie, aantal bedden) en gaat deze in op de ervaringen in de zorg en ondersteuning voor personen met VB (aantal personen met VB in opname, belemmerende en bevorderende factoren in de zorg en ondersteuning voor personen met VB, afdelingskeuze bij opname van personen met VB). Tot slot brengen vijf stellingen met een vijfpuntsschaal de attitude ten aanzien van dergelijke samenwerking in kaart.

In overleg met experts uit de woonzorgsector en de sector voor personen met VB werd de gesloten vragenlijst inhoudelijk geëvalueerd, aangepast en verder uitgewerkt. De begrijpbaarheid en leesbaarheid van de vragenlijst werd nagegaan tijdens een pilootstudie bij drie directieleden van woonzorgcentra – zij behoorden niet tot de onderzoekspopulatie – en drie niet in de zorgsector werkzame personen.

De vragenlijst werd ontworpen in Qualtrics en door middel van deze online-survey-tool op 8 januari 2016 bezorgd aan de directieleden van alle Vlaamse woonzorgcentra die erkend zijn door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ($n = 781$). Eind januari en midden februari ontvingen zij een herinneringsmail. Nadat de studie werd voorgesteld aan de raadgever ouderenzorg en de raadgever personen met een handicap (kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeuren), brachten de koepelorganisaties, die de residentiële ouderenzorg vertegenwoordigen, de online-vragenlijst in de woonzorgcentra onder de aandacht. De bevraging werd eind februari afgesloten. Een onafhankelijke ethische commissie keurde deze studie goed.

Data-analyse

De vragenlijsten werden gecodeerd en geanalyseerd door middel van het programma SPSS® 20.0 (SPSS Inc., New York, IBM). De onderzoeksvragen werden beantwoord met descriptieve en bivariate statistiek. Het significantieniveau werd vastgelegd op een p -waarde van 0,05. In zowel de resultatensectie als de bijhorende tabellen worden de valide percentages weergegeven. Het totaal aantal respondenten dat een bepaalde vraag heeft beantwoord (n) wordt in de resultatensectie vermeld.

Resultaten

Basiskennmerken respondenten

Exact 229 van de 781 aangeschreven Vlaamse woonzorgcentra namen uiteindelijk deel aan de online-be-

Tabel 1 Kenmerken van respondenten

	N	%
<i>Functie (n = 225)</i>		
a) Algemeen of adjunct directeur	137	60,9
b) Verantwoordelijke bewonerszorg/diensthofd verpleging-verzorging	33	14,7
c) Kwaliteitscoördinator/zorgcoördinator/preventieadviseur	24	10,7
d) Hoofdverpleegkundige	11	4,9
e) Andere	20	8,9
<i>Capaciteit woonzorgcentrum (n = 225)</i>		
a) Minder dan 75 bedden	56	24,9
b) 75 tot 100 bedden	57	25,3
c) 101 tot 125 bedden	49	21,8
d) Meer dan 125 bedden	63	28,0

Tabel 2 Ervaren expertisetekort naargelang de basiskenmerken van de woonzorgcentra

Een expertisetekort omtrent VB bemoeilijkt de zorg en ondersteuning (akkoord tot helemaal akkoord)

	N	%
<i>Capaciteit woonzorgcentrum</i>		
a) Minder dan 75 bedden (n = 49)	38	77,6
b) 75 tot 100 bedden (n = 47)	37	78,7
c) 101 tot 125 bedden (n = 40)	32	80,0
d) Meer dan 125 bedden (n = 53)	44	83,0
<i>Reeds een bewoner met VB opgenomen</i>		
a) Ja (n = 150)	118	78,7
b) Neen (n = 39)	33	84,6
<i>Reeds samenwerking gehad met een voorziening voor personen met VB</i>		
a) Ja (n = 54)	48	88,9
b) Neen (n = 135)	103	76,3

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

vraging. 137 respondenten (61%) (zie tab. 1) vervullen een directiefunctie ($n = 225$). Zeven respondenten hebben vermeld dat ze de vragenlijst invulden voor twee of meer woonzorgcentra samen, mogelijks omdat deze tot een koepelorganisatie behoren. Na het totaal aantal aangeschreven woonzorgcentra ($n = 781$) hiervoor te corrigeren, bedraagt de algemene responsgraad 30% (229/767).

Ervaring en expertise in woonzorgcentra

162 respondenten (79%) gaven aan dat in hun woonzorgcentrum ooit een persoon met VB werd opgenomen ($n = 204$). 145 van deze respondenten maakten het aantal bewoners met VB gedurende de afgelopen tien

jaar bekend. In 142 woonzorgcentra (98%) ging het om minimaal één tot maximaal 32 bewoners. In drie woonzorgcentra (2%) is een dergelijke opname meer dan tien jaar geleden.

Tegelijkertijd ervaart ruim driekwart van de respondenten (80%) dat hun woonzorgcentrum expertise mist omtrent de zorg en ondersteuning voor personen met VB ($n = 189$). In woonzorgcentra waar reeds een persoon met VB werd opgenomen of waar reeds samenwerking met een voorziening voor personen met VB tot stand kwam, wordt statistisch niet significant minder expertisetekort ervaren dan in woonzorgcentra waar dergelijke opname nog niet plaatsvond ($\chi^2(1) = 0,68$; $p = 0,409$) of dergelijke samenwerking nog niet tot stand kwam ($\chi^2(1) = 3,8$; $p = 0,051$). Ook is het

Tabel 3 Prevalentie, intensiteit en inhoud van samenwerkingsverbanden

	N	%
<i>Aantal contacten of samenwerkingsverbanden (n = 202)</i>		
a) Geen	146	72,3
b) Met één voorziening	42	20,8
c) Met twee voorzieningen	13	6,4
d) Met drie voorzieningen	0	0,0
e) Met vier voorzieningen	1	0,5
<i>Contractuele samenwerkingsverbanden (n = 72)</i>		
a) Neen	59	81,9
b) Ja	13	18,1
<i>Samenwerking met transitie (n = 72)</i>		
a) Neen	49	68,1
b) Ja	23	31,9
<i>Samenwerking met expertise-uitwisseling (n = 68)</i>		
a) Nooit	19	27,9
b) Eénmalig	24	35,3
c) Jaarlijks tot halfjaarlijks	15	22,1
d) Maandelijks tot wekelijks	10	14,7
<i>Samenwerking met multidisciplinair overleg (n = 68)</i>		
a) Nooit	33	48,5
b) Eénmalig	21	30,9
c) Jaarlijks tot halfjaarlijks	6	8,8
d) Maandelijks tot wekelijks	8	11,8
<i>Samenwerking met gezamenlijke dossierbespreking (n = 68)</i>		
a) Nooit	39	57,4
b) Eénmalig	21	30,9
c) Jaarlijks tot halfjaarlijks	3	4,4
d) Maandelijks tot wekelijks	5	7,4
<i>Samenwerking met personeelsuitwisseling i.f.v. dagbesteding (n = 68)</i>		
a) Nooit	53	77,9
b) Eénmalig	7	10,3
c) Jaarlijks tot halfjaarlijks	3	4,4
d) Maandelijks tot wekelijks	5	7,4
<i>Samenwerking met personeelsuitwisseling i.f.v. verzorging (n = 68)</i>		
a) Nooit	57	83,8
b) Eénmalig	5	7,4
c) Jaarlijks tot halfjaarlijks	3	4,4
d) Maandelijks tot wekelijks	3	4,4

Tabel 4 Samenwerking zonder transitie versus samenwerking met transitie

	Zonder transitie (n = 46)		Met transitie (n = 22)	
	N	%	N	%
Expertise-uitwisseling	30	65,2	19	86,4
Multidisciplinair overleg	19*	41,3	16*	72,7
Gezamenlijke dossierbespreking	11***	23,9	18***	81,8
Personeelsuitwisseling i.f.v. dagbesteding	7	15,2	8	36,4
Personeelsuitwisseling i.f.v. verzorging	6	13,0	5	22,7

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabel 5 Niet-contractuele samenwerking versus contractuele samenwerking

	Niet-contractueel (n = 56)		Contractueel (n = 12)	
	N	%	N	%
Expertise-uitwisseling	41	73,2	8	66,7
Multidisciplinair overleg	26	46,4	3	25,0
Gezamenlijke dossierbespreking	30	53,6	5	41,7
Personeelsuitwisseling i.f.v. dagbesteding	13	23,2	2	16,7
Personeelsuitwisseling i.f.v. verzorging	11	19,6	0	0,0

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ervaren expertisetekort statistisch niet significant verschillend naargelang de capaciteit van het woonzorgcentrum ($\chi^2(3) = 0,53$; $p = 0,912$) (tab. 2).

Prevalentie, inhoud en intensiteit van samenwerking

42 respondenten (21%) vermeldden reeds contact of samenwerking gehad te hebben met één voorziening voor personen met VB, 13 respondenten (6%) met twee voorzieningen en 1 respondent (0,5%) met vier voorzieningen ($n = 202$) (zie tab. 3). Bijgevolg inventariseerde deze studie 72 samenwerkingsverbanden. Op basis van de online-vragenlijst zijn de inhoud en de intensiteit voor 68 van deze 72 samenwerkingsverbanden gekend. Meer bepaald komen expertise-uitwisseling, multidisciplinair overleg, gezamenlijke dossierbespreking en uitwisseling van personeel in functie van dagbesteding en/of verzorging voor bij respectievelijk 72% (49/68), 52% (35/68), 43% (29/68), 22% (15/68) en 16% (11/68) van de in kaart gebrachte samenwerkingsverbanden.

Verder gaat 32% van de contacten of samenwerkingsverbanden (23/72) gepaard met een transitie van een persoon uit de voorziening voor personen met VB naar het woonzorgcentrum. Wanneer contacten of samenwerkingsverbanden samengaan met een dergelijke transitie komen multidisciplinair overleg ($\chi^2(1) = 5,88$; $p < 0,05$) en gezamenlijke dossierbespreking ($\chi^2(1) = 20,40$; $p < 0,001$) meer voor dan wanneer bij het con-

tact of de samenwerking geen transitie plaatsvindt (zie tab. 4).

Tot slot werd 18% van de samenwerkingsverbanden (13/72) geformaliseerd door middel van een contract. Bij contractuele samenwerkingsverbanden komen multidisciplinair overleg en gezamenlijke dossierbespreking, maar ook expertise- en personeelsuitwisseling niet vaker voor dan bij niet-contractuele samenwerkingsverbanden ($p > 0,05$) (tab. 5).

Attitude ten aanzien van samenwerking

148 respondenten (78%) beschouwen samenwerking met voorzieningen voor personen met VB als waardevol ($n = 189$) en 129 respondenten (68%) zouden dergelijke samenwerking aanraden ($n = 189$). 8 respondenten (4%) vinden hun huidige samenwerkingsniveau optimaal ($n = 187$), terwijl 97 respondenten (51%) in de toekomst met meer dergelijke voorzieningen willen samenwerken ($n = 189$) en 30 respondenten (58%) hun huidige samenwerking willen intensifiëren ($n = 52$).

In samenwerkende woonzorgcentra vinden meer respondenten samenwerking waardevol en aan te raden (respectievelijk $\chi^2(1) = 4,98$; $p < 0,05$ en $\chi^2(1) = 4,52$; $p < 0,05$) dan in woonzorgcentra zonder contact of samenwerking met een voorziening voor personen met VB (zie tab. 6). Meer respondenten beschouwen er hun huidige samenwerkingsniveau als optimaal ($\chi^2(1) = 8,96$; $p < 0,01$) en meer respondenten zijn

Tabel 6 Attitude ten aanzien van samenwerking				
	Geen samenwerking		Samenwerking	
	N	%	N	%
a) Samenwerking is waardevol (akkoord of helemaal akkoord)	100/135*	74,1	48/54*	88,9
b) Samenwerking is aan te raden (akkoord of helemaal akkoord)	86/135*	63,7	43/54*	79,6
c) Het huidige samenwerkingsniveau is optimaal (akkoord of helemaal akkoord)	2/134**	1,5	6/53**	11,3
d) Ik wil met meer voorzieningen samenwerken (akkoord of helemaal akkoord)	63/135*	46,7	34/54*	63,0
e) Ik wil de bestaande samenwerking intensifiëren (akkoord of helemaal akkoord)			30/52	57,7
	Geen bewoner met VB		Bewoner met VB	
	N	%	N	%
a) Samenwerking is waardevol (akkoord of helemaal akkoord)	29/39	74,4	121/152	79,6
b) Samenwerking is aan te raden (akkoord of helemaal akkoord)	23/39	59,0	107/151	70,9
c) Het huidige samenwerkingsniveau is optimaal (akkoord of helemaal akkoord)	1/38	2,6	7/150	4,7
d) Ik wil met meer voorzieningen samenwerken (akkoord of helemaal akkoord)	22/39	56,4	75/150	50,0
e) Ik wil de bestaande samenwerking intensifiëren (akkoord of helemaal akkoord)	5/5	100,0	25/47	53,2

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

overtuigd om in de toekomst met meer voorzieningen samen te werken ($\chi^2(1) = 4,10$; $p < 0,05$) dan in niet-samenwerkende woonzorgcentra. De respondenten in woonzorgcentra waar reeds bewoners met VB verbleven, antwoordden daarentegen statistisch niet significant verschillend op de stellingen, vergeleken met de respondenten in woonzorgcentra waar dergelijke opname nog niet plaatsvond ($p > 0,05$).

Discussie

Parallel met de stijgende levensverwachting voor personen met VB groeit ook de vraag hoe aan deze personen kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning kan geboden worden. Hoewel nationaal en internationaal in beleid en praktijk wordt gewezen op het belang van samenwerking tussen de ouderenzorgsector en de sector voor personen met beperkingen, [5, 6, 10, 15, 22, 32–34] zijn de prevalentie, intensiteit en inhoud van dergelijke samenwerkingsverbanden tot dusver niet gekend. Deze studie tracht aan dit tekort tegemoet te komen door de huidige samenwerking tussen voorzieningen voor personen met VB en woonzorgcentra in Vlaanderen in

kaart te brengen, dit door middel van een online-bevraging bestemd voor directieleden van Vlaamse woonzorgcentra.

Samenwerking: een weinig gerealiseerd ideaal

De bevinding dat de respondenten samenwerking met een voorziening voor personen met VB overwegend positief inschatten – wat mogelijks voortvloeit uit het expertisetekort dat zij ervaren om woonzorgcentrum-bewoners met VB kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te bieden – sluit aan bij de internationaal positieve kijk op en aanbeveling tot intersectorale samenwerking [5, 6, 10, 15, 22, 32–34]. Deze positieve attitude stemt overeen met de vaststelling van Vandevyvere et al. (2010). Deze onderzoekers stellen immers dat zowel ervaringsdeskundigen als professionals uit de ouderenzorgsector en de sector voor personen met beperkingen samenwerking tussen beide sectoren als waardevol en haalbaar inschatten [5]. Waar de studie van Vandevyvere et al. (2010) het draagvlak nagaat voor beleidsopties zoals samenwerking tussen de ouderenzorgsector en de sector voor personen met beper-

kingen, brengt deze studie bestaande samenwerkingsverbanden in kaart.

Ondanks de positieve attitude ten aanzien van samenwerking blijkt uit de resultaten dat slechts een minderheid van de woonzorgcentra (28%) in contact kwam met een voorziening voor personen met VB. Bovendien is het prevalentiecijfer van dergelijke samenwerking in deze studie mogelijk een overschatting. Tien respondenten vermeldden namelijk de naam van de voorziening waarmee men contact of samenwerking heeft niet, waardoor niet kon nagegaan worden of het wel degelijk gaat om een voorziening voor personen met VB. Door gebrek aan internationaal cijfermateriaal omtrent de prevalentie van samenwerking tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met VB kan het prevalentiecijfer uit deze studie niet vergeleken worden.

De vaststelling dat de meerderheid van de woonzorgcentra personen met VB heeft opgenomen (79%), maar slechts in beperkte mate in contact kwam met voorzieningen voor personen met VB (28%), doet vermoeden dat deze bewoners uit een andere omgeving – al dan niet de thuissituatie – komen dan een voorziening voor personen met VB. Anderzijds geeft dit resultaat aan dat voorzieningen voor personen met VB slechts in beperkte mate beroep doen op de expertise van woonzorgcentra. Nochtans geven studies aan dat professionals in deze voorzieningen een gebrek aan expertise en omkadering ervaren om ouder wordende cliënten optimaal te ondersteunen [14, 15].

Tot slot blijkt uit de resultaten dat respondenten van samenwerkende woonzorgcentra samenwerking positiever beoordelen dan respondenten van niet-samenwerkende woonzorgcentra. Mogelijks wijst dit op positieve effecten die ze in hun huidig samenwerkingsverband mochten ervaren. Toch geven de resultaten niet aan dat in samenwerkende woonzorgcentra statistisch significant minder expertisetekort wordt ervaren dan in niet-samenwerkende woonzorgcentra. Op basis van dit studiedesign kan echter geen oorzaak-gevolg-relatie gelegd worden tussen het al dan niet samenwerken en het ervaren expertiseniveau. Mogelijks beoordeelde de respondenten van samenwerkende woonzorgcentra hun expertiseniveau strenger dan respondenten van niet-samenwerkende woonzorgcentra.

Cohèrentie tussen gewenste en gerealiseerde samenwerkingsvormen

Dat expertise-uitwisseling zowel de meest voorkomende samenwerkingsvorm als de samenwerkingsvorm met de hoogste frequente is, sluit aan bij de bevinding van Vandevyvere et al. (2010). Deze studie geeft immers aan dat expertise-uitwisseling zowel qua wenselijkheid als haalbaarheid op de meeste bijval kan rekenen [5]. Daarbij maken de auteurs echter de bedenking dat het enthousiasme omtrent expertise-uitwisseling mogelijk ontstaat uit een focus op het

inwinnen van expertise om de eigen voorziening te specialiseren. Meer intensieve vormen van samenwerking, waarbij middelen worden uitgewisseld, worden volgens Vandevyvere et al. (2010) als minder wenselijk en minder haalbaar beschouwd [5]. Dit stemt overeen met de vaststelling in onze studie dat uitwisseling van personeel in functie van verzorging en/of dagbesteding de minst voorkomende samenwerkingsvormen zijn.

Na expertise-uitwisseling blijken respectievelijk multidisciplinair overleg en gezamenlijke dossierbespreking de meest voorkomende samenwerkingsvormen, al komen dergelijke overlegmomenten vooral tot stand wanneer zich een transitie voordoet van een voorziening voor personen met VB naar een woonzorgcentrum. Dergelijke transitie hoeft men echter niet als vereiste of voorwaarde te beschouwen om contact of samenwerking aan te gaan met een voorziening voor personen met VB. Uit de online-bevraging blijkt immers dat expertise-uitwisseling, personeels-uitwisseling, multidisciplinair overleg en gezamenlijke dossierbespreking – de laatste twee weliswaar in statistisch significant mindere mate – tevens tot stand komen wanneer er geen transitie plaatsvindt.

Tot slot is de intensiteit van de contractuele en de niet-contractuele samenwerkingsverbanden in deze studie niet verschillend. Bijgevolg kan op basis van deze studie niet aanbevolen worden om samenwerkingsverbanden al dan niet te formaliseren.

Methodologische beperkingen

Door de relatief lage responsgraad (30%) dient de generaliseerbaarheid van de resultaten genuanceerd te worden. Het is echter wel mogelijk dat deze responsgraad een onderschatting is. Mogelijks hebben respondenten de vragenlijst éénmaal ingevuld voor meerdere woonzorgcentra samen – omdat deze tot een koepelorganisatie behoren – zonder dit in de vragenlijst te vermelden. Bijgevolg kon het totaal aantal woonzorgcentra (767) hiervoor niet gecorrigeerd worden. Ten tweede dient opgemerkt te worden dat de directieleden als beoogde respondenten slechts gedeeltelijk werden bereikt. Alhoewel nagenoeg alle respondenten een leidinggevende functie vervullen, gaat het bij ongeveer 40% niet om een directiefunctie. Daarnaast bestaat de kans dat respondenten die in hun woonzorgcentrum reeds personen met VB hebben opgenomen of reeds in contact kwamen met een voorziening voor personen met VB meer geneigd zijn aan de bevraging deel te nemen. Bijgevolg is het percentage woonzorgcentra waar personen met VB werden opgenomen (79%) en het percentage woonzorgcentra waar contact of samenwerking is met een voorziening voor personen met VB (28%) mogelijk een overschatting. Door in de informatiebrief te vermelden dat een opname van een persoon met VB en contact met een voorziening voor personen met VB geen vereisten zijn om aan de online-bevraging deel

te nemen, werd getracht deze selectiebias te beperken. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat deze bevraging niet in kaart brengt hoeveel personen met VB op heden in woonzorgcentra verblijven. Bovendien betreft het een bevraging op organisatieniveau en worden kenmerken van individuele bewoners met VB niet bevraagd. Tot slot dient opgemerkt te worden dat deze studie zich focust op de doelgroep 'personen met VB' en de samenwerking tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met VB. Personen met andere vormen van beperkingen en samenwerking tussen andere sectoren of andere zorgvoorzieningen worden in de context van dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Conclusie en aanbevelingen

Ondanks de beperkingen van deze studie kan gesteld worden dat personen met VB in Vlaamse woonzorgcentra verblijven, niettegenstaande er een expertisetekort wordt ervaren omtrent personen met VB. Hoewel samenwerking met voorzieningen voor personen met VB positief wordt ingeschat, is de prevalentie van

dergelijke samenwerking in Vlaanderen eerder laag. Vooral intensieve samenwerkingsvormen, waarbij personeel wordt uitgewisseld, komen nog weinig voor.

Bijkomend onderzoek is nodig om na te gaan welke factoren de totstandkoming van samenwerking belemmeren of bevorderen en welke invloed de aanwezige organisatiecultuur hierop heeft. Naast de aandacht voor samenwerkingsdrempels, blijft echter de vraag in welke mate en op welke manier de samenwerkingsvormen, die deze studie in kaart brengt, betekenisvol zijn. Daarbij dient vooral de uitkomst voor de bewoner centraal te staan. Daarom lijkt het waardevol dat toekomstig onderzoek nagaat hoe dergelijke samenwerkingsvormen zich verhouden tot de kwaliteit van bestaan van personen met VB.

Dankbetuiging. Speciale dank gaat uit naar de respondenten van de woonzorgcentra. Tevens danken wij de raadgever ouderenzorg, de raadgever personen met een handicap (kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeurzen) en de medewerkers van de koepelorganisaties voor de ondersteuning. Dit onderzoek is gefinancierd door de Hogeschool Gent.

Literatuur

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. New York: United Nations; 2013.
2. Eurostat. Population projections 2015 at national level. 2015. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_15npms&lang=en. Geraadpleegd op: 1 maart 2017.
3. Coppus AM. People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Dev Disabil Res Rev.* 2013;18:6–16.
4. Maaskant MA, Gevers JPM, Wierda H. Mortality and life expectancy in Dutch residential centres for individuals with intellectual disability, 1991–1995. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2002;15:200–12.
5. Vandevyvere I, Van Puyenbroeck J, Smits D. Zorgen voor de levenskwaliteit van ouder wordende personen met een handicap. Brussel: Onderzoekscentrum PRAGODI – HUBrussel; 2010.
6. Bigby C. Ageing people with a lifelong disability: challenges for the aged care and disability sectors. *J Intellect Dev Disabil.* 2002;27:231–41.
7. Fisher K. Nursing care of special populations: issues in caring for elderly people with mental retardation. *Nurs Forum.* 2004;39:28–31.
8. Judge J, Walley R, Anderson B, Young R. Activity, aging, and retirement: the views of a group of scottish people with intellectual disabilities. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2010;7:295–301.
9. Kommer GJ, Stokx LJ, Kramers PGN, Poos MJJC. Wachstijstontwikkelingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Modelleren van de woonzorg voor verstandelijk gehandicapten. Bilthoven: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 1999.
10. Bigby C, Webber R, Bowers B, McKenzie-Green B. A survey of people with intellectual disabilities living in residential aged care facilities in Victoria. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52:404–14.
11. Gilbert A, Lankshear G, Petersen A. Older family-carers' views on the future accommodation needs of relatives who have an intellectual disability. *Int J Soc Welf.* 2008;17:54–64.
12. Mencap. The Housing timebomb: the housing crisis facing people with a learning disability and their older parents. London: Royal Society for Mentally Handicapped Children and Adults; 2002.
13. Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Meerjarenanalyse: achteruit- en vooruitblik op de ondersteuningsbehoeften van personen met een handicap. Brussel: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap; 2014.
14. Bekkema N, de Veer AJ, Albers G, Hertogh CM, Onwuteaka-Philipsen BD, Francke AL. Training needs of nurses and social workers in the end-of-life care for people with intellectual disabilities: a national survey. *Nurse Educ Today.* 2014;34:494–500.
15. McCarron M, McCallion P, Fahey-McCarthy E, Connaire K, Dunn-Lane J. Supporting persons with Down syndrome and advanced dementia: challenges and care concerns. *Dementia.* 2010;9:285–98.
16. Bekkema N, de Veer AJ, Wagemans AM, Hertogh CM, Francke AL. 'To move or not to move': a national

- survey among professionals on beliefs and considerations about the place of end-of-life care for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2015;59:226–37.
17. Bigby C, Bowers B, Webber R. Planning and decision making about the future care of older group home residents and transition to residential aged care. *J Intellect Disabil Res.* 2011;55:777–89.
 18. Iacono T, Bigby C, Carling-Jenkins R, Torr J. Taking each day as it comes: staff experiences of supporting people with Down syndrome and Alzheimer's disease in group homes. *J Intellect Disabil Res.* 2014;58:521–33.
 19. Webber R, Bowers B, Bigby C. Residential aged care for people with intellectual disability: a matter of perspective. *Australas J Ageing.* 2014;33:36–40.
 20. Cardol M, Speet M, Rijken M. Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking. Utrecht: NIVEL; 2007.
 21. Janicki MP, Breitenbach N. Aging and intellectual disabilities – improving longevity and promoting healthy aging: summative report. Geneva: World Health Organization; 2000.
 22. Vandeurzen J. Perspectiefplan 2020 Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2010.
 23. Devisch F. Personen met een handicap in rusthuizen en rvt's. Brussel: Studiecél Vlaams Fonds; 2003.
 24. Buys L, Aird R, Miller E. Service providers' perceptions of active ageing among older adults with lifelong intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2012;56:1133–47.
 25. Cartlidge D, Read S. Exploring the needs of hospice staff supporting people with an intellectual disability: a UK perspective. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16:93–8.
 26. Alcedo MA, Fontanil Y, Solís P, Pedrosa I, Aguado AL. People with intellectual disability who are ageing: perceived needs assessment. *Int J Clin Health Psychol.* 2017;17:38–45.
 27. Evenhuis HM, Hermans H, Hilgenkamp TIM, Bastiaanse LP, Echteld MA. Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: results from the healthy ageing and intellectual disability study. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:934–8.
 28. Haveman M, Perry J, Salvador-Carulla L, et al. Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. *J Intellect Dev Disabil.* 2011;36:49–60.
 29. Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014;35:776–83.
 30. Sandberg M, Ahlström G, Axmon A, Kristensson J. Somatic healthcare utilisation patterns among older people with intellectual disability: an 11-year register study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:642–55.
 31. Thompson DJ, Ryrie I, Wright S. People with intellectual disabilities living in generic residential services for older people in the UK. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2004;17:101–8.
 32. Bickenbach J, Bigby C, Salvador-Carulla L, et al. The Toronto declaration on bridging knowledge, policy and practice in aging and disability. *Int J Integr Care.* 2012. <https://doi.org/https://doi.org/10.5334/ijic.1086>.
 33. Maes B, Van Puyenbroeck J. Adaptation of Flemish services to accommodate and support the aging of people with intellectual disabilities. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2008;5:245–52.
 34. Read S, Cartlidge D. Critical reflections on end-of-life care for people with intellectual disabilities: a single case study approach. *Int J Palliat Nurs.* 2012;18:23–7.
 35. van Rijn MJ. Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.

Signalementen

Verbetering van het traject van ziekenhuis naar thuis is mogelijk

Kwetsbare ouderen kunnen door een acute aandoening of verergering van hun kwalen in het ziekenhuis terecht komen en vervolgens problemen krijgen met hun terugkeer naar huis, door afname van functionele status en zelfredzaamheid. Geriatrische revalidatie als tussenstation kan een oplossing bieden.

Gezondheidswetenschapper *Irma Everink*, 31 jr, onderzocht de ontwikkeling, implementatie, aanvaardbaarheid, uitvoerbaarheid en (kosten)effectiviteit van een zorgpad geriatrische revalidatiezorg. Dit zorgpad is gericht op het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van zorg in het hele revalidatietraject, van ziekenhuisopname tot terugkeer naar de thuissituatie.

De belangrijkste conclusie uit haar proefschrift is dat het zorgpad aanvaardbaar en grotendeels uitvoerbaar is gebleken, en dat het zorgpad effectief is in het uitvoeren van meer bredere dagelijkse activiteiten onder patiënten na drie maanden. Daarnaast heeft implementatie van het zorgpad geleid tot een groter percentage patiënten dat na geriatrische revalidatiezorg ontslagen is naar de thuissituatie, tot een lager ervaren zorglast na drie maanden voor mantelzorgers en tot een kostenverlaging. Om deze redenen raadt Everink aan het zorgpad op bredere schaal te implementeren in de reguliere zorg.

Bij verdere optimalisatie van het zorgpad moet nog aandacht worden besteed aan de tijdigheid en kwaliteit van de medische overdrachten. Deze bleken in het onderzoek nog onvoldoende geïmplementeerd.

Patiënten, mantelzorgers en zorgverleners waren over het algemeen tevreden met het zorgpad, maar patiënten en mantelzorgers vonden wel dat er meer aandacht moet worden besteed aan de informatievoorziening over hun behandeling in zowel het ziekenhuis als in de instelling voor geriatrische revalidatiezorg en de eerste lijn.

Proefschrift *Geriatric rehabilitation. Development, implementation and evaluation of an integrated care pathway for patients with complex health problems*, Universiteit Maastricht, 8 september 2017, 213 p, ISBN 978 94 6159 719 9. Promotores waren prof. dr. G.I.J.M. Kempen en prof. dr. J.M.G.A. Schols.

'Knooppunten' in onze hersennetwerken speciaal gevoelig voor alzheimer

Theoretisch fysicus *Meichen Yu*, 30 jr, ontwikkelde nieuwe methoden om EEG- en/of MEG-netwerkgegevens van patiënten met de ziekte van Alzheimer (AD) of met Frontotemporale Dementie (FTD) te kwantifi-

ceren. Ook stelde hij vast dat vooral de 'knooppunten' (hubs) in onze hersennetwerken speciaal gevoelig zijn voor het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer.

Hersensfuncties zoals geheugen, aandacht en waarneming komen tot stand door efficiënte communicatie tussen (gespecialiseerde) hersengebieden. De hersenen vormen een complex netwerk, vergelijkbaar met bijvoorbeeld sociale netwerken of internet. De veronderstelling is dat hersenziekten zoals alzheimer, parkinson, multipale sclerose en epilepsie te maken hebben met een verstoring in dit netwerk, bijvoorbeeld doordat bepaalde soorten verbindingen verloren gaan of juist abnormaal sterk worden.

De vraag is of het mogelijk is deze verstoorde netwerken te meten bij patiënten en de aard van de veranderingen zo goed mogelijk in kaart te brengen. Voor het onderhavige promotieonderzoek werden elektro-fysiologische metingen (elektro-encefalogram: EEG en magneto-encefalogram: MEG) gebruikt en netwerkanalyse ('grafentheorie'). Meichen Yu ontwikkelde nieuwe methoden om EEG- en MEG-netwerkgegevens van patiënten met AD of FTD te kwantificeren. Hij ontwikkelde een methode om clusters (sub-netwerken) te detecteren en veranderingen daarin bij dementie vast te stellen. Daarnaast onderzocht hij MEG-registraties van AD-patiënten met een methode die ook de richting van informatiestromen in de hersenen kan vaststellen ('phase transfer entropie') en met een methode die informatiestromen in verschillende frequentiebanden kan combineren. Uit die studies, recent gepubliceerd in het gerenommeerde wetenschappelijke tijdschrift *Brain*, komt naar voren dat vooral de 'knooppunten' (hubs) in onze hersennetwerken speciaal gevoelig zijn voor alzheimer.

Proefschrift *Network analysis of EEG and MEG in dementia: novel approaches*, Vrije Universiteit Amsterdam, 12 juni 2017, 217 p, ISBN 978 94 6332 180 8. Promotor was prof. dr. C.J. Stam.

Ernstig overgewicht en type 2 diabetes slecht voor hart en bloedvaten

Obesitas en type 2 diabetes hebben ongewenste gevolgen zoals hart- en vaatziekten, veranderde hersenactiviteit en structurele veranderingen in het brein. Arts/onderzoeker *Ralph Widya*, 33 jr, onderzocht diverse cardiovasculaire en cerebrale kenmerken van mensen met obesitas en diabetes type 2 en gebruikte bij zijn promotieonderzoek meerdere beeldvormende technieken, zoals Magnetic Resonance Imaging (MRI) en Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS).

Zijn belangrijkste conclusies zijn onder andere dat een vervette lever, in ieder geval bij obesitas, een risico kan geven op dysfunctie van de hartspier en op

subklinische verslechtering van de centrale bloedvaten. Prospectief vervolgonderzoek is nodig om het effect van leververvetting op nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten te bestuderen. Ander onderzoek maakt waarschijnlijk dat de rechter hartkamer betrokken is bij diabetische cardiomyopathie en dat beide hartkamers vermoedelijk worden beïnvloed door afwijkingen in de stofwisseling die karakteristiek zijn voor de ziekte diabetes.

Op hersenniveau is bekend dat de hypothalamus een belangrijke rol speelt in de regulering van voeding en de reactie op de opname van glucose. Een kortdurende strenge caloriebeperking van vier dagen normaliseerde de reactie van de hypothalamus op een glucose-inname bij patiënten met diabetes type 2. Meer onderzoek naar het mechanisme en het effect van dit dieet is nodig.

Uit ander onderzoek blijkt dat visceraal buikvet en subcutaan buikvet op een andere manier gerelateerd zijn aan microstructurele hersenschade. De uitkomst van deze studie versterkt het concept dat visceraal vetweefsel, dus het vet dat zich ter bescherming rondom de organen bevindt, in tegenstelling tot subcutaan vetweefsel, een belangrijke rol speelt in de schadelijke effecten van obesitas. De pathofysiologische link tussen obesitas en structuurveranderingen in de hersenen is nog niet volledig begrepen, maar alleen letten op body mass index is dus niet voldoende.

Proefschrift *Obesity and type 2 diabetes: cardiovascular and cerebral aspects*, Universiteit Leiden, 5 september 2017, 175 p, ISBN 978 94 9268 375 5. Promotoren waren prof. dr. H.J. Lamb, prof. dr. A. de Roos en prof. dr. J.W.A. Smit.

Bezinning op de oplopende kosten in de ambulante (langdurige) zorg is noodzakelijk

De Nederlandse gezondheidszorg is, na de Verenigde Staten, de duurste ter wereld en de kosten zullen nog verder stijgen. Met name aan de langdurige zorg wordt in Nederland veel meer besteed vergeleken met andere landen.

Internist in opleiding *Irene Vegting*, 33 jr. onderzocht de mogelijkheden om de efficiëntie te verbeteren in de ambulante zorg, met name de spoedeisende hulp (SEH) en de poliklinische zorg en bekeek het verminderen van overbodige diagnostiek. Uit de resultaten blijkt dat met name oudere en ziekere patiënten langer op de SEH (spoedeisende hulp) blijven, terwijl dit nu juist de meest kwetsbare groep is. De zoektocht naar een ziekenhuisbed kost veel tijd en het proces van besluitvorming duurt lang. Aanbevolen wordt om met assessment teams te gaan werken, waarbij meerdere specialismen tegelijk naar patiënten met multi-problematiek kijken. De uren waarin de superviserende specialist in huis was, werden uitgebreid tot 23.00 u om hiermee de drempel voor overleg voor de relatief onervaren arts-assistenten op de SEH te verlagen.

De efficiëntie van (langdurige) poliklinische zorg zou baat kunnen hebben bij toepassing van eHealth (informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning en verbetering van de zorg). Thuis meten en registreren dus. Het toevoegen van een eHealth programma leek in dit promotieonderzoek echter geen significante verbetering te geven op uitkomstmaten zoals cholesterolwaarden, bloeddruk en gewicht. Toch verwachten de onderzoekers dat een eHealth programma toegevoegde waarde kan hebben in het verminderen van poliklinische bezoeken en het verbeteren van de kennis en de zelfredzaamheid van patiënten met chronische aandoeningen.

Bij het onderzoek op de afdeling Interne Geneeskunde VUmc naar reductie van overbodige diagnostiek en daarmee samenhangende kostenbesparing bleek het verminderen van laboratoriumaanvragen het meeste op te leveren. Na deze studie is het concept en de interventie uitgerold naar andere afdelingen en kortgeleden ook in vijf andere ziekenhuizen opgestart ter voorkoming van onnodige diagnostiek.

Proefschrift *Studies on improvement of efficiency in ambulatory care*, Vrije Universiteit Amsterdam, 3 maart 2017, 97 p, ISBN 978 90 9030 189 1. Promotor was prof. dr. M.H.H. Kramer.

'Dementiezorg voor elkaar' komt op stoom!

Het programma 'Dementiezorg voor elkaar' is definitief gestart. Op 21 juni 2017 hebben de leden van het consortium Movisie, NIVEL, Pharos, Trimbos-instituut en Vilans de samenwerkingsovereenkomst getekend. Op 5 juli 2017 kwam de *programmacommissie*, bestaande uit vertegenwoordigers uit het werkveld, voor het eerst bij elkaar.

Doel van dit programma is de kwaliteit van leven van thuiswonende mensen met dementie te verbeteren door zorg en ondersteuning nog meer af te stemmen op hun persoonlijke leefwereld, over de grenzen van wonen, zorg en welzijn heen. Het programma ondersteunt samenwerkingsverbanden van professionals die hieraan willen werken, zoals ketenregisseurs, netwerkcoördinatoren, casemanagers, wijkverpleegkundigen, mantelzorgondersteuners, huisartsen en andere professionals in de eerste lijn.

De *programmacommissie* bestaat uit experts op allerlei terreinen, zoals (oud-) lectoren, huisartsen, adviseurs, een wethouder, een casemanager, vertegenwoordigers van Alzheimer Nederland en de directeur van V&VN. De commissie geeft inhoudelijke adviezen. VWS en Deltaplan Dementie zijn toehoorders.

De leden van het consortium voeren het programma uit. Zij krijgen subsidie van VWS en leggen daarvoor los van elkaar verantwoording af aan VWS. Vilans, kenniscentrum langdurende zorg, zorgt voor de coördinatie. Intussen begint het programma op stoom te komen. Verschillende organisaties hebben al gereageerd op het

aanbod en willen weten hoe zij samenwerkingsverbanden kunnen opzetten van bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, wijkteams, welzijnsorganisaties, aanbieders van dagbesteding en respijtzorg, en zorgaanbieders uit ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Het programma biedt deze ondersteuning gratis aan.

Voor meer informatie zie www.dementiezorgvoorelkaar.nl, contactpersoon Robbert Huijsman, r.huijsman@vilans.nl.

Presidential Award van de IAGG voor professor Dorly Deeg, 23 juli 2017

Tijdens het wereldcongres van de International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) in San Francisco, 23 tot 27 juli 2017, thema: *Global Aging and Health. Bridging Science, Policy, and Practice* viel aan professor Dorly Deeg (Epidemiologie van de veroudering, VU Medisch Centrum, en voormalig wetenschap-

pelijk directeur Longitudinal Aging Study Amsterdam) de eer te beurt om een Presidential Award te ontvangen. De prijs werd haar uitgereikt bij de openingsceremonie als waardering voor haar jarenlange inspanningen voor de gerontologie in de Europese regio. Prof. Deeg's meer dan 500 publicaties betreffen gezondheid, lichamenlijk en geestelijk functioneren, werk en pensionering, gebruik van gezondheids- en sociale voorzieningen, en sterfte. Er werd gememoreerd dat zij voorzitter was van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, een IAGG-associé, van 2005 tot 2012. Van 2012 tot 2015 was zij leider van de Social and Behavioural Sciences sectie van de IAGG, regio Europa. In die periode (2014) organiseerde zij een Internationale Winterschool *Valuing Ageing* voor jonge gerontologische onderzoekers in Amsterdam. Haar werk in de IAGG wordt gewaardeerd als dat van een rolmodel. Zij heeft de IAGG bij Europese wetenschappers op het netvlies gezet, hetgeen een factor van belang is geweest bij haar uitverkiezing.

70 JAAR GERONTOLOGIE IN NEDERLAND

Infrastructuur en activiteiten

Ria Wijnen · Dorly Deeg · Gerben Westerhof

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van de gerontologie in Nederland sinds de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG) door P. Muntendam en J. Sleswijk 70 jaar geleden, met een bijzonder accent op de rol die de NVG in deze ontwikkeling heeft gespeeld en speelt. Hoewel gerontologie als wetenschappelijke discipline weinig voet aan de grond heeft gekregen in de universitaire wereld betekent dat niet dat de studie naar ouderen en veroudering en ouder worden een marginale positie inneemt. De auteurs beargumenteren dat eerder het tegendeel het geval is.

De start van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, de NVG

Het is 1946. De Tweede Wereldoorlog is pas een jaar afgelopen en Nederlandse wetenschappers maken zich vooral druk over problemen met de jeugd. Door de oorlog en de chaotische periode die daarop is gevolgd, werd de jeugd veelal aan haar lot overgelaten en 'verwildering' van de jongeren dreigt. Tijdens het Nationaal Congres Volksgezondheid, waar deze problematiek veelvuldig aan de orde komt, is er een arts die de aandacht trekt door met name de armoede onder ouderen aan de kaak te stellen. Die man is dr. Pieter Muntendam, de man die in de ontwikkeling van de Nederlandse gerontologie een grote rol zal gaan spelen.

Dit artikel is een geactualiseerde versie gebaseerd op een publicatie van Ria Wijnen: 'Kroniek van de gerontologie' [5].

R. Wijnen (✉)

Gerontologie Avans Hogeschool, Breda, Nederland
e-mail: ria.wijnen@planet.nl

D. Deeg

Afdeling Epidemiologie & Biostatistiek, VU Medisch Centrum en Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam, Nederland

G. Westerhof

Afdeling Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

<https://doi.org/10.1007/s12439-017-0233-5>

Published online: 27 September 2017

Muntendam was docent Sociale Geneeskunde en werkte als medisch adviseur voor een verzekeringsmaatschappij. Hij kende de armoedecijfers van ouderen in Amsterdam, waar een derde deel van de ouderen in bittere armoede leefde. Dergelijke armoede is ongezond. Muntendam pleitte daarom in zijn rede voor periodiek medisch onderzoek onder ouderen.

De rede van Muntendam kreeg veel aandacht. De belangstelling voor ouder worden en de positie van ouderen in de maatschappij nam toe. Overigens was die positie al sinds het einde van de negentiende eeuw onderwerp van studie. Tijdens het interbellum verschenen verschillende artikelen over karakterkenmerken van ouderen. Na de oorlog was men echter in een nieuw tijdperk beland en verschoof de aandacht naar het armoedeprobleem en de daarmee samenhangende medische en psychische problemen [1]. De wetenschappelijke belangstelling voor veroudering, en dat was nieuw, nam na de oorlog niet alleen toe, maar werd door de oprichting van de NVG structureel op de kaart gezet met sociale, medische, psychische en economische aspecten.

Muntendam stond niet alleen. Prof. dr. J. G. Sleswijk had een bijzondere interesse in het proces van ouder worden. Hij was voorstander van een integrale benadering van het vraagstuk en had samen met een aantal auteurs een boek geschreven: *De ouderdom van geneeskundig standpunt beschouwd-een handboek voor*

artsen. Hoewel de titel suggereert dat het boek de ouderdom alleen medisch belicht, is niets minder waar. Biologische, psychologische, sociologische en economische aspecten komen in dit boek eveneens aan de orde. Hoewel het al in 1946 gereed was, kon het door de papierschaarste na de oorlog, pas in 1948 verschijnen. Het is lang niet alleen het eerste maar ook hét standaardwerk van de gerontologie in Nederland geweest.

Muntendam en Sleeswijk vonden elkaar. Sleeswijk nam het initiatief voor de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie in 1947. Sleeswijk werd voorzitter en bleef dat tot 1953. Muntendam was de eerste secretaris. Aanvankelijk wilde de vereniging zich niet alleen bezighouden met wetenschappelijk onderzoek. De daadwerkelijke verbetering van de zorg voor ouderen was eveneens doelstelling van de nieuwe vereniging. Toegang tot de vereniging hadden echter alleen academici. Dat heeft de richting van de vereniging sterk bepaald. En hoewel Sleeswijk anders dacht en ouder worden zeker niet alleen wilde medicaliseren, waren de eerste leden toch vooral artsen en werd de NVG door de buitenwacht vooral als een medisch-wetenschappelijke club beschouwd. Vooral Muntendam maakte zich sterk voor het maatschappelijk karakter van de gerontologie [2].

Tot in de jaren 80 bleven gerontologen en geriateren gezamenlijk in de vereniging. Toen richtten de geriateren een eigen vereniging op: de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG), later nogmaals uitgesplitst naar NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinisch Geriateren) en de vereniging voor sociale geriateren (NVSG). Inmiddels zijn er veel verschillende, discipline verenigingen actief, zoals Verenso (specialisten ouderengeneeskunde), de Sectie ouderenspsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Vereniging voor Gerodontology, de Nederlandse Vereniging voor Verouderingsonderzoek, de afdeling Geriatrie en Gerontologie van de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland), de afdeling ouderenspsychiatrie van de NVP en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie [3].

Professionalisering

De NVG heeft zich in al de jaren van haar bestaan bezig gehouden met professionalisering. Eén van haar grootste en meest indringende activiteiten was de oprichting van het Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG) in 1976. In wetenschappelijke kringen was men bezorgd dat de gerontologie als wetenschap zou fragmenteren [4]. De NVG had al eind jaren zestig daarover haar zorgen uitgesproken en zij wilde een instituut inrichten dat alle onderzoek en publicaties op het gebied van de gerontologie zou bundelen. Bovendien zou het instituut ook coördinerend kunnen optreden. Verder moest het instituut een soort make-

laarsrol vervullen tussen wetenschappelijk onderzoek en praktijk. Maatschappelijke vraagstukken die ouderen betroffen zouden richting wetenschappelijk onderzoek gestuurd dienen te worden. De oprichting van dit instituut heeft veel voeten in de aarde gehad maar het heeft uiteindelijk succesvol geopereerd. Een van haar eerste opdrachten was het registreren van wetenschappelijk gerontologisch onderzoek tot dan toe. Op basis van deze registratie zou een nieuw nationaal onderzoeksprogramma kunnen starten. En dat is ook gebeurd. Op basis van de registratie zijn twee onderzoeksprogramma's gestart: SOOM (Stichting Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens) en NESTOR (Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderonderzoek). Het secretariaat van deze programma's werd door het NIG verzorgd. Ook heeft het NIG twee boekenreeksen uitgegeven onder de titels: *Moderne Gerontologie* en *NIG Trendstudies*. Een aantal cahiers over gerontologische thema's zag eveneens het licht. De opbouw van een bibliotheek vormde een belangrijke taak. In totaal zijn 20.000 boeken, studies en onderzoeken verzameld.

Het NIG is als zelfstandig instituut 24 jaar blijven bestaan. Het is in 2000 opgegaan in het Kenniscentrum Ouderen, dat beheerd werd door het Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW) en later door Vilans als één van de rechtsopvolgers van dit instituut. Veel kennis over ouder worden is op de site van Vilans te zien en voor iedereen toegankelijk. De NIG-bibliotheek is bewaard gebleven en de NVG heeft het op zich genomen om de bibliotheek te inventariseren en opnieuw te ontsluiten.

Door het wegvallen van het NIG als 'gezicht' van de gerontologie in Nederland, lijkt het alsof de gerontologie over allerlei disciplines gefragmenteerd is, maar dat beeld is niet helemaal terecht. Er zijn zeker ook onderlinge verbanden tussen de disciplines. De NVG ziet het bijvoorbeeld als haar taak om aan die verbinding bij te dragen. Dat doet zij door eens in de twee jaar een nationaal congres te organiseren, waar aan wetenschappers een platform wordt geboden om elkaar op de hoogte te houden van ontwikkelingen.

Onderzoeksprogramma's

De gerontologie als wetenschap heeft zich via een toenemend aantal disciplines ontwikkeld en stoelt nu in basisdisciplines als psychologie, sociologie, biologie en de medische en gezondheidswetenschappen. Begin jaren vijftig verschijnt er veel medisch wetenschappelijk onderzoek, eind jaren zestig is er een hausse aan sociaalwetenschappelijk onderzoek naar ouderen. Ook de biologische gerontologie kwam tot ontwikkeling, met name in het door de overheid gefinancierde Instituut voor Experimentele Gerontologie (IVEG) in 1970 als onderdeel van TNO. Deze ontwikkeling werd onderbroken door de sluiting van het IVEG, maar heeft in

de jaren 2000 een doorstart gemaakt doordat de biologie weer een toenemend maatschappelijk aanzien genoot. In 2016 is zelfs een nieuwe vereniging van bio- en klinisch gerontologen opgericht om de vele beoefenaren van deze takken van de gerontologie te integreren en een forum voor uitwisseling te verschaffen: de Nederlandse Vereniging voor Verouderingsonderzoek (Engels: *Dutch Society for Research on Ageing*). Sinds de jaren 1990 heeft de gerontologie versterking gekregen vanuit de epidemiologie en het zorgonderzoek. De laatste jaren is er waarschijnlijk sprake van evenwicht tussen de verschillende disciplines van de gerontologie. Onderzoek wordt niet meer geregistreerd, zoals het NIG een aantal jaren heeft gedaan, dus feitelijk is de verhouding niet bekend.

Prioriteitsprogramma Gerontologie

Het eerste nationale programma gerontologie werd uitgevoerd onder sturing van het wetenschappelijk instituut ZWO (Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek). Het programma had de naam '*Prioriteitsprogramma Gerontologie*'. Onder deze titel werden fundamenteel wetenschappelijke onderzoeksprojecten uitgevoerd: dertig biomedische, acht experimenteel psychologische en twee sociaalwetenschappelijke. Dat was het begin van een traditie van nationale wetenschappelijke programma's op het gebied van de gerontologie.

SOOM

Nadat het NIG zijn registratie van onderzoeken in 1976 op de rails had, ging de Stuurgroep Onderzoek Ouder wordende Mens (SOOM) aan het werk. Drie ministeries financierden dit programma: het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, het ministerie van Sociale Zaken en het ministerie van Onderwijs en Wetenschapsbeleid. Kenmerkend voor deze stuurgroep was dat zij niet alleen bestond uit wetenschappers en ambtenaren van de betrokken ministeries, maar dat ook de ouderenorganisaties en maatschappelijke instituten in de stuurgroep vertegenwoordigd waren. De stuurgroep beoordeelde de projecten die aangevraagd werden, niet alleen vanuit wetenschappelijke relevantie, maar ook de maatschappelijke relevantie moest duidelijk aanwezig zijn. Daarom kon het werkveld eveneens projecten indienen. Er was veel mogelijk: SOOM bestreek het hele gerontologische werkveld. Er werden vele studies gefinancierd, dertien biologische, zeventien klinisch-medische en negenendertig sociaalwetenschappelijke, en nog vijftien toegepaste onderzoeken, maar de projecten waren op een enkele na, vrij klein en stonden dikwijls op zichzelf.

NESTOR

De les uit SOOM was dat de sturing van een nationaal programma strakker moest. Haar opvolger ging in 1988 van start en kreeg de naam NESTOR (Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek). Dit programma was gefinancierd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het ministerie van Onderwijs en Wetenschapsbeleid. De hoofdlijnen van dit programma stonden vast. Hoofdthematiek was levensloopontwikkeling en dat was uitgewerkt naar vijf domeinen: levensloop, sociale netwerken, biologische veroudering, chronische aandoeningen en economische aspecten [5]. Het programma had consolidatie van onderzoek als doel en is daarin ook geslaagd. Een aantal onderzoeken die toen zijn gestart lopen nog steeds of de resultaten leveren nog steeds onderzoeksmogelijkheden.

Aan de Vrije Universiteit heeft het sociaalwetenschappelijke survey-onderzoek Leefvormen en Sociale Netwerken van Ouderen longitudinale voortzetting gekregen in de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA). In Leiden vond in het *Centre for Economic Research on Retirement and Aging* het CERRA-onderzoek plaats over de economische aspecten van veroudering. Dit onderzoek heeft na de afsluiting van NESTOR geen vervolg gekregen. Aan de Radboud Universiteit Nijmegen kwam een geriatrisch programma tot ontwikkeling, waardoor het klinisch-geriatrische onderzoek een sterke impuls kreeg die tot op heden vruchten afwerpt. De Rijksuniversiteit Groningen heeft binnen NESTOR de *Groningen Longitudinal Ageing Study* (GLAS) ontwikkeld. Dit programma is weliswaar afgerond maar is in 2010 opgevolgd door het zeer grootschalige programma *Healthy Ageing*, waarin het onderzoek *LifeLines* centraal staat met ruim 150.000 deelnemers van alle leeftijden uit de drie noordelijke provincies. Binnen dit programma staat de sociaalwetenschappelijke bijdrage enigszins op de achtergrond ten gunste van meer biologische en ziektegerelateerde studies. Het NESTOR-programma werd afgerond in 1996.

Succesvol Ouder Worden

NESTOR werd opgevolgd door een nieuw nationaal programma, Succesvol Ouder Worden (SOW). Maar als zo vaak na een succesvol verlopen operatie, kreeg dit programma minder impact. De reden is moeilijk te achterhalen en is complex. Enerzijds werden subsidies gericht op relatief kleinschalige studies, met name interventiestudies, die net als bij SOOM veelal op zichzelf stonden. Anderzijds gingen de ministeries zich minder met onderzoek bemoeien en de aansturing werd ondergebracht bij specifieke instituten. Deze instituten waren nog niet helemaal ingeregeld om onderzoek te initiëren en te stimuleren. Op sommige universiteiten werd voortgeborduurd op de NESTOR-onderzoeken

zoals in Maastricht, Amsterdam en Groningen. Daardoor was wellicht de belangstelling voor nieuwe initiatieven wat geluwd. Zo zullen er wel meer redenen zijn waarom dit onderzoeksprogramma niet zoveel impact heeft gehad als NESTOR. Het SOW-programma werd in 2000 afgesloten.

ERGO

Nadat SOW was afgerond bleef gerontologisch onderzoek aan verschillende universiteiten een belangrijke plaats innemen. Een van de meest grootschalige studies vindt plaats aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (nu: Erasmus Medisch Centrum) in de vorm van een langlopend bevolkingsonderzoek onder 55-plussers in de buitenwijk Ommoord van Rotterdam, het ERGO-onderzoek (Erasmus Rotterdam GezondheidsOnderzoek). Dit longitudinale onderzoek loopt sinds 1990 en heeft in 2000 en 2004 nieuwe, deels jongere, deelnemers betrokken. Het databestand bevat gegevens van ruim 10.000 mannen en vrouwen. Doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de oorzaken van veelvoorkomende chronische ziekten bij ouderen, te weten harten vaatziekten, botontkalking en artrose, dementie en oogziekten zoals maculadegeneratie en glaucoom. Ook dit onderzoek vormt nog jarenlang een bron voor onderzoekers.

MAAS

Aan de Maastricht University werd de *Maastricht Ageing Study* (MAAS) opgezet. Daaropvolgend is de cognitieve gerontologie tot bloei gekomen. Dit longitudinale onderzoek richtte zich op alle volwassen leeftijden met nadruk op ouderen. De dataverzameling van dit onderzoek is inmiddels afgelopen, maar met de bestanden die beschikbaar zijn voor externe onderzoekers kan nog jarenlang onderzoek worden verricht. De Maastrichtse onderzoeksgroep was een van de initiatiefnemers van het Nationaal Initiatief Hersenen en Cognitie (www.hersenencognitie.nl).

LASA

Een tot op de dag van vandaag succesvol vervolg van NESTOR is LASA (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*). Al tijdens de voorbereiding van NESTOR werd met name op het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (het huidige VWS) nagedacht over een multidisciplinair longitudinaal programma. En dat werd LASA. LASA wordt uitgevoerd aan de Vrije Universiteit en het VU Medisch Centrum Amsterdam en wordt nog steeds gefinancierd door het ministerie van VWS. Op zich betekende de toekenning van dit programma aan één universiteit een breuk met de voorgaande nationale programma's. LASA is in 1991 van start gegaan. Het onderzoek wordt uitgevoerd in drie

regio's verspreid over Nederland, en is gebaseerd op steekproeven in 1992, 2002, en 2013 in die regio's. Iedere drie jaar worden de deelnemers thuis geïnterviewd en getest. In 2016 werd de achtste meetcyclus afgerond. De focus van het onderzoek ligt op het fysieke, emotionele, cognitieve en sociale functioneren van mensen op latere leeftijd [5]. De databestanden van LASA zijn beschikbaar voor externe onderzoekers. Zij vormen een rijke bron van informatie voor veel promovendi, evenals voor beleidsmakers (www.lasa-vu.nl).

NPO

Er is al geconstateerd dat na het programma SOW de belangstelling op de ministeries om zich te bemoeien met wetenschappelijk onderzoek was geluwd. Dat had ermee te maken dat het initiëren en stimuleren van onderzoek steeds minder als een taak van ambtenaren werd gezien. Het idee was dat er in Nederland al gespecialiseerde instituten waren zoals NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek) die beter waren berekend op een dergelijke taak dan ambtenaren op de ministeries. Bovendien waren de ambtenaren meer geïnteresseerd in onmiddellijke resultaten dan in langdurig, fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Daardoor ontstond er een kloof tussen de visie van de wetenschappers in de stuurgroepen van de nationale programma's en de ambtenaren. Die laatste moesten echter wel voor de financiering zorgdragen. Na SOW kwam er geen nieuw nationaal multidisciplinair programma meer. De ontwikkeling van een nieuw programma kwam tot stand in een nieuw gevormd instituut, ZonMW (een fusie van ZorgOnderzoek Nederland en NWO-Medische Wetenschappen).

ZonMW had in haar stimuleringsbeleid niet alleen onderzoek in de portefeuille maar had ook een poot 'kwaliteitsverbetering'. Dat betekende dat de focus van het onderzoek verlegd werd van fundamenteel naar toegepast onderzoek. Implementeren van kennis ter verbetering van de zorg in de praktijk. Daar lag de kern. Onderzoek gericht op ouderen had een tijdlang geen hoge prioriteit. Dat veranderde in 2008 met de lancering van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). In het kader van het NPO werd aan de acht universitaire medische centra (UMCs) gevraagd het initiatief te nemen regionale geriatrie netwerken tot stand te brengen. Samen met de professionals en wetenschappers werden voor knelpunten in de ouderenzorg oplossingen bedacht. In de acht UMC-regio's moest nauw worden samengewerkt tussen opleidingsinstituten, beroepsbeoefenaren, kennisinstituten en ouderenorganisaties. In dergelijke netwerken participeren partijen die een rol hebben in de zorg voor en het welzijn van ouderen zoals de huisarts, de apotheek, de verzorg- en verpleeginstellingen, het ziekenhuis, de woningcorporatie, de thuiszorg, de gemeente en de verzekeraar. In dit netwerk zijn ook de ouderen vertegenwoordigd. Zij

kregen een belangrijke stem. De problemen zoals zij die ervaren en hun wensen waren richtinggevend voor de projecten die in de regio opgepakt moesten worden.

Doel van NPO was om de door het beleid beoogde omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg te begeleiden. Dat betekende een geweldige culturomslag, niet alleen voor de professionals in de zorg, maar ook voor de ouderen zelf. Momenteel wordt in het NPO met name gewerkt aan de implementatie van zorgvernieuwingen. De innovaties die uit het NPO gekomen zijn, zijn gebundeld op de website www.beteroud.nl, met als doel te komen tot een verdere verspreiding en implementatie. Het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie bracht tussen 2012 en 2016 vier themanummers over het NPO uit.

Internationalisering

Buiten deelname aan nationale programma's nemen veel Nederlandse wetenschappers deel aan tal van internationale onderzoeksprogramma's, zowel in Europees verband als wereldwijd. Sinds het vijfde kaderprogramma (gestart in 1999) ruimt de EU in toenemende mate plaats in voor onderzoek naar veroudering en ouderen, waarvan Nederlandse onderzoekers en praktijkmensen profiteren. Zo was het thema 'Active and Healthy Ageing' de focus van de *European Innovative Partnership* (gestart in 2012), Ook in het derde gezondheidsprogramma Horizon 2020 (gestart in 2014) speelt ouder worden in verschillende deelprogramma's een belangrijke rol, onder andere in het programma Hasic, gezond ouder worden met steun van internet. Hierdoor worden weer nieuwe, jonge onderzoekers warm gemaakt voor gerontologisch en geriatisch onderzoek. Nederlandse wetenschappers presenteren hun onderzoek tijdens internationale congressen, waaronder in toenemende mate de jaarlijkse congressen van de Gerontological Society of America. Tot slot zijn Nederlandse gerontologen vertegenwoordigd in internationale gerontologische organisaties en netwerken, zoals de *International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG).

Congressen

Er wordt in Nederland wel iedere maand ergens een congres georganiseerd dat gaat over ouderen. Maar als we kijken naar de congressen die een helicopterview geven van de stand van zaken in de gerontologie dan springen het Nationaal Gerontologie Congres, dat om de twee jaar wordt gehouden, en de Geriatriedagen die jaarlijks worden georganiseerd, eruit.

Het Nationaal Gerontologie Congres wordt georganiseerd door de NVG. Tijdens deze congressen wordt het hele spectrum van de gerontologie belicht. De stand van zaken in de wetenschap maar ook de *best practices* worden zoveel mogelijk getoond. Het eerste congres

werd georganiseerd in 1971 en dat was het begin van een traditie die tot op de dag van vandaag heeft standgehouden. In 2017 vindt het 14^{de} congres plaats onder de titel 'Vernieuwing in Veroudering'. Tijdens deze congressen wordt een drietal prijzen uitgereikt voor de beste dissertatie, de beste scriptie en de beste poster.

Jaarlijks organiseert de NVG na haar Algemene Ledenvergadering een themamiddag voor haar leden. Sinds 2016 is bovendien de Knook-lezing ingesteld, genoemd naar wijlen professor Dick Knook, één van de pioniers van de Nederlandse gerontologie. Tweemaal per jaar publiceert de NVG een Nieuwsbrief en zij onderhoudt een informatieve website.

De NVKG organiseert met verschillende andere verenigingen de jaarlijkse Geriatriedagen. Sinds 2008 doen de NVKG en de NVG dat samen met de afdeling Geriatrie & Gerontologie van de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland). In 2010 voegt de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie zich bij de congrescommissie. In 2014 waren deze verenigingen gastheer voor een internationaal gezelschap van wetenschappers tijdens het congres van de *European Union Geriatric Medicine Society* (EUGMS) in Rotterdam met als motto: *Crossing borders*. Dit congres past in een reeks van internationale congressen georganiseerd in Nederland. In 1960 werd in Den Haag en Scheveningen een driedaags internationaal congres georganiseerd, waar Nederlandse en internationale wetenschappers de stand van zaken in de gerontologie belichtten. In 1995 organiseerde de NVG samen met het NIG het 3^{de} European Congress of Gerontology in Amsterdam onder de titel: *Ageing in a changing Europe, choices and limitations*. En in 2025 zal de NVG samen met andere Nederlandse verenigingen organisator zijn van het Wereldcongres Gerontologie van de IAGG.

Gerontologische tijdschriften

De NVG heeft zich bijzonder sterk gemaakt voor de uitgave van een wetenschappelijk tijdschrift over gerontologische onderwerpen. Toch kwam dat er pas in 1970. De kosten voor de uitgave speelden daarin een belangrijke rol. Pas nadat er een subsidie was verkregen kon *Het Nederlandse Tijdschrift voor Gerontologie* van start gaan. Het tijdschrift bestaat sinds 1982 onder de naam *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, afgekort *TGG*. Het is een Nederlandstalig wetenschappelijke tijdschrift op het gebied van verouderings- en ouderonderzoek en heeft een multidisciplinair karakter. Het verschijnt zesmaal per jaar. Naast rapportages van onderzoek staan in het tijdschrift een aantal informerende en opiniërende artikelen over zowel de gerontologie als de geriatrie, alsmede besprekingen van proefschriften en boeken.

Aan de Vrije Universiteit van Amsterdam werd sinds eind jaren tachtig een aantal jaren de opleiding Sociale Gerontologie verzorgd. Vanuit deze opleiding werd in

1999 een tijdschrift opgericht onder de naam *Gerón, Tijdschrift voor ouderen en samenleving*. Het verschaft informatie en opinies over beleid, praktijk en wetenschap. Inmiddels is de opleiding wegens te lage studentenaantallen opgeheven maar het tijdschrift bestaat nog. Het komt viermaal per jaar uit en bevat een keur aan korte artikelen. Iedere uitgave heeft een thema en een viertal vaste domeinen: ‘werk en inkomen’, ‘participatie en ontwikkeling’, ‘gezondheid en zorg’, ‘wonen, mobiliteit en veiligheid’.

Naast deze twee tijdschriften is er ook nog een tweemaandelijks periodiek specifiek voor de psychogeriatric. *Denkbeeld* informeert op inzichtelijke wijze over ervaringen en nieuwe ontwikkelingen in wetenschap, praktijk en beleid.

Leerstoelen

In Nederland had de gerontologie aanvankelijk weinig vaste voet aan de grond binnen de wetenschappelijke wereld.

De NVG heeft er sinds de jaren zestig naar gestreefd om bijzondere hoogleraren te benoemen. Bijzondere hoogleraren kunnen nieuwe wetenschapsvelden binnen de universiteit introduceren.

In 1967 werd de eerste bijzondere NVG-leerstoel ingericht aan de toenmalige Rijksuniversiteit Utrecht. J. Th. R. Schreuder, hoofd van de afdeling Geriatrie van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal in Hilversum werd benoemd. Na Schreuder's pensioen zijn tot 2003 aan de Universiteit Utrecht vanwege de NVG bijzondere leerstoelen bekleed. Ook aan de Rijksuniversiteit Groningen, Maastricht University en de Vrije Universiteit Amsterdam heeft de NVG bijzondere leerstoelen bewerkstelligd. Deze zijn inmiddels alle omgezet in structurele leerstoelen, waardoor het vakgebied gerontologie een vastere voet aan de Nederlandse wetenschappelijke grond heeft gekregen.

Opleidingen

Nederlandse gerontologen hebben zich – onder meer in het kader van de NVG – vanaf het begin van de wetenschappelijke belangstelling ingezet voor professionalisering.

Aan de toenmalige Katholieke Universiteit Nijmegen en aan de Vrije Universiteit Amsterdam werden specifieke gerontologische opleidingen verzorgd. In Nijmegen was de basisdiscipline de psychologie onder leiding van prof. dr. J. Munnichs en later prof. dr. F. Dittmann-Kohli, in Amsterdam was de basisdiscipline de sociologie onder leiding van prof. dr. C. Knipscheer. Maar de periode van een specifiek gerontologische universitaire studie heeft slechts enkele decennia geduurd. In het Nederlandse universitaire onderwijs wordt weliswaar aandacht besteed aan het proces van ouder worden en oud zijn in de Neder-

landse maatschappij, maar dat gebeurt tegenwoordig in cursussen vanuit basisdisciplines zoals onder meer de geneeskunde, de biologie, de psychologie en de sociologie.

Twee Nederlandse hogescholen, Fontys in Eindhoven en Windesheim in Zwolle hebben het initiatief genomen om een bacheloropleiding toegepaste gerontologie in te richten. Deze opleiding duurt 4 jaar en is een volwaardige HBO-opleiding. Sinds een jaar of tien worden aan de hogescholen lectoren benoemd die de wetenschappelijke onderbouwing van de opleidingen voor hun rekening nemen. In 2016 is een masteropleiding *Healthy Aging Professional* van start gegaan aan de Hanzehogeschool in Groningen. Momenteel zijn er meer dan twintig lectoren in het HBO werkzaam die het werken met en voor ouderen in hun leeropdracht hebben staan.

Het aan het LUMC verbonden kennisinstituut *Leiden Academy on Vitality and Ageing* biedt een eenjarige cursus aan managers in zorginstellingen, zorgverzekeringen en bij de overheid: ‘Executive Leergang Veroudering en Gezondheidszorg’. Daarnaast kan iedereen een door dit instituut ontwikkelde MOOC-cursus van zes afleveringen volgen op YouTube [6].

Sinds het leerboek van Sleeswijk is regelmatig nieuw onderwijsmateriaal ontwikkeld. Zo is sinds 2011 de Canon Gerontologie op internet te vinden (www.canongerontologie.nl). De canon kent vijf inhoudelijk hoofdstukken: Lichaam, Individu, Samenleving, Geheugen en Gezondheid. De canon is samengesteld door een groot aantal wetenschappers.

In 2015 kwam het meest recente Leerboek Gerontologie en Geriatrie uit [7]. Dit boek bevat een bij uitstek multidisciplinaire inleiding in alle aspecten van ouder worden.

Kennisinstututen

Naast het wetenschappelijk onderzoek aan de universiteiten kennen we in Nederland nog een aantal kennisinstututen die voornamelijk praktijkgericht onderzoek doen naar ‘veroudering’.

Movisie is een landelijk kennisinstituut en adviesbureau voor het sociaal domein. Binnen Movisie wordt praktijkgericht onderzoek gedaan. (movisie.nl). Movisie beheert de databank: ‘Effectieve sociale interventies’, waaronder ook veel interventies voor ouderen.

Het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) is onderdeel van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en richt het onderzoek vooral op de ontwikkeling en toepassing van bevolkingsprognoses. Een van de onderzoeksthema's is *Ageing en Longevity* (nidi.nl).

Het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) richt zich niet specifiek op ouderen, maar veel van hun onderzoek betreft oude-

ren met thema's als onder andere kwaliteit van leven, medicatie en e-health (nivel.nl).

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) heeft als taak de publieke gezondheid en een schoon en veilig leefmilieu te bevorderen (rivm.nl). Binnen dit instituut wordt veel onderzoek in opdracht gedaan naar gezondheidsrisico's die ouderen lopen. De Doetinchem Cohort Studie is bijvoorbeeld in dit instituut ondergebracht (http://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Doetinchem_Cohort_Studie). Thema's van het RIVM zijn onder andere leefstijl en kwetsbaarheid.

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) is een interdepartementaal wetenschappelijk onderzoeksinstituut (scp.nl). Het SCP kent een speciaal onderzoeksprogramma 'Ouderen'. Iedere twee jaar brengt zij de *Rapportage Ouderen* uit met daarin gegevens over de maatschappelijke positie van ouderen. Daarnaast kent zij nog veel deelrapportages over onder andere 'ouderemishandeling', 'zorgtrajecten van ouderen', 'lesbische, homoseksuele en biseksuele ouderen' en 'kwetsbare ouderen'.

Binnen TNO is het verouderingsonderzoek ondergebracht bij het aandachtsgebied 'Gezond Leven' (tno.nl). Drie thema's vullen dit aandachtsgebied, die overigens niet specifiek ouderen als doelgroep hebben: 'Predictive health technologies', 'Food and nutrition' en 'Prevention, work and health'.

Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar de geestelijke gezondheid, de mentale veerkracht en verslaving en zij zet deze kennis actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland (trimbos.nl). Dit instituut heeft een programma 'ouderen' en beheert het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsy-

chiatie (NKOP) dat zich richt op de uitwisseling van kennis over ouderen met psychische problemen.

Vilans zet zich op de kaart als specialist in het ontwikkelen en helpen toepassen van kennis die de langdurige zorg blijvend verbetert. Zij stelt een groot deel van haar kennis digitaal beschikbaar via haar kennispleinen (vilans.nl/kennisplein). Vilans beheert ook een databank met erkende interventies in de ouderenzorg. In verschillende academische werkplaatsen en verpleeghuisnetwerken wordt gewerkt aan een academisering van ouderenzorg en welzijn.

Conclusie

Ouder worden is een proces dat zich in verschillende dimensies voltrekt en met zowel winst als verlies gepaard gaat met daarin grote individuele verschillen [8]. We zien de mix van winst en verlies ook in de historie van de Nederlandse gerontologie. Dan weer meer aandacht multidisciplinair, dan weer meer vanuit specifieke disciplines. De NVG is in deze maalstroom steeds staande gebleven. Ook het aan haar initiatief ontsproten tijdschrift *TGG* bestaat nog steeds en is op weg naar haar 50-jarig bestaan. Oude programma's gaan, maar nieuwe komen. Hoogleraren met hun promovendi, lectoren met hun kenniskringen en de kennisinstutten leveren een constante stroom van publicaties over aspecten van de gerontologie. In *TGG*, *Denkbeeld* en *Gerôn* hebben zij een spreekbuis naar het Nederlandse publiek, maar er wordt ook gepubliceerd in internationale tijdschriften. Buiten kijf staat de grote variëteit die er vandaag de dag na 70 jaar bestaat in de Nederlandse gerontologie.

Literatuur

1. Bijsterveld K. Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland 1945–1982. Amsterdam: Van Gennip; 1996.
2. Pauw A. Oud, maar wijs genoeg? De Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 1947–1987. Gent: Lochem; 1987.
3. Robben PBM. Kwartet Voor Ouderen, Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2002.
4. Driest P. De ouden leggen ons een standaard op. Etten-Leur: NVG; 1997. Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 1947–1997.
5. Wijnen R. 65 Jaar en niet afgeschreven: Kroniek van de Nederlandse gerontologie. Etten-Leur: NVG-Knows; 2013.
6. Leyden Academy on Vitality and Ageing. Leyden Academy on Vitality and Ageing - Homepage. 2017. www.leydenacademy.nl. Geraadpleegd op: 5 september 2017.
7. Visser M, Deeg DJH, Asselt DZB van, Sande R van der. Inleiding in de gerontologie en geriatrie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
8. Baltes PB. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Dev Psychol.* 1987;23:611–26.

14^e NATIONAAL GERONTOLOGIECONGRES VERNIEUWING IN VEROUDERING

van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie – Kennisnetwerk Ouder Worden en Samenleving

Symposia

Eerste ronde symposia

S1

Delen is het nieuwe vermenigvuldigen: de meerwaarde van datahergebruik in ouderonderzoek

Voorzitters:

S. F. Metzeltin¹, R. J. F. Melis² mede namens de TOPICS-MDS projectgroep

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Mede door de vergrijzing staat de langdurige zorg in Nederland sterk onder druk. In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) (<http://www.beteroud.nl>) zijn tussen 2008 en 2016 in Nederland meer dan 75 onderzoeks- en implementatieprojecten uitgevoerd met als doel de kwaliteit van de zorg voor ouderen te verbeteren door een samenhangend zorgaanbod te ontwikkelen dat beter afgestemd is op de individuele behoeften van ouderen. Om het effect van de initiatieven in kaart te brengen is een vragenlijst ontwikkeld: de TOPICS-MDS (<http://www.topics-mds.eu>). De vragenlijst bestaat uit gevalideerde onderzoeksvragen over de lichamelijke en geestelijke gezondheid, kwaliteit van leven en zorggebruik van ouderen en mantelzorgers. De verzamelde data zijn centraal bijeengebracht in een landelijke database met (deels) longitudinale gegevens van meer dan 44.000 ouderen en 9000 mantelzorgers. Deze database staat open voor hergebruik. Op dit moment werken 30 onderzoekers met deze database. Na een korte toelichting op de TOPICS-MDS database volgen vier speedpresentaties van data hergebruikers. Ze laten zien welke uiteenlopende relevante wetenschappelijke en maatschappelijke vraagstukken met behulp van de TOPICS-MDS database beantwoord kunnen worden en hoe data delen een bijdrage levert aan kennisvermeerdering over veroudering en ouderen zorg. Na de speedpresentaties volgt een presentatie met praktische handvatten voor het delen van data. Deze inzichten zijn op een procesevaluatie gebaseerd die in het kader van het NPO heeft plaatsgevonden. Tot slot, volgt een discussie

<https://doi.org/10.1007/s12439-017-0227-3>

Published online: 22 September 2017

met de zaal over de mogelijkheden en knelpunten met betrekking tot data delen.

S1.1

De zorgbelasting van partner-mantelzorgers over tijd

J. C. Swinkels¹, T. van Tilburg¹, A. de Boer²,
M. Broese van Groenou¹

¹VU University Medical Center, Amsterdam, Nederland

²SCP, Den Haag, Nederland

Achtergrond Partner-mantelzorgers leveren veelal langdurig intensieve zorg en ervaren een hoge zorgbelasting. Uit voorgaande studies weten we dat vrouwen meer overbelasting ervaren met mantelzorg voor hun partner dan mannen. Minder bekend is hoe de ervaren zorgbelasting zich ontwikkelt over de tijd, of die toe/afname verschilt voor mannen en vrouwen, en in hoeverre die toe/afname te relateren is aan determinanten van zorgbelasting.

Methode Met behulp van de TOPICS-MDS data zijn de veranderingen in zorgbelasting van partner-mantelzorgers over een periode van 12 maanden geanalyseerd. Multilevel regressie analyses, met metingen genest in respondenten en tijd als interactie variabele zijn toegepast.

Resultaten Uit voorlopige resultaten bleek dat voor zowel vrouwen ($N=463$) als mannen ($N=293$) de ervaren zorgbelasting over de tijd toenam (van 41 naar 48 voor vrouwen en van 38 naar 40 voor mannen, op een schaal van 1 tot 100), terwijl het aantal uren verleende zorg in diezelfde periode minder werd. Voor vrouwen nam de overbelasting over de tijd sterker toe dan voor mannen. Voor zowel mannelijke als vrouwelijke mantelzorgers leidde een slechter lichamenlijk functioneren van de partner, meer uren zorgverlening en het ervaren van meer problemen in het combineren van de zorgtaken met andere activiteiten, tot hogere zorgbelasting. Daarnaast leidde voldoening met de zorgtaken tot een lagere zorgbelasting voor mannen, maar niet voor vrouwen. *Conclusies* Deze studie liet zien dat voor zowel mannelijke als vrouwelijke partner- mantelzorgers de zorgbelasting toenam over de tijd, terwijl de objectieve man-

telzorgduur niet toenam. Dit roept de vraag op hoe partner- mantelzorgers nog beter ontlast kunnen worden in de loop van het zorgtraject.

S1.2

Effectiviteit en kosteneffectiviteit van proactieve, multidisciplinaire, geïntegreerde zorg voor ouderen met complexe problemen in de eerste lijn: een meta-analyse met individuele participant data

J. W. Blom¹, W. B. van den Hout¹, W. P. J. den Elzen¹, Y. M. Drewes¹, N. Bleijenberg², I. N. Fabbricotti³, A. P. D. Jansen⁴, G. I. J. M. Kempen⁵, R. Koopmans⁶, W. M. Looman³, R. J. F. Melis⁶, S. F. Metzger⁵, E. P. Moll van Charante⁷, M. E. Muntinga⁴, M. E. Numans¹, F. G. H. Ruijter⁶, S. L. W. Spoorenberg⁸, T. Stijnen¹, J. J. Suijker⁶, N. J. de Wit², K. Wynia⁸, A. W. Wind¹, J. Gussekloo¹. On behalf of the TOPICS-MDS research consortium.

¹Leiden University Medical Center, Leiden, Nederland

²University Medical Center Utrecht, Utrecht, Nederland

³Erasmus University, Rotterdam, Nederland

⁴VU University Medical Center, Amsterdam, Nederland

⁵Maastricht University, Maastricht, Nederland

⁶Radboudumc, Nijmegen, Nederland

⁷Academic Medical Center, Amsterdam, Nederland

⁸University Medical Center Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn in Nederland acht vergelijkbare eerstelijnsinterventies voor ouderen met complexe problemen ontwikkeld en onderzocht. Ofschoon de interventies veelbelovend leken te zijn, hebben de studies weinig tot geen effecten laten zien. Echter was het op basis van de individuele studies onduidelijk of de interventies in bepaalde subgroepen patiënten en onder bepaalde omstandigheden wel effectief zouden zijn.

Methode Met behulp van de TOPICS-MDS data is een individual participant data (IPD) meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van acht proactieve, multidisciplinaire, geïntegreerde interventies voor ouderen met complexe problemen in de eerste lijn. De primaire uitkomstmaat was dagelijks functioneren na 1 jaar (Katz-15). Secundaire uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, psychisch welbevinden, sociaal welbevinden, quality-adjusted life-years, zorggebruik en kosteneffectiviteit. Er zijn diverse subgroep analyses uitgevoerd met betrekking tot een variatie aan patiënt- en interventiekenmerken.

Resultaten In totaal, zijn 8678 patiënten geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van 80,5 jaar, waarvan 63% vrouw was. Er waren geen significante verschillen tussen de gepoolde interventie- en controlegroep behalve voor kosten, maar deze waren in het nadeel van de gepoolde interventiegroep (€ 936 per person, 95% CI: € 295

– € 1577). De kans op kosteneffectiviteit was minder dan 5%. Er waren geen significante subgroep effecten. *Conclusies* De onderzochte eerstelijnsinterventies voor ouderen met complexe problemen bleken na 1 jaar niet (kosten-) effectief te zijn.

S1.3

Dé kwetsbare oudere bestaat niet – profielen van kwetsbaarheid met latente klasse analyse

W. M. Looman¹, I. N. Fabbricotti¹, J. W. Blom², A. P. D. Jansen³, J. E. Lutomski⁴, S. F. Metzger⁵, R. Huijsman¹ & TOPICS-MDS consortium

¹Erasmus Universiteit, Rotterdam, Nederland

²Leiden University Medical Center, Leiden, Nederland

³VU Medical Center, Amsterdam, Nederland

⁴University College York, York, Verenigd Koninkrijk

⁵Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond Professionals, onderzoekers en beleidsmakers zijn het eens over de complexiteit en negatieve gevolgen van kwetsbaarheid. Zij hebben echter nog geen consensus bereikt over de conceptualisering van kwetsbaarheid, waardoor veel heterogeniteit bestaat tussen kwetsbare ouderen. Het doel van dit onderzoek is om profielen van kwetsbaarheid te onderscheiden op basis van fysieke, mentale, sociale en cognitieve dimensies van kwetsbaarheid.

Methode Dit onderzoek was een secundaire data-analyse van TOPICS-MDS data waarvoor ouderen van 60 jaar en ouder zijn geselecteerd ($n = 43.704$). De volgende variabelen zijn meegenomen: ervaren gezondheid, cognitief functioneren, sociaal functioneren, mentale gezondheid, multimorbiditeit en functionele beperkingen. Met latente klasse analyse werden de ouderen ingedeeld in profielen van kwetsbaarheid die vervolgens besproken zijn in een focusgroep met ouderen.

Resultaten Op basis van de TOPICS-MDS data zijn zes profielen van kwetsbare ouderen onderscheiden. Er zijn profielen gebaseerd op enkele dimensies zoals fysiek en mentaal kwetsbaren, maar er zijn ook hybride vormen. Het effect van sociaal-demografische variabelen, zoals geslacht en leeftijd, op de zes profielen is beperkt.

Conclusies Ons onderzoek biedt een empirische basis voor zinvolle profilering van kwetsbare ouderen. Dé kwetsbare oudere bestaat niet. Kwetsbaarheid dient geconceptualiseerd te worden op basis van (de combinatie) van dimensies in plaats van de mate van kwetsbaarheid. Implicatie van dit onderzoek is dat de zorg voor kwetsbare ouderen afgestemd dient te worden op de profielen van kwetsbaarheid. Daarnaast zou bij evaluatieonderzoek naar zorginterventies de heterogeniteit van kwetsbare ouderen meer onderkend kunnen worden.

S1.4**Ouderen meer risico op kwetsbaarheid na bezoek aan de huisartsenpost**

A. Bloemhoff¹, B. M. Smulders²,
H. A. M. van den Berg¹, N. Koopman³, R. Akkermans⁴,
Y. Schoon⁴, S. A. A. Berben¹

¹Acute Zorgregio Oost, Nijmegen, Nederland

²Huisartsenpost Gelderse Vallei, Ede, Nederland

³Zorgbelang Gelderland, Arnhem, Nederland

⁴Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Achtergrond Ouderen gaan vaak naar de huisartsenpost (HAP): jaarlijks zo'n 178 per 1000 inwoners. De acute zorg van de HAP is vooral gericht op een lichamelijke beoordeling en behandeling van de klacht. De mate van kwetsbaarheid van de oudere, op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak, is zeer beperkt tot niet in beeld. Kwetsbare ouderen kunnen daardoor minder adequaat behandeld of verwezen worden naar de spoedeisende hulp, en continuïteit richting eigen huisarts of wijkteam ontbreekt.

Methode Een exploratief, beschrijvend design op basis van secundaire analyse van de TOPICS-MDS database. Er zijn 32.149 ouderen (≥65 jaar) geïncludeerd, die niet in een verpleeghuis woonden, uit 39 studies in de periode 2009–2014. De ouderen met en zonder contact met de HAP (consult of visite) in de afgelopen 12 maanden zijn vergeleken op zorggebruik en kwetsbaarheid. Voor correctie voor clustereffecten is gebruik gemaakt van multilevelanalyse.

Resultaten Ouderen met HAPcontact hadden significant vaker een ziekenhuisopname gehad (OR = 2,9, 95% betrouwbaarheidsinterval 2,7–3,1) en thuiszorg (OR = 1,6, 95% betrouwbaarheidsinterval 1,5–1,7). Gecorrigeerd voor ziekenhuisopname, sekse, leeftijd en sociaaleconomische status waren ouderen met HAPcontact significant vaker kwetsbaar dan ouderen zonder HAPcontact (OR = 1,7, 95% betrouwbaarheidsinterval 1,6–1,8). Die significant grotere kwetsbaarheid bestond op alle subdomen: meer morbiditeit, psychische ongezondheid, beperkt in dagelijks en sociaal functioneren en slechtere ervaren gezondheid en kwaliteit van leven.

Conclusies Ouderen die HAPcontact hadden waren vaker kwetsbaar op lichamelijk, functioneel, psychisch én sociaal vlak. Bij ouderen die contact met de HAP hebben is alertheid wenselijk met betrekking tot hun kwetsbaarheid en passende behandeling.

S1.5**Zorg voor Delen- een proces evaluatie naar het data delen binnen TOPICS-MDS**

F. H. Leeuwis¹, J. Beuken², M. Muntinga³, J. M. Cramm⁴, J. T. van der Steen³

¹Radboudumc, Nijmegen, Nederland

²Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

³VUMC, Amsterdam, Nederland

⁴Erasmus Universiteit, Rotterdam, Nederland

Achtergrond Hergebruik van onderzoeksgegevens wordt steeds meer aanbevolen en gestimuleerd. In de praktijk zien we echter dat data delen nog geen standaard is. Daarnaast geven onderzoekers aan faciliteiten en praktische handvatten te missen voor het delen van data. Met als doel dergelijke handvatten te kunnen formuleren is het proces van data delen binnen TOPICS-MDS geëvalueerd.

Methode Betrokkenen bij het aanleveren, beheren en hergebruiken van de data ($N=21$) werden geïnterviewd. De interviews werden uitgeschreven, gecodeerd en geanalyseerd. Uit de analyses zijn adviezen over data delen gegenereerd en deze adviezen zijn getoetst in een groep experts en ervaringsdeskundigen op het gebied van data delen ($N=25$).

Resultaten Goede faciliteiten zijn essentieel voor optimaal data delen. Onduidelijkheid over o.a. doel van hergebruik, controleprocessen en verwachtingen is een belangrijke barrière voor goed data delen. De voordelen van data delen worden onderschreven door onderzoekers. Dit draagvlak voor data delen resulteert soms, maar niet altijd, in de motivatie om zelf als onderzoeker deel te nemen aan het proces van data delen. Tenslotte blijkt dat het openstellen van een database niet tot massaal hergebruik leidt. De resultaten zijn omgezet in een 'checklist data delen' die online beschikbaar is.

Conclusies Onderzoekers zijn voor het principe van data delen. Echter, goede facilitering en wegnemen van praktische bezwaren is nodig om dit principe in de praktijk te brengen. De checklist data delen brengt in kaart waar onderzoekers rekening mee moeten houden als zij data willen gaan delen.

S2**D-SCOPE: Detectie van multidimensionale kwetsbaarheid en sterktes bij thuiswonende ouderen**

Voorzitter:

G. A. R. Zijlstra

Maastricht University, Maastricht, Nederland

Met het stijgen van de leeftijd, neemt ook het risico op kwetsbaarheid toe. Waar kwetsbaarheid eerder vooral vanuit fysiek perspectief werd bekeken, beschouwt een toenemend aantal onderzoekers kwetsbaarheid als een

multidimensionaal concept, waarbij zowel cognitieve, omgevings-, fysieke, sociale als psychische aspecten een rol spelen. Het D-SCOPE project, dat wordt uitgevoerd door een consortium van de Universiteit Antwerpen, Vrije Universiteit Brussel, Hogeschool Gent, Katholieke Universiteit Leuven en Maastricht University, richt zich op de detectie van multidimensionale kwetsbaarheid én op het detecteren van sterktes die ouderen mogelijk nog hebben, en die als ‘balancerende factor’ kunnen dienen tegen deze multidimensionale kwetsbaarheid.

In dit symposium worden bevindingen uit drie deelprojecten binnen D-SCOPE gepresenteerd. De eerste presentatie geeft inzicht in de link tussen het relatief nieuwe concept cognitieve kwetsbaarheid en depressieve symptomen. In de tweede presentatie zullen factoren die psychische kwetsbaarheid beïnvloeden worden toegelicht. De derde en laatste presentatie richt zich op sterktes die kwetsbare ouderen nog kunnen hebben, en welke van belang zijn om vanuit een positieve invalshoek te interveniëren. Deelnemers aan deze sessie krijgen inzicht in aspecten die van belang zijn bij de detectie van kwetsbaarheid, alsook in de complexiteit van kwetsbaarheid met daarbij ook oog voor sterktes.

S2.1

Depressieve symptomen en cognitieve kwetsbaarheid: twee kanten van eenzelfde medaille?

E. E. De Roeck¹, Peter Paul De Deyn², Eva Dierckx¹, Sebastiaan Engelborghs², D-SCOPE consortium

¹Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

²UZ Antwerpen, Antwerpen, België

Achtergrond Zowel cognitieve kwetsbaarheid als depressie worden in de literatuur beschreven als risicofactoren voor het ontwikkelen van een dementie. Daarbij worden cognitieve klachten (= cognitieve kwetsbaarheid) vaak aangezien als een symptoom van depressie. Dit doet ons afvragen of toegenomen depressieve symptomen bij oudere volwassenen steeds samengaat met cognitieve klachten. We stellen ons daarbij voor deze studie ook de vraag hoe mensen met depressieve symptomen zonder en met cognitieve kwetsbaarheid van elkaar verschillen op vlak van cognitie en kwetsbaarheidsprofiel.

Methode Voor deze studie werd de „Comprehensive Frailty Assessment Instrument Plus“ (CFAI-Plus), de „Montreal Cognitive Assessment“ (MoCA) en de „Geriatrische Depressie Schaal“ (GDS) afgenomen bij 404 thuiswonende 60 plussers. Op basis van de score op de CFAI-Plus cognitief domein (grenscore 10,9/25) en GDS (grenscore 11/30) werden vier groepen gevormd: (1) gecombineerde groep (cognitief kwetsbaar en depressieve symptomen), (2) depressieve symptomen groep, (3) cognitief kwetsbare groep en (4) beide laag groep.

Resultaten 63%, 14%, 13% en 10% van de deelnemers behoort respectievelijk tot de beide laag, cognitief

kwetsbare, depressieve symptomen en gecombineerde groep. De cognitief kwetsbare groep heeft de hoogste gemiddelde leeftijd en laagste MoCA scores. De depressieve groep heeft de hoogste scores op sociale en omgevingskwetsbaarheid. De gecombineerde groep heeft de hoogste scores op fysieke en psychische kwetsbaarheid. *Conclusie* Depressieve symptomen gaan niet altijd gepaard met cognitieve kwetsbaarheid. We zien qua cognitief profiel geen verschil tussen de depressieve symptomen en cognitief kwetsbare groep. Een combinatie van cognitieve kwetsbaarheid en depressieve symptomen geeft echter wel een verhoogd risico op totale, fysieke en psychische kwetsbaarheid.

S2.2

Psychische kwetsbaarheid bij ouderen: ‘hoop doet leven!’

L. Hoeyberghs¹, N. De Witte²

¹Hogeschool Gent, Gent, België

²Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Achtergrond Binnen onderzoek naar kwetsbaarheid is tot nu toe weinig aandacht geschonken aan de innerlijke gevoelswereld en in het bijzonder psychische kwetsbaarheid van thuiswonende ouderen. In deze studie wordt onderzocht of er een verband bestaat tussen psychische kwetsbaarheid, levenstevredenheid, gevoelens van verveling en hopeloosheid.

Methode Er werd gebruik gemaakt van data van de Belgian Ageing Studies, waarin meer dan 80.000 thuiswonende ouderen uit ruim 180 gemeenten in Vlaanderen bevestigd zijn aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst en methode. Kwetsbaarheid wordt gemeten met het Comprehensive Frailty Assessment Instrument. Met de recentelijk toegevoegde ‘Geriatrische Depressie Schaal’ (GDS) wordt onder andere gepeild naar levenstevredenheid, gevoelens van verveling en gevoelens van hopeloosheid. Psychische kwetsbaarheid werd ingedeeld in drie klassen: laag, midden en hoog psychisch kwetsbaar. Vervolgens werden bivariate analyses en ‘Chi-squared Automatic Interaction Detector’ (CHAID)-analyses uitgevoerd.

Resultaten 28,7% hoog psychisch kwetsbaren is ontevreden over het leven, 45,3% kampt vaak met gevoelens van verveling en 49% heeft gevoelens van hopeloosheid. CHAID-analyses met als afhankelijke variabele hoge psychische kwetsbaarheid (9%) toonden de twee belangrijkste voorspellers aan. Indien de vraag inzake gevoelens van hopeloosheid positief beantwoord werd, steeg het aantal hoog psychisch kwetsbaren tot 37%. Wanneer daarna ook nog de vraag over levenstevredenheid negatief beantwoord werd, steeg dit percentage tot 68,4%.

Conclusie De CHAID-analyse toont aan dat met twee vragen van de GDS, te weten hopeloosheid en levenstevredenheid, 68,4% van de hoog psychisch kwetsba-

re ouderen gedetecteerd kunnen worden. Deze bevinding is zeer bruikbaar in het kader van het grootschalig pre-screenen van psychische kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen.

S2.3

Welke sterktes hebben kwetsbare ouderen met een hoge kwaliteit van leven, vergeleken met kwetsbare ouderen met een lage kwaliteit van leven?

A. van der Vorst¹, G. A. R. Zijlstra¹, N. De Witte², J. M. G. A. Schols¹, G. I. J. M. Kempen¹, D-SCOPE consortium

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Achtergrond In het onderzoek naar kwetsbaarheid wordt veelal gefocust op tekorten en het risico op negatieve uitkomsten zoals ziekenhuisopname, institutionalisering en beperkingen. Echter, er zijn ook kwetsbare ouderen die positieve uitkomsten rapporteren, zoals een hoge kwaliteit van leven. Om preventief op meer positieve wijze te kunnen interveniëren, is het van belang om te onderzoeken welke sterktes bijdragen aan een hoge kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen.

Methode In een cross-sectioneel, mixed-methods onderzoek zijn kwetsbare ouderen met een hoge ($n=16$) en lage kwaliteit van leven ($n=18$) geïnterviewd. Kwetsbaarheid is gemeten met het Comprehensive Frailty Assessment Instrument, met de domeinen fysieke, omgevings-, psychische en sociale kwetsbaarheid. Tevens zijn kwaliteit van leven, zingeving en regie gemeten. In een kwalitatief interview was aandacht voor de betekenis van kwaliteit van leven en het behouden ervan ondanks eventuele kwetsbaarheid.

Resultaten Kwetsbare ouderen met een hoge kwaliteit van leven waren ouder (gemiddeld 83,0 tegenover 78,1, $p < .05$), ervaren in mindere mate psychische kwetsbaarheid ($p < .001$) en rapporteerden een hogere zingeving op een schaal van 0–10 (gemiddeld 8,4 tegenover 6,9, $p < .05$) vergeleken met de ouderen met een lage kwaliteit van leven. De kwalitatieve data liet daarnaast zien dat ouderen met een hoge kwaliteit van leven zich beter konden aanpassen, meer dingen in het vooruitzicht hadden, meer activiteiten ondernamen, en meer tevreden waren met hun sociale netwerk.

Conclusie Deze exploratieve studie laat zien dat sterktes als coping en het ondernemen van activiteiten mogelijk bijdragen aan het behoud van kwaliteit van leven op oudere leeftijd ondanks kwetsbaarheid.

S3

Transitie naar cliënt- en mantelzorg-aange-stuurde geriatrische revalidatiezorg

Voorzitter:

T. J. E. M. Bakker

Stichting Wetenschap Balans, Rotterdam, Nederland

Jaarlijks ondergaan 45.000 ouderen een behandeling binnen geriatrische revalidatiezorg (GRZ). In GRZ gaat het om een combinatie van revalidatiezorg en ouderengeneeskunde en moet rekening gehouden worden met een individueel variërende complexiteit van herstel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mate van veerkracht, multimorbiditeit, multi-functie problematiek, social supportstelsel en leefcontext. Tijdens revalidatie bereiden cliënten zich voor op terugkeer naar huis, op het meest optimale functieniveau. Hiervoor is het belangrijk dat wensen en behoeften van cliënten centraal staan bij het stellen van revalidatiedoelen. Het eerste onderzoek in dit symposium heeft verkend in hoeverre sprake is van dergelijke Shared Decision Making binnen huidige GRZ. Het tweede onderzoek heeft met een longitudinale studie gekeken naar de effecten van een innovatief, flexibel aanbod van GRZ dat op maat is gesneden voor de cliënt door de cliënt centraal te stellen. Het derde onderzoek speelt in op het gebrek aan een benchmark binnen GRZ, door onderzoek naar het effect van het toepassen van een basisset meetinstrumenten om het functioneren in kaart te brengen. Al deze ontwikkelingen dragen bij aan een beoogde kantel in GRZ, waarbij wij ons richten op de cliënt journey en een transitie in inhoudelijke ontwikkeling van GRZ primair vanuit cliënt- en mantelzorgersperspectief. Waar hebben cliënten en mantelzorgers op welk moment in de revalidatie zelf behoefte aan? Hoe kunnen professionals en organisaties dit leidend maken in het geriatrisch revalidatieproces? De ambitie van de betrokkenen in dit symposium is deze vragen samen met cliënten en mantelzorgers te beantwoorden en de lessen te implementeren in een vernieuwde GRZ.

S3.1

Gedeelde besluitvorming binnen geriatrische revalidatiezorg: ervaringen van cliënten, mantelzorgers en medewerkers

C. Ziylan¹, A. J. B. M. de Vos², A. van Dam¹,

T. J. E. M. Bakker²

¹Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, Nederland

²Stichting Wetenschap Balans, Rotterdam, Nederland

Achtergrond Opname in het ziekenhuis en daarna op een revalidatieafdeling heeft voor ouderen vaak een grote impact – afhankelijk van conditie en functionaliteit voor de één meer dan de ander. Daarom moeten binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) de wensen en behoeften van cliënten centraal staan bij het stellen van

revalidatiedoelen. De vraag is in hoeverre sprake is van dergelijke Shared Decision Making (SDM) binnen GRZ. **Methode** Eerst zijn 85 verkennende enquêtes afgenomen bij cliënten, mantelzorgers, medewerkers en teamleiders op de geriatrische revalidatie afdelingen van drie verpleeghuizen. Vervolgens zijn in dezelfde doelgroep 22 verdiepende interviews afgenomen. De kwantitatieve en kwalitatieve analyse van deze data leidde tot inzicht in de ervaringen met SDM binnen GRZ.

Resultaten Cliënten missen een persoonlijke benadering en vinden dat de communicatie met hen beter kan. Ze ervaren weinig inbreng in hun revalidatieproces en bij het opstellen van hersteldoelen. Ze vinden ook dat te weinig rekening wordt gehouden met de impact van het ziekteproces en andere belangrijke gebeurtenissen in hun leven. Medewerkers en teamleiders gaven aan hier wel rekening mee te houden. Daarnaast is er onvoldoende voorbereiding van cliënten en mantelzorgers op de terugkeer naar huis.

Conclusies Medewerkers en teamleiders zouden zich meer bewust moeten worden van de onvervulde behoeftes van cliënten en mantelzorgers. Ze zouden het revalidatieproces moeten aanpassen aan de diversiteit van de behoeftes van cliënten en mantelzorgers, door met name de cliënten centraal te stellen. (Bij)scholing van GRZ-medewerkers rondom GRZ-clieënten en hun aandoeeningen en de daaraan gekoppelde competenties kan bijdragen aan een beter revalidatieproces.

S3.2

Geleerde lessen uit de “proeftuinen geriatrische revalidatie”

M. S. Holstege¹, M.A.A. Caljouw², R. van Balen², W.P. Achterberg²

¹Evean, Purmerend, Nederland

²Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

Achtergrond Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is organisatorisch een complex proces dat lijdt onder de versnippering van de zorg als gevolg van vele verschillende betrokken medisch-specialisten, professionals en instellingen. Het nationale programma ‘Proeftuinen GRZ’ is geïnitieerd om de kwaliteit van geriatrische revalidatie te verbeteren door middel van (door-)ontwikkeling van ketenstructuur, behandel- en zorgprocessen in de GRZ. **Methode** De SINGER studie is een prospectieve longitudinale studie uitgevoerd tijdens de implementatie van de “proeftuinen GRZ”. 16 verpleeghuizen en 1075 cliënten zijn geïnccludeerd in de studie. Voor de procesevaluatie hebben professionals, cliënten en mantelzorgers, gedurende drie opeenvolgende cohorten, vier kwaliteits-domeinen geëvalueerd (afstemming met cliënt-behoeften, zorgcoördinatie, teamsamenwerking en zorgkwaliteit). De effectevaluatie beschrijft de uitkomst succesvol revalideren 1 jaar na de start van de “proeftuinen” in ver-

gelijking met het cohort bij start van de “proeftuinen”. Succesvolle GRZ werd gedefinieerd als onafhankelijkheid in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en ontslag naar huis na een korte opnameduur in het verpleeghuis.

Resultaten Tijdens de proeftuinen GRZ werden kleine positieve proceseffecten gevonden in teamsamenwerking. Minder verbeteringen werden gevonden op: afstemming met cliënt-behoeften, zorgcoördinatie en de zorgkwaliteit. Eén jaar na de uitvoering van de proeftuinen, was er 12% meer zelfstandigheid in ADL bij ontslag. De mate van succesvolle revalidatie was alleen significant verbeterd bij cliënten met een heupfractuur.

Conclusies De inspanningen van de proeftuinen GRZ hebben een positieve beweging voortgebracht in het verbeteren van de kwaliteit van GRZ. De resultaten geven handvatten voor de verdere doorontwikkeling van GRZ.

S3.3

Transparantie in de geriatrische revalidatie

R. van Balen, M. A. A. Caljouw, W. P. Achterberg
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

Achtergrond Geriatrische revalidatie in Nederland ontwikkelt zich snel. Per jaar worden ongeveer 45.000 kwetsbare ouderen, merendeels direct aansluitend aan een ziekenhuisopname, opgenomen voor gemiddeld 45 dagen, waarna bijna 80% naar huis wordt ontslagen. Het is echter onduidelijk of deze cliënten ook daadwerkelijk in functioneren vooruitgaan. Er is geen overeenstemming in het gebruik van meetinstrumenten om het functioneren in kaart te brengen. Daardoor is benchmark tussen instellingen, bepalen van best practices en wetenschappelijk onderzoek naar voorspellende en beïnvloedende factoren niet goed mogelijk.

Methode Negen instellingen, die deelnemen aan het Universitair Netwerk voor de Care Zuid Holland (UNC-ZH), implementeren het gebruik van een basisset meetinstrumenten om het functioneren van de cliënt in kaart te brengen bij opname en ontslag. Het betreft de Canadian Occupational Performance Measure, de Utrechtse Schaal voor Evaluatie Revalidatie, de premorbide Barthel Index, de Neuro Psychiatric Inventory, de Functional Comorbidity Index en de EuroQol 5D-5 L. De metingen worden gebruikt om multidisciplinair, samen met de cliënt, de revalidatiedoelen te formuleren en te evalueren. Het gebruik wordt ondersteund door het gebruik van een ICT-applicatie gekoppeld aan het elektronische cliëntendossier. Vervolgens worden de meetgegevens geëxporteerd naar een gezamenlijk bestand.

Resultaten In 2017 wordt de implementatie van de meetinstrumenten en de koppeling van de ICT applicatie aan de diverse elektronische cliëntendossiers gerealiseerd.

Conclusies Met het gebruik van een basisset meetinstrumenten, eerst binnen het UNC-ZH maar later mogelijk ook buiten dit netwerk, wordt samen met de cliënt een reuzenstap gezet in de ontwikkeling van de geriatrische revalidatie en het inzichtelijk maken van de resultaten.

S4

Kunst en zorg met ouderen: Een studie naar culturele interventies, langdurige zorg en positieve gezondheid

Voorzitter:

C. van Campen

Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Kunstenaars zijn steeds meer actief in de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Er is in toenemende mate erkenning voor de waarde van hun bijdrage aan de gezondheid en het welbevinden van kwetsbare mensen. Er ontbreekt echter een overzicht van de activiteiten en effecten van deze 'culturele interventies'. De kennis hierover uit onderzoek, beleid en de praktijk is onvolledig en versnipperd.

In het onderzoek Kunst en Zorg brachten we die kennis in kaart. Op verzoek van de ministeries van OCW en VWS heeft ZonMw opdracht gegeven voor deze studie waarvan de resultaten in september gepubliceerd zullen worden. In de eerste presentatie zal een beeld gegeven worden van de internationaal beschikbare wetenschappelijke kennis over effecten van culturele interventies op de positieve gezondheid van ouderen die langdurig zorg ontvangen. In de tweede presentatie staat een analyse centraal van de huidige praktijk van kunstprojecten in de zorg en het beleid daaromtrent. In de derde presentatie zullen het proces en de uitkomsten van de stakeholdersparticipatie besproken worden in het licht van het programma Lang Leve Kunst. Tot slot zullen we met de deelnemers aan de sessie in discussie gaan over de betekenis van deze resultaten voor de praktijk en kansrijke onderzoeks- en ontwikkelrichtingen voor kunstprojecten in de langdurige zorg.

S4.1

Effecten van kunst op positieve gezondheid van zorgbehoevende ouderen: Resultaten van het systematisch literatuur review

F. Bakker, C. Smits, B. van Meerveld

Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond De kennis over effecten van kunst op gezondheid en welzijn lijkt spaarzaam en versnipperd. Wat is bekend over de effecten van cultuurinterventies op positieve gezondheid van zorgbehoevende ouderen? Doel van het systematisch literatuurreview was het in kaart brengen van beschikbaar nationaal en internatio-

naal onderzoek naar de effecten van cultuurinterventies in de langdurige zorg op positieve gezondheid.

Methode Systematisch en integratief literatuuronderzoek van publicaties in internationale databases zoals PubMed, CINAHL, PsychInfo, ERIC, Web of Science, Google Scholar en de landelijke grijze literatuur zoals LKCA en HBO Kennisbank aan de hand van uit het conceptueel raamwerk afgeleide inclusie en exclusiecriteria.

Resultaten Het review laat zien dat het onderzoek naar kunstinterventies in de zorg zich relatief vaak richt op ouderen met dementie en mensen met psychische of neurologische klachten en veel minder op personen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen. De aspecten mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en sociaal maatschappelijk participeren van het concept positieve gezondheid zijn het meest onderzocht; de aspecten zingeving, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren veel minder. Veel onderzoek is kwalitatief van aard, over een relatief korte interventieperiode en met kleine aantallen deelnemers. We vonden weinig experimentele studies met controlegroepen.

Conclusies Op basis van de 'kaart' van effectonderzoeken worden in de internationale ontwikkelingen aanduidingen gegeven van kansrijke onderzoeksrichtingen op het gebied van kunst en zorg.

S4.2

Het beleid en de praktijk van kunst in de zorg in kaart: Resultaten van de mapping study

S. van Grinsven, N. de Groot, J.W van de Maat,

D. Zwier

Movisie, Utrecht, Nederland

Achtergrond Er lijkt een toename in kunstprojecten in de zorg voor ouderen en andere langdurige zorgontvangers in Nederland. Het programma Lang Leve Kunst is daar een voorbeeld van. Het beleid en de praktijk lijkt versnipperd en er is weinig zicht op wat er gebeurt rondom kunst in de zorg in Nederland. Doel is dit door middel van een mapping study van de huidige praktijk en het beleid met betrekking tot culturele interventies in de zorg in Nederland systematisch in kaart te brengen.

Methode In de mapping study is een mixed methods approach van kwalitatieve benaderingen gevolgd bestaande uit desk research naar beleidsdocumenten, telefonische interviews met sleutelfiguren en focusgroepgesprekken met beleidsmakers, professionals en patiënten. *Resultaten* De uitkomsten tonen ten aanzien van beleid dat initiatiefnemers meestal culturele instellingen zijn en de aanbieders meestal zorginstellingen. Projecten worden vaak gefinancierd door particuliere cultuur- en ouderenfondsen en minder vaak door gemeentes of provincies. In de praktijk zijn projecten vrijwel altijd incidenteel, zelden structureel. De meeste projecten zijn te vinden in de ouderenzorg en vooral in de dementiezorg.

Succesvolle samenwerkingen tussen de cultuur- en zorg-professionals ontstaan vaak op de werkvloer en mede op initiatief van gedreven cultuurmanagers in zorginstellingen.

Conclusies Op basis van de aangetroffen stand van zaken beschrijven we waar de belangrijkste kansen liggen voor het aanbieden van culturele interventies en wat daarbij in het beleid en de praktijk de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren zijn.

S4.3

Draagvlak voor kunst in de zorg: Resultaten van de stakeholdersparticipatie en het programma Lang Leve Kunst

W. Rosenboom, K. Laarakker, H. d'Ancona
Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst/LKCA, Utrecht, Nederland

Achtergrond Stakeholdersparticipatie is een vorm van raadpleging van de belangrijke partijen in het werkveld. Naast wetenschappelijke evidentie en praktische implementatie nam stakeholdersparticipatie gedurende het hele onderzoeksproces een belangrijke plaats in het onderzoek. Daarbij werd voortgebouwd op de kennis en ervaring van het programma Lang Leve Kunst. Doel was het peilen en vaststellen van de wensen en behoeften van zowel de cultuur- als de zorgsector.

Methode Vanaf het eerste ontwerp van de studie, gedurende het onderzoek tot vlak voor de afronding van de rapportage, zijn op gezette momenten stakeholders uit de praktijk van de zorg, uit de praktijk van kunst en cultuur, vanuit kennisorganisaties, opleidingen en universiteiten en vanuit lokaal en landelijke beleid bij elkaar gekomen om de opzet, de voortgang en de uitkomsten van het onderzoek te bespreken, te valideren en te valoriseren.

Resultaten Het samenwerkingsprogramma Lang Leve Kunst publiceerde eind 2016 de opbrengsten van dit programma, waarin naast private en publieke fondsen en LKCA ook de ministeries van OCW en VWS participeerden. Uit de stakeholdersbijeenkomsten blijkt dat er meer draagvlak is in de kunst en cultuursector dan in de zorgsector voor kunstprojecten in de zorg. In een aantal gemeenten zijn samenwerkingsverbanden tussen gemeente, zorgaanbieders en cultuuraanbieders, die als voorbeeld kunnen dienen.

Conclusies Door stakeholders uit de verschillende sectoren vanaf het begin van het onderzoek erbij te betrekken kan een koers en visie ontwikkeld worden met draagvlak in de kunstsector en in de zorgsector. De resultaten van het gehele onderzoek zullen vertaald worden in aanbevelingen voor een kennisagenda voor onderzoek, beleid en praktijk.

S5

Het gebruik van een groene omgeving bij de zorg voor ouderen met dementie

Voorzitter:
H. Verbeek
Maastricht University, Maastricht, Nederland

Onderzoek toont aan dat de fysieke omgeving, in het bijzonder de inzet van groen en natuur, invloed kan hebben op het welzijn van mensen met dementie. Er zijn diverse innovatieve voorbeelden binnen de langdurige zorg waarin gebruik gemaakt wordt van een groene omgeving, zoals zorgboerderijen voor mensen met dementie of reguliere zorginstellingen die groene elementen toepassen in hun instelling om de natuurbeleving te stimuleren. Deze initiatieven beogen fysieke activiteit, bewegingsvrijheid en autonomie te stimuleren. In dit symposium worden de resultaten van vier studies gepresenteerd gericht op het gebruik van een groene omgeving bij de zorg voor mensen met dementie. De eerste presentatie gaat over de ervaringen van mantelzorgers van bewoners van zorgboerderijen die 24-uurs verpleeghuiszorg bieden in vergelijking met andere vormen van verpleeghuiszorg. Onderwerpen die aan bod komen zijn ervaringen met kwaliteit van zorg en waarom mensen kiezen voor een type woonvorm. De tweede spreker zal resultaten presenteren over groene initiatieven voor dagbesteding in de stad; een relatief nieuwe vorm van dagbesteding voor mensen met dementie. In de presentatie wordt inzicht gegeven in de kenmerken van deze initiatieven en wat de waarde hiervan kan zijn voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De derde presentatie zal ingaan op welke elementen van zorgboerderijen kunnen worden toegepast in reguliere zorginstellingen, en wat hierbij faciliterende en belemmerende factoren zijn. De laatste presentatie behandelt persoonsgerichte natuurinterventies voor mensen met dementie, waarbij 8 centrale thema's van natuurbeleving geïdentificeerd zijn als belangrijk voor kwaliteit van leven.

S5.1

Wonen op de zorgboerderij, ervaringen van mantelzorgers met een innovatieve vorm van verpleeghuiszorg

B. de Boer, J. P. H. Hamers, S. M. G. Zwakhalen,
H. Verbeek
Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond Er is binnen de verpleeghuiszorg steeds meer aandacht voor kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. De focus ligt op aspecten zoals persoonsgerichte zorg, autonomie en een betekenisvolle dag voor bewoners. De zorgboerderij die 24-uurs verpleeghuiszorg biedt, is een innovatieve vorm van verpleeghuis-

zorg. Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de ervaringen van mantelzorgers met zorgboerderijen en deze te vergelijken met ervaringen met traditionele afdelingen en andere vormen van kleinschalig wonen. *Methode* Semi-gestructureerde interviews met 43 mantelzorgers, met als onderwerp: redenen voor de keuze van een bepaald type verpleeghuis, positieve en negatieve ervaringen met het verpleeghuis. Transcripten werden thematisch geanalyseerd door middel van een iteratief proces van open, axiaal en selectief coderen.

Resultaten Persoonsgerichte zorg, participeren in dagelijkse activiteiten sfeer en de fysieke omgeving speelden een belangrijke rol bij het kiezen voor een zorgboerderij en andere vormen van kleinschalig wonen. Vaak ontweken mantelzorgers bewust verpleeghuizen met een klinische, ziekenhuisachtige sfeer. Bij traditionele verpleeghuizen werden minder weloverwogen keuzes gemaakt, waarbij vaak sprake was van crisissituaties waarin snelle actie vereist was. Alle mantelzorgers hadden zowel positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot communicatie en individuele personeelsleden.

Conclusies Persoonsgerichtheid, een huiselijke sfeer, participeren in activiteiten, communicatie en betrokkenheid van personeel waren volgens mantelzorgers belangrijk voor mensen met dementie in alle typen verpleeghuizen. Volgens mantelzorgers waren zorgboerderijen beter in staat om bewoners een activerende omgeving te bieden waarin persoonsgerichte zorg geleverd werd. Naast de verschillen tussen de typen verpleeghuizen waren ervaringen ook vaak gerelateerd aan persoonlijke eigenschappen van individuele personeelsleden.

55.2

Groene initiatieven voor dagbesteding in de stad: wat is hier tot nu toe over bekend?

S. R. de Bruin¹, J Hassink², Y Buist¹, L Vaandrager²

¹Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, Nederland

²Wageningen University and Research, Wageningen, Nederland

Achtergrond Groene stedelijke initiatieven voor dagbesteding zijn een relatief nieuwe vorm van dagbesteding voor thuiswonende mensen met dementie (MMD) waar zij kunnen deelnemen aan diverse buitenactiviteiten, waaronder tuinieren en diervverzorging. Er is nog weinig bekend over groene initiatieven voor dagbesteding. Het doel van ons onderzoek was daarom om inzicht te verkrijgen in hun kenmerken en betekenis voor MMD en hun mantelzorgers.

Methode Via een oproep op verschillende websites nodigden we initiatiefnemers van groene dagbesteding uit om een online vragenlijst in te vullen over o.a. de betrokken partijen bij het opzetten en aanbieden van hun initiatief, cliëntengroep, aangeboden activiteiten en betekenis voor MMD en hun mantelzorgers.

Resultaten Zevenentwintig initiatiefnemers vulden de vragenlijst in. We kunnen vier typen initiatieven onderscheiden: tuinen van zorginstellingen die openstaan voor thuiswonende MMD ($n=9$), buurttuinen ($n=4$), stadsboerderijen ($n=2$) en gemengde initiatieven ($n=12$), veelal welzijnsorganisaties die naast reguliere dagbestedingsactiviteiten ook groene activiteiten aanbieden. De meeste initiatieven hadden een gemengde cliëntengroep (bijv. MMD, mensen met psychiatrische problematiek, jeugdzorgcliënten) en werden soms ook bezocht door mensen uit de buurt zonder zorgvraag. Volgens de respondenten kan groene dagbesteding positief bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van MMD, o.a. door het stimuleren van beweging, deelname aan betekenisvolle activiteiten, ontspanning, gevoel van waardigheid en sociale interacties.

Conclusies Groene dagbesteding lijkt een waardevolle toevoeging op het huidige aanbod van dagbesteding te zijn. Een vervolgstap is het interviewen van MMD en hun mantelzorgers omdat juist hun ervaringen aanknopingspunten zullen bieden om de dementiezorg in Nederland verder te verbeteren.

55.3

Innovatie in de dementiezorg: toepassing van elementen van zorgboerderijen in reguliere zorginstellingen

Yvette Buist¹, Hilde Verbeek², Bram de Boer², Simone de Bruin¹

¹Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, Nederland

²Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond Verschillende studies laten zien dat mensen met dementie op zorgboerderijen fysiek actiever zijn, meer sociale interacties hebben, betrokken zijn bij een grotere verscheidenheid aan activiteiten en vaker buiten komen dan mensen met dementie in reguliere zorginstellingen. Het is onbekend of elementen van zorgboerderijen, die hier vermoedelijk aan bijdragen, ook kunnen worden toegepast in reguliere zorginstellingen. Het doel van deze studie was daarom a) nagaan welke elementen van zorgboerderijen geïmplementeerd kunnen worden in reguliere zorginstellingen en b) in kaart brengen van mogelijke belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie.

Methode Semi-gestructureerde interviews werden uitgevoerd met professionals ($N=23$) van zorgboerderijen, kleinschalige zelfstandige initiatieven en reguliere zorginstellingen voor mensen met dementie. Interviewtranscripten werden thematisch geanalyseerd.

Resultaten Diverse elementen van zorgboerderijen (bijv. huiselijkheid, aanbieden van betekenisvolle activiteiten, toegang tot verschillende binnen- en buitenruimtes) worden al toegepast in reguliere zorginstellingen. De manier waarop en de mate waarin reguliere zorgin-

stellingen deze elementen echter toepassen verschillen van zorgboerderijen. Belemmerende en bevorderende factoren bij het implementeren van elementen van zorgboerderijen hangen samen met de fysieke omgeving van de zorginstelling (o.a. de mate van verstedelijking), eigenschappen en competenties van zorgverleners (o.a. inlevingsvermogen en flexibiliteit), kenmerken en competenties van managers (o.a. leiderschap en visie) en wet- en regelgeving (o.a. de wijze waarop wordt omgegaan met veiligheids- en risicoprotocolen).

Conclusies Verschillende elementen van zorgboerderijen kunnen worden toegepast in reguliere zorginstellingen. Voor verdere innovatie in de dementiezorg is het echter van belang dat niet alleen de fysieke omgeving maar ook de sociale en organisatorische context het proces van vernieuwing ondersteunen.

S5.4

Nature4DEM: persoonsgerichte natuurinterventies voor mensen met dementie

D. Gerritsen¹, I. Hendriks², D. van Vliet¹, R.M. Dröes²

¹Radboud University Medical Centre, Nijmegen, Nederland

²VU University Medical Center, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Hoewel er al belangrijke inzichten zijn over de mogelijke impact van natuur op het welbevinden van mensen met dementie, is nog weinig bekend over hoe die inzichten kunnen worden vertaald naar activiteiten die bijdragen aan het welbevinden. Doel van dit project was het ontwikkelen en testen van een methodiek om persoonsgerichte natuuractiviteiten te ontwerpen voor mensen met dementie.

Methoden Een kwalitatieve descriptieve studie met focus groepen met mensen met dementie is uitgevoerd om inzicht te krijgen in relevante natuurbelevingsthema's en voorkeursactiviteiten. Op basis van deze resultaten en de literatuur is een persoonsgerichte methodiek ontwikkeld, die exploratief getoetst is in een pilotstudie waarbij acceptatie van en ervaring met de natuurinterventie bij 13 mensen met dementie is onderzocht. Ook de tevredenheid van zorgprofessionals en de organisatorische uitvoerbaarheid werden onderzocht.

Resultaten Uit de focus groepen werden 8 centrale thema's van natuurbeleving geïdentificeerd als belangrijk voor kwaliteit van leven (bijv. ontspanning, vrijheid), evenals 6 categorieën van voorkeursactiviteiten (bijv. actief, passief, sociaal). Op basis van deze thema's en categorieën werd een methodiek ontwikkeld om natuuractiviteiten persoonsgericht vorm te geven aansluitend bij individuele wensen, behoeften en ervaringen van mensen met dementie. Tijdens de interventie toonden deelnemers van de pilot studie veel positief gedrag en weinig 'negatief' gedrag. Er werden 8 organisatorische elemen-

ten geïdentificeerd die een succesvolle implementatie van natuuractiviteiten bevorderen.

Conclusie Deze exploratieve studie draagt bij aan kennis over ontwikkeling en implementatie van persoonsgerichte natuuractiviteiten voor mensen met dementie. De implementatie kan worden verbeterd door zorgprofessionals te trainen in persoonsgerichte zorg in de brede zin.

Tweede ronde workshop en symposia

W1

Intimiteit en seksualiteit in verpleeghuizen: het hoort erbij!

N. Sant¹, K. de Blécourt²

¹Waardigheid en trots, Vilans, Utrecht, Nederland

²Rutgers, Utrecht, Nederland

In deze workshop staan intimiteit en seksualiteit centraal. Basisbehoefes, die bijdragen aan ervaren kwaliteit van leven. De overheid ziet dit onderwerp als een van de graadmeters om het leven en wonen in het verpleeghuis net als thuis te laten zijn. Wil jij intimiteit en seksualiteit binnen je organisatie handen en voeten geven en bespreekbaar maken? Kom dan naar onze workshop, waar we je aan de hand van de werkbox die binnen het programma Waardigheid en trots ontwikkeld wordt, op weg helpen. De werkbox bevat o.a. tips hoe het gesprek aan te gaan, hoe de dilemma's binnen een team te adresseren en een scala aan casussen. Naast praktijkervaringen maken we ook gebruik van het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

S6

Strategieën voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij ouderen

Voorzitters:

E. Doets, A. Haveman

Wageningen University & Research, Wageningen, Nederland

Een gezond voedingspatroon en voldoende beweging op latere leeftijd helpt het risico op sarcopenie, osteoporose, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en bepaalde kankersoorten te verlagen en draagt op die manier bij aan een betere gezondheid en kwaliteit van leven. Met toenemende leeftijd neemt de energiebehoefte af, terwijl de behoefte aan nutriënten gelijk blijft of zelfs toeneemt (vitamine D, eiwit). Dit heeft gevolgen voor de samenstelling van een gezond voedingspatroon. Vaak gaat ouder worden gepaard met een afname in voedingsinname door fysiologische en niet-fysiologische redenen. Als een oudere er niet in slaagt om voldoende voeding tot zich te nemen kan dit op den duur leiden tot ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding wat samenhangt

met een langzamer herstel, meer en ernstigere complicaties en een verminderde spiermassa. Overconsumptie komt ook veel voor onder ouderen, zo'n 60% heeft overgewicht of obesitas. Gegeven dat het aantal ouderen in onze samenleving toeneemt is het van groot belang om effectieve strategieën te ontwikkelen een adequate voedingsinname en voldoende lichaamsbeweging ondersteunen. Een aantal strategieën worden in dit symposium toegelicht, waaronder voedingsadvies op maat, regelmatig monitoren van voedings- en beweeggedrag en een leefstijlinterventie.

S6.1

Gunstig effecten van gepersonaliseerd leefstijl advies op gezondheid van actieve Nederlandse senioren – een pilot studie

E. Doets¹, I. de Hoogh², N. Holthuysen¹, S. Wopereis², M. Verain³, A. Boorsma², E. Bouwman³, K. Hogenelst², J. van de Puttelaar³, M. Timmer¹, W. Pasman², M. van Erk², M.I. Reinders³

¹Wageningen University & Research, Wageningen, Nederland

²TNO, Zeist, Nederland

³Wageningen Economic Research, Den Haag, Nederland

Achtergrond Gezond voedingsgedrag en voldoende lichaamsbeweging dragen bij aan gezond ouder worden. Een strategie voor het bevorderen van een gezonde leefstijl is gepersonaliseerd advies. Personaliseren van leefstijladviezen kan op basis van individuele gewoontes, gezondheidssituatie en persoonskenmerken. Het doel van dit onderzoek is om te evalueren of gepersonaliseerde leefstijladviezen effectiever zijn dan algemene adviezen voor het bevorderen van gezond leefstijlgedrag en gezondheid in een doelgroep actieve senioren.

Methode Het onderzoek betrof een enkel-blind, gerandomiseerde en gecontroleerde interventiestudie met een duur van 9 weken. Deelnemers waren 59 senioren (22 mannen en 37 vrouwen) van 60 jaar en ouder met een BMI van 20–30 kg/m². De interventiegroep ($n=30$) kreeg in totaal 3 keer gepersonaliseerd leefstijladvies (PA) dat was afgestemd op individuele voedingsinname, gezondheidsparameters en genotype. De controle groep ($n=29$) ontving een folder met algemene adviezen (AA) van het Voedingcentrum. Zelf gerapporteerde voedingsinname en opvolging van de adviezen werd elke drie weken gemonitord. Metabole gezondheid, antropometrie, fysiek functioneren en subjectieve gezondheid werden voor en na de interventieperiode gemeten. *Resultaten* Tijdens de interventieperiode verbeterde fysiek functioneren (SPPB) zowel de PA ($\Delta=0.73$, $SD=1.17$, $p<0.05$) als de AA groep ($\Delta=0.48$, $SD=0.99$, $P<0.10$). In de PA groep namen vetpercentage ($\Delta=-1.08$, $SD=3.18$) en heupomtrek ($\Delta=-1.08$, $SD=4.36$) sterker

af dan in de AA groep ($p<0.05$). Er waren geen verschillen tussen de groepen in subjectieve gezondheid.

Conclusies Leefstijladvies heeft een positief effect op de gezondheid van actieve senioren. Personalisatie van leefstijladvies in deze doelgroep geeft extra gezondheidsvoordelen ten opzichte van algemene adviezen en informatie.

S6.2

Telemonitoring om voedingsstatus en beweging bij thuiswonende ouderen te verbeteren: een proces- en effectevaluatie

M. N. van Doorn-van Atten¹, A. Haveman-Nies², J. H. M. de Vries¹, C. P. G. M. de Groot¹

¹Wageningen University & Research, Wageningen, Nederland

²GGD Noord- en Oost-Gelderland, Warnsveld, Nederland

Achtergrond Een optimale voedingsstatus en voldoende beweging zijn essentieel voor gezond ouder worden. In Nederland wordt geschat dat 11 tot 35 procent van de thuiswonende ouderen ondervoed is. Vroegtijdig signaleren van ondervoeding is belangrijk en vanwege de toenemende zorgvraag gaat de interesse uit naar nieuwe technologieën die gezond ouder worden ondersteunen. Het doel van deze studie is het evalueren van een telemonitoringsinterventie voor het signaleren van ondervoeding en stimuleren van beweging bij thuiswonende ouderen.

Methode In 2016 en 2017 is er een quasi-experimentele studie uitgevoerd met 217 Nederlandse, thuiswonende ouderen (65+). De interventie duurde zes maanden en bestond uit telemonitoring van voedingsstatus, lichaamsgewicht, eetlust, kwaliteit van het eetpatroon en lichamelijke beweging; feedback via een televisiekanaal en – wanneer nodig – advies door een verpleegkundige of diëtist. De controlegroep ontving de gebruikelijke zorg. Uitkomstmaten waren voedingsstatus, kwaliteit van het eetpatroon (mate waarin men voldoet aan de Nederlandse Richtlijnen Goede Voeding, gescoord op een schaal van 0–90), kwaliteit van leven, functionele status, fysiek functioneren, gedragsdeterminanten en procesindicatoren.

Results Voorlopige analyses laten significant positieve effecten zien op voedingsstatus ($\beta=0.11$, standard error (SE)=0.06, $p=0.05$) en kwaliteit van het eetpatroon ($\beta=3.92$, $SE=1.63$, $p=0.02$). Deelnemers waren tevreden over de interventie (tevredenheidsscore van 3.9 op een schaal van 0–5). Meer inzichten in de resultaten zullen volgen.

Conclusie Deze studie zal de effectiviteit en acceptatie laten zien van een telemonitoringsinterventie voor het signaleren van ondervoeding en stimuleren van beweging bij thuiswonende ouderen, waarmee deze studie bijdraagt aan de kennis hoe technologie kan worden ingezet voor gezond ouder worden.

S6.3

Effectiviteit van een interventieprogramma met eiwitrijke voeding en krachttraining in een praktijkomgeving: Een multi-center gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek – Voorlopige resultaten

N. Wezenbeek, E. van Dongen, L. O'Callaghan,
E. Doets, A. Haveman, L. de Groot
Wageningen University & Research, Wageningen,
Nederland

Achtergrond Gecombineerde interventies bestaande uit krachttraining en verhoogde eiwitname hebben in klinische studies veelbelovende resultaten laten zien voor spiergezondheid van kwetsbare ouderen. Het project „ProMuscle in de Praktijk „omvat een multi-center, gerandomiseerd en gecontroleerd interventieonderzoek naar de effectiviteit van zo'n gecombineerde interventie in een praktijkomgeving in 5 gemeentes in Gelderland. *Methoden* In de gemeente Apeldoorn waren 11 deelnemers in de interventiegroep. Zij ontvingen een intensief programma van 12 weken bestaande uit progressieve krachttraining onder begeleiding van een fysiotherapeut (2 keer per week) en individueel voedingsadvies van een diëtist. Dit advies is gericht op het verhogen van de eiwitname naar minimaal 25 gram per hoofdmaaltijd. Deelnemers in de controle groep ($n=13$) kregen geen interventie. De uitkomstmaten spierkracht (1-RM en MicroFET) en lichaamssamenstelling werden aan het begin, na 12 weken en na 24 weken gemeten.

Resultaten Er was geen significante verbetering in spierkracht gemeten met de „leg press“. Kracht gemeten met de „leg extension“ nam in de interventiegroep toe met 14.7% ($p=0.000$). Dit was significant meer dan kracht in de controle groep (10.6 kg, $p=0.000$). Verandering in spiermassa van de interventiegroep (0.9 kg, $p=0.033$) verschilde niet significant van de controle groep. Deelnemers waren zeer tevreden over het gehele interventieprogramma, het beweegprogramma en het voedingsprogramma (scores op een schaal van 1–10 respectievelijk 8.4, 7.9 en 7.6).

Conclusie De resultaten suggereren positieve effecten van de interventie voor spierkracht en spiermassa. Niet alle resultaten waren significant, maar dit kan zeer waarschijnlijk worden verklaard door de kleine steekproef.

S6.4

Wie ligt er tegenwoordig nog in het ziekenhuis?

B. Strookappe, E. de Dronkers, E. de Janse, S. Mosterd
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede, Nederland

Achtergrond Je loopt stage, je zit in een vergadering en je ligt in het ziekenhuis. Ons taalgebruik verraadt al dat er in een ziekenhuis vooral wordt gelegen. Deze inactiviteit geeft een verhoogd risico op ziekenhuiscomplicaties

en is de oorzaak van achteruitgang van fysieke fitheid met voor de oudere patiënt consequenties voor zelfredzaamheid.

In ziekenhuis Gelderse Vallei is een project gestart om het activiteitsniveau van de patiënt te verbeteren. De eerste stap is het continue monitoren van het activiteitsniveau van de patiënt gedurende de opname op de afdeling Ouderengeneeskunde.

Methode Bij 43 patiënten (leeftijd 82.7 ± 6.5 en opname-duur 9.9 ± 4.1 dag) is het activiteitsniveau gemeten m.b.v. een accelerometer. Tevens is de associatie onderzocht met de volgende variabelen: ISAR, 2MWT, MUST, EMS, ligduur, infuusgebruik, kathetergebruik, medicatie, loophulpmiddel en valangst.

Resultaten De mediaan van het energieverbruik per dag was 78 (IQR 70) kcal. Er was een significante associatie met de EMS ($r=0.48$; $p<0.01$), 2 MWT ($r=0.64$; $p<0.01$) en ISAR ($r=0.47$; $p<0.01$). Er was geen significante relatie met de MUST. Patiënten zonder katheter (mediaan 71; IQR 70) bewegen significant meer dan patiënten met katheter (mediaan 54; IQR 51) ($p<0.01$). Er is geen significante relatie met infuusgebruik. Valangst, gebruik van loophulpmiddelen en ligduur waren niet significant geassocieerd. Patiënten met neuroleptica (mediaan 43; IQR 54) bewegen minder dan patiënten zonder (mediaan 86; IQR 64 kcal) ($p<0.01$).

Conclusies Het activiteitsniveau van deze patiëntengroep is laag. De significant gerelateerde variabelen bij opname kunnen worden gebruikt voor een risicoanalyse. De metingen tijdens opname verklaren een gedeelte van de variatie in het activiteitsniveau en kunnen gebruikt worden voor het opstellen en implementeren van beweeginterventies.

S7

Het opsporen van thuiswonende kwetsbare ouderen

Voorzitters:

L. P.M. op het Veld, E. van Rossum
Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

Kwetsbare ouderen lopen meer risico's op negatieve gezondheidsuitkomsten. Het opsporen van deze ouderen is dus belangrijk. Echter, doordat onderzoekers en zorgprofessionals verschillende definities van kwetsbaarheid hanteren, bestaat er een grote verscheidenheid aan meetinstrumenten. In dit symposium wordt ingegaan op verschillende manieren om kwetsbare ouderen op te sporen.

In de eerste presentatie wordt de validiteit onderzocht van tien verschillende methoden om kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk te identificeren. In de tweede presentatie wordt ingezoomd op één methode om thuiswonende kwetsbare ouderen op te sporen: de criteria van Fried. Deze criteria worden wereldwijd veel gebruikt, maar bevatten twee fysieke metingen die vaak lastig uitvoerbaar zijn in de dagelijkse praktijk of groot-

schalig onderzoek. De presentatie gaat in op de vraag of deze fysieke metingen vervangen kunnen worden door zelfrapportage vragen.

In het merendeel van de onderzoeken naar kwetsbare ouderen staan de ouderen zelf centraal. Er is echter weinig bekend over de waarde van een proxy beoordeling. Het oordeel van een proxy kan bijvoorbeeld nuttig zijn wanneer een oudere zelf niet in staat is de mate van kwetsbaarheid in te schatten. De laatste presentatie gaat in op het vergelijken van zelfrapportage en 'handzame' proxy beoordelingen door de huisarts en mantelzorger bij ouderen met multidimensionale kwetsbaarheid.

S7.1

Diagnostische waarde van 10 methoden om kwetsbare oudere personen te identificeren in de huisartspraktijk

H. P. J. van Hout, E. O. Hoogendijk

VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Het is niet bekend welke methode het meest valide is voor vroegtijdige identificatie van kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Doel was om de validiteit betrouwbaarheid te bepalen van verschillende methoden om kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk te identificeren.

Methode De scores op 10 index instrumenten werden vergeleken met 2 referentiestandaarden voor kwetsbaarheid bij 102 oudere personen uit een huisartsenpraktijk in Amsterdam. De diagnostische waarde werd geschat met Area Under the Curve (AUC).

De Indexen: (1) inschatting van de huisarts, (2) eigen inschatting met rapportcijfer, (3) loopsnelheid, (4) Rockwoods's frailty indicator, (5) PRISMA-7 screener, (6) Groninger Frailty Indicator, (7) Aantal medicijnen, (8) de Edmonton Frail Scale (EFS), (9) Identificatie Senioren Primary Care (ISAR PC), (10) TRAZAG. Referentiestandaarden waren (1) Fried's frailty criteria >2. (2) Multidisciplinair expertpanel consensus oordeel.

Resultaten De prevalentie van kwetsbaarheid varieerde tussen de methoden van 11.6% (Fried) en 22.8% (consensus) tot 52.9% (ISAR-PC). The diagnostische waarden varieerden goed (AUC = .86 loopsnelheid, en PRISMA7 = .85) tot matig (AUC = .66 ISAR-PC en GFI = .71) tot ten opzichte van Fried's criteria. PRISMA-7 presteerde goed op beide referentiestandaarden. Het huisarts oordeel bleek het beste sterfte en langdurige opname te voorspellen. De door de methoden geïdentificeerde personen verschilden sterk op selectie van 80+ers (50%-78%), afhankelijkheid (61-95%), somberheid 10-47%) en gebruik van thuiszorg (48-100%).

Conclusie De validiteit van huidige methoden om kwetsbare personen te identificeren loopt sterk uiteen en leidt tot de selectie van een heterogene groep personen. Deze studie kan de keuze voor een valide methode om kwetsbare personen te identificeren onderbouwen.

S7.2

Kunnen de fysieke metingen van Fried's kwetsbaarheidscriteria vervangen worden door zelfrapportage vragen?

L. P. M. Op het Veld¹, H. C. W. de Vet², E. van Rossum¹, G. I. J. M. Kempen³, S. M. J. van Kuijk⁴, A. J. H. M. Beurskens¹

¹Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

²VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

³Maastricht University, Maastricht, Nederland

⁴Maastricht UMC+, Maastricht, Nederland

Achtergrond De vijf criteria van Fried worden wereldwijd het meest gebruikt om kwetsbare ouderen op te sporen. Drie criteria zijn zelfrapportage vragen. Voor de andere twee criteria – verminderde loopsnelheid en handknijpkracht – zijn fysieke metingen nodig, maar die zijn niet altijd makkelijk uitvoerbaar in de praktijk en in onderzoek. Daarom is onderzocht of deze fysieke testen vervangen kunnen worden door zelfrapportage vragen.

Methode Op basis van literatuuronderzoek en interviews met ouderen en experts zijn 11 vragen over loopsnelheid en 10 vragen over handknijpkracht geselecteerd. Vervolgens zijn zowel deze vragen als de oorspronkelijke Fried criteria (incl. fysieke metingen) afgenomen bij een groep van 135 thuiswonende ouderen (65+) in verschillende stadia van kwetsbaarheid.

Resultaten Uit regressieanalyses blijkt een set van vier vragen optimaal te zijn voor loopsnelheid en twee vragen voor handknijpkracht. Afkapwaardes van 3 voor loopsnelheid (range 0-5) en 1 voor handknijpkracht (range 0-3) lijken het meest optimaal. Dit resulteert in een sensitiviteit van 69,2%, 86,1% specificiteit en 79,4% agreement voor loopsnelheid. Voor handknijpkracht zijn deze waardes respectievelijk 73,2%, 71,3% en 71,9%. Een vergelijking van de classificatie in stadia van kwetsbaarheid tussen de oorspronkelijke Fried metingen en de metingen op basis van alleen zelfrapportage vragen resulteert in een agreement van 71,1% (kappa = 0,55).

Conclusie Twee korte sets vragen lijken bruikbaar om de fysieke metingen van Fried's criteria te vervangen. Deze vragen zijn eenvoudig te beantwoorden en af te nemen en vereisen geen speciaal getrainde professional of apparatuur. Dit maakt ze geschikt voor gebruik in de dagelijkse praktijk en grootschalig (vragenlijst)onderzoek.

57.3

Het meten van multidimensionale kwetsbaarheid: zelfrapportage versus proxy beoordelingen door de huisarts en mantelzorger

A. van der Vorst¹, G. A. R. Zijlstra¹, N. De Witte²,
G. I. J. M. Kempen¹, J. M. G. A. Schols¹, D-SCOPE
consortium

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Achtergrond Het kan nuttig zijn dat een naaste de mate van kwetsbaarheid van een oudere inschat, bijvoorbeeld wanneer de oudere hiertoe zelf niet in staat is. Ondanks het vele onderzoek naar het meten van kwetsbaarheid, is nog veel onduidelijk over de waarde van proxy beoordelingen. Zo heeft eerder onderzoek niet gefocust op verschillende kwetsbaarheidsdomeinen, of is voorbij gegaan aan het perspectief van de oudere. Het doel van dit onderzoek is het vergelijken van zelfrapportage en 'handzame' proxy beoordelingen van multidimensionale kwetsbaarheid.

Methode In een cross-sectionele studie zijn 78 thuiswonende ouderen (60+), hun huisarts ($n=57$) en/of mantelzorger ($n=50$) ondervraagd. De Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI) is gebruikt om fysieke, omgevings-, psychische, en sociale kwetsbaarheid te meten bij de ouderen zelf. Aan de huisarts en mantelzorger is gevraagd deze domeinen te beoordelen op een schaal van 0 tot 10.

Resultaten Ouderen rapporteerden psychische (20,5%) en fysieke (19,2%) kwetsbaarheid het vaakst, en sociale kwetsbaarheid het minst (12,8%). Zowel huisartsen als mantelzorgers gaven de hoogste score (meest kwetsbaar) voor het fysieke domein (gemiddelden van respectievelijk 4,2 en 5,1), en de laagste score voor het omgevingsdomein (beide 2,6). Significante correlaties werden gevonden tussen de beoordeling van beide proxies en de oudere voor het fysieke ($r=.398$, $p \leq .01$ voor de huisartsen; $r=.305$, $p \leq .05$ voor de mantelzorgers) en psychische domein ($r=.227$, $p \leq .05$ voor de huisartsen; $r=.254$, $p \leq .05$ voor de mantelzorgers).

Conclusie Deze studie laat zien dat proxy beoordelingen van fysieke en psychische kwetsbaarheid matig correleren met een zelfrapportagelijst, maar de beoordelingen van omgevings- en sociale kwetsbaarheid niet.

58

Informele zorg in de participatiesamenleving: over netwerken, kwaliteit van leven en interventies

Voorzitters:

B. Suanet, M. Broese van Groenou

Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

In het huidige zorgbeleid is een grotere rol weggelegd voor mantelzorgers. Niet alleen voor de nabije familie,

maar ook voor het bredere sociale netwerk, zoals verdere familie en vrienden. Dit roept vragen op over de inzet van niet-verwanten (versus verwanten) in informele zorg, en over hoe belangrijk informele zorg is voor de ervaren kwaliteit van leven. Daarnaast geven ouderen ook zelf steeds vaker mantelzorg, mogelijk onder verschillende condities en met verschillende gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven dan op jongere leeftijd. Een groter belang van informele zorg roept ook de vraag op naar nieuwe interventies om de netwerken van ouderen te verstevigen. In dit symposium bundelen we de nieuwste inzichten op het gebied van informele zorg in onderzoek en praktijk. De eerste studie beziet of het krijgen van informele zorg varieert naar het netwerktype van ouderen en of huidige ouderen nu meer informele zorg van niet-verwanten krijgen dan voorgaande generaties. De tweede studie beziet diverse typen van zorgnetwerken naar samenstelling en functioneren en relateert deze aan de ervaren kwaliteit van leven van de zorgontvanger. De derde studie richt vervolgens zich op gevers en beziet of ouderen verschillen van niet-ouderen in het geven van mantelzorg en de mate van ervaren belasting. De vierde bijdrage richt zich op de effecten van een vernieuwde interventie om banden in informele groepen van ouderen te verbeteren.

58.1

Sociale netwerk typen en informeel zorggebruik in het late leven: een vergelijking van drie geboortecohorten van 75–84 jaar

B. Suanet, M. I. Broese van Groenou, T. G. Van Tilburg
Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Recente sociale veranderingen hebben het belang van niet-familie relaties vergroot. De vraag is of ouderen met netwerktypen met meer niet-familie tegenwoordig ook meer informele zorg hiervan ontvangen. In deze studie bestuderen we hoe informeel zorggebruik varieert naar netwerktype voor drie geboortecohorten van ouderen.

Methode Data van drie cohorten van ouderen, leeftijd 75–84 met functionele beperkingen, van de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) worden gebruikt, respectievelijk geïnterviewd in 1992, 2002 en 2012. We maken gebruik van logistische regressie analyse om te bepalen of de invloed van netwerktype op informeel zorggebruik varieert naar geboortecohort.

Resultaten We vinden vier netwerktypen in onze data: 1) restrictief netwerk, 2) familie-gebaseerd met partner netwerk, 3) familie-gebaseerd zonder partner netwerk en 4) bredere gemeenschap georiënteerde diverse netwerk. Bredere gemeenschap georiënteerde diverse netwerken komen vaker voor in het late cohort, terwijl restrictieve netwerken en familie-gebaseerde netwerken zonder partner minder vaak voorkomen. Degene in familie-gebaseerde netwerken met een partner ontvangen

het vaakst informele zorg, en dat varieert niet naar geboortecohort. Ongeacht het netwerktype ontvangen degenen in het late geboortecohort minder vaak informele zorg. Echter, na het controleren voor noodzaak, predispositie en mogelijkheden zijn de cohortverschillen niet langer significant.

Conclusies Ondanks grote sociale veranderingen kunnen we concluderen dat sociaal-culturele grenzen in het geven van informele zorg nog steeds intact zijn en dat onder mensen met functionele beperkingen de kans om informele zorg te ontvangen niet afneemt over geboortecohorten heen.

S8.2

Hoe draagt het zorgnetwerk bij aan de ervaren kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen?

M. I. Broese van Groenou

Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond In de huidige beleidscontext blijven ouderen langer thuis wonen met complexe zorgvragen en krijgt men hulp van meerdere informele en formele hulpverleners. Indien het zorgnetwerk aan omvang en diversiteit wint, zou dit een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven kunnen hebben vanwege de vergrote kans op gewenste zorg. Anderzijds kan een groot en divers zorgnetwerk bijdragen aan verminderde regie over zorg, hetgeen de kwaliteit van leven kan verlagen. Dit onderzoek gaat na hoe kenmerken van het zorgnetwerk de relatie tussen gezondheid en kwaliteit van leven beïnvloedt. Daarbij is aandacht voor 1) de structurele en functionele kenmerken van het zorgnetwerk, en 2) de subjectieve evaluatie van de zorgverlening.

Methode Het onderzoek wordt uitgevoerd bij ouderen (N=491), afkomstig uit de 2012-wave van de Longitudinal Aging Study Amsterdam, en geselecteerd op het verkrijgen van zorg.

Resultaten Analyses wijzen uit dat gezondheidsproblemen (fysieke en cognitieve beperkingen) positief gerelateerd zijn aan depressieve symptomen. Een groter aantal hulpverleners en meer inzet van formele helpers dragen bij tot meer depressieve symptomen. Een positiever oordeel over de samenwerking, grotere tevredenheid met de zorg, en een sterker gevoel van eigen regie, dragen bij tot minder depressieve symptomen. De samenstelling en de evaluatie van het zorgnetwerk verklaren maar gedeeltelijk het verband tussen gezondheid en depressieve stemming, en hebben vooral een effect op kwaliteit van leven.

Conclusies De resultaten suggereren dat de ervaren kwaliteit van en regie over de zorg van groot belang is voor de ervaren kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

S8.3

Verschillen in (gevolgen van) geven van mantelzorg tussen ouderen en niet-ouderen

M. de Klerk¹, A. de Boer^{1,2}, I. Plaisier¹

¹Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, Nederland

²Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Ouderen zijn minder vaak mantelzorgers dan jongere mensen. Meer inzicht in de oorzaken van die verschillen, maakt het wellicht mogelijk om de verschillen te overbruggen. In de presentatie gaan we in op mogelijke oorzaken van het verschil in geven van mantelzorg tussen jongere en oudere mensen. Daarnaast gaan we na wat de determinanten zijn van de belasting van mantelzorgers en in hoeverre deze ervaringen voor jong en oud verschillend zijn.

Methode We baseren ons op de gegevens van ruim 7000 respondenten, onder wie ruim 2500 mantelzorgers van de landelijke studie Informele Hulp in 2014.

Resultaten Dat (oude) ouderen minder vaak mantelzorg geven dan 45-54-jarigen komt deels doordat zij minder vaak iemand kennen die hulp nodig heeft, maar hangt ook samen met zaken als normen, handelingsverlegenheid of een slechte gezondheid. Bij zowel jong als oud wordt een hoge belasting bepaald door intensiteit, sociale relatie en intrinsieke motivatie, maar bij de alleroudsten die intensief helpen loopt de ervaren belasting niet zo hoog op als bij jongeren.

Conclusies Al met al lijkt het lastiger voor ouderen om mantelzorg te geven dan voor niet-ouderen. Bij de ondersteuning van oudere helpers spelen mogelijk andere dingen een rol dan voor jongeren.

S8.4

“GRIP&GLANS met elkaar”:

een Zelfmanagement-van-Welbevinden interventie gericht op het versterken van informele groepen ouderen

M. M. Goedendorp¹, N Steverink^{1,2}

¹Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

²Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond De GRIP&GLANS (G&G) groepscursus is een evidence-based interventie die veerkracht en welbevinden verbetert, en eenzaamheid vermindert. Vanwege de individuele aanpak van G&G bestaat het risico dat effecten niet behouden blijven, omdat de omgeving en het netwerk van de individuele oudere onveranderd blijft. “G&G met elkaar” is een nieuw ontwikkelde variant gericht op het versterken van informele netwerken van ouderen. We onderzoeken of “G&G met elkaar” zelfmanagementvaardigheid en welbevinden verbetert, en informele groepen versterkt.

Method “G&G met elkaar” bestaat uit 7 sessies in 9 weken en een terugkombijeenkomst na 3 maanden. De interventie werd aangeboden aan informele groepen ouderen, zoals verenigingen en woonvormen. In een pre-post design met vier follow-up metingen werd gebruik gemaakt van vragenlijsten en interviews om de effecten op zelfmanagementvaardigheid, welbevinden en groepsversterking, zoals sociale steun en cohesie, in kaart te brengen.

Resultaten In totaal hebben 11 informele groepen ($n=82$) aan “G&G met elkaar” deelgenomen, waarvan één groep en 7 individuen tussentijds stopten. Eerste pre-post analyses laten zien dat zelfmanagementvaardigheid toenam en eenzaamheid afnam. Wat betreft het versterken van de informele groepen zagen we een toename in de ervaring van emotionele steun en sociale cohesie.

Conclusies De interventie “GRIP&GLANS met elkaar” kan een bijdrage leveren aan het versterken van informele netwerken van ouderen. Deze interventie past in de kanteling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, waarbij mensen meer eigen regie moeten nemen en een beroep moeten doen op hun eigen netwerk om langer zelfredzaam te blijven.

S9

Vernieuwing in kennis van verpleegkundige basiszorg bij ouderen – Basic Care Revisited

Voorzitters:

M. J. Schuurmans¹, S. F. Metzeltin²

¹University Medical Center Utrecht, Utrecht, Nederland

²Maastricht University, Maastricht, Nederland

Door de vooruitgang in de gezondheidszorg wordt de Nederlandse bevolking tegenwoordig ouder dan ooit en dit geldt voor steeds meer mensen in Nederland. Uiteraard is dit een goede ontwikkeling, maar de dubbele vergrijzing leidt ook tot nieuwe maatschappelijke en wetenschappelijke vraagstukken en uitdagingen. Bijvoorbeeld moet er met minder geld en mankracht voor een groeiend aantal ouderen kwalitatief goede zorg bij redelijke kosten geleverd worden – zowel in de thuissetting, als in het ziekenhuis en het verpleeghuis. Verpleegkundigen en verzorgenden spelen hierbij een belangrijke rol. Echter, is er weinig tot geen wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de meest toegepaste zorgtaken in de verpleegkundige zorg, bijvoorbeeld waar het gaat om taken die zijn gerelateerd communicatie, eten & drinken, wassen & aankleden en mobiliteit. Deze taken worden ook wel basiszorgtaken genoemd.

De onderzoekslijn ‘Basic Care Revisited’ heeft als doel om deze basiszorgtaken met wetenschappelijk bewijs te onderbouwen. Na een korte introductie over de onderzoekslijn door de voorzitter, professor Marieke Schuurmans, worden drie deelstudies uit de onderzoekslijn gepresenteerd. De eerste spreker presenteert

een systematisch literatuuronderzoek naar interventies die de communicatie tussen mensen met dementie en verpleegkundigen en verzorgenden kunnen verbeteren. De tweede spreker bespreekt de ontwikkeling van een voedingsinterventie met als doel om ondervoeding na ziekenhuisopname bij thuiswonenden ouderen te voorkomen. In de derde presentatie worden de resultaten van een pilotonderzoek naar het programma ‘Blijf Actief Thuis’ gepresenteerd. Dit programma beoogt thuiszorgmedewerkers aan te leren hoe ze zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen kunnen bevorderen. Na de drie presentaties is er ruimte voor een discussie met de zaal.

S9.1

Interventies ter verbetering van communicatie tussen verpleegkundigen en mensen met dementie tijdens dagelijkse zorg: een systematisch literatuuronderzoek

M. Machiels, S. F. Metzeltin, J. P. H. Hamers, S. M. G. Zwakhalen
Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond De verbale en cognitieve beperkingen van mensen met dementie stellen verpleegkundigen vaak voor grote uitdagingen tijdens de communicatie. Dit komt vooral tot uitdrukking tijdens het verlenen van dagelijkse zorgtaken zoals het wassen en aankleden. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van interventies ter verbetering van communicatie is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De resultaten dienen als basis voor een te ontwikkelen interventie.

Method In juni 2015 is gezocht naar interventiestudies in Cochrane, CINAHL, PsychINFO, en Pubmed. Studies werden geïncludeerd als: 1) de focus lag op het verbeteren van communicatie tussen verpleegkundigen en mensen met dementie; 2) interventies toepasbaar waren tijdens de dagelijkse zorg; 3) het controlled trials waren; en 4) het Engels-, Nederlands-, of Duitstalige artikelen waren. Inhoud en effectiviteit van de interventies en de methodologische kwaliteit van de studies werden beoordeeld.

Resultaten De zes geïncludeerde studies vier (cluster randomised controlled trials en twee non-randomised controlled trials) waren van zeer beperkte methodologische kwaliteit. Vijf van de zes studies werden beoordeeld met een hoog risico op bias. Alle studies bevatte een communicatie trainingselement. De interventies verschilden sterk in frequentie, duur en inhoud. Daarnaast verschilden de gebruikte uitkomstmaten en meetmethoden in de studies substantieel van elkaar. In vier studies werd non-verbale communicatie gemeten, waarvan alle positieve resultaten lieten zien. Verbale communicatie werd in vier studies gemeten waarvan drie studies positieve resultaten lieten zien.

Conclusies Er is weinig bewijs voor effectieve interventies ter verbetering van communicatie tussen verpleeg-

kundigen en mensen met dementie. Er zijn beperkte aanknopingspunten gevonden voor de interventieontwikkeling.

S9.2

Een interventie om voor en na ziekenhuisopname ondervoeding te voorkomen bij niet-geïstitutionaliseerde thuiswonende ouderen: ontwikkeling van een complexe verpleegkundige interventie

D. ten Cate¹, R. G. A. Ettema¹, G. Huisman-de Waal³, M. J. Schuurmans²

¹Hogeschool Utrecht, Utrecht, Nederland

²Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland

³Radboud Universiteit, Nijmegen, Nederland

Achtergrond Bij een ziekenhuisopname is het belangrijk dat de voedingsstatus van ouderen optimaal is om (het risico op) ondervoeding te voorkomen. Tijdig screenen en inzetten van interventies bij (risico op) ondervoeding is hierbij essentieel, waarbij de periode voor en na ziekenhuisopname kan worden benut. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een effectieve multicomponent verpleegkundige interventie om ondervoeding bij ouderen te voorkomen welke specifiek gebruikt kan worden voor en na ziekenhuisopname in de wijkzorg.

Methode Een mixed methods benadering waarbij werd samengewerkt met onderzoekers, experts, professionals zoals verpleegkundigen en diëtisten, patiënten en hun mantelzorgers. Hierbij werden de herziene richtlijnen voor het ontwikkelen en evalueren van complexe interventies van de New Medical Research Council (MRC) gevolgd, inclusief het identificeren van bestaand bewijs d. m. v. een systematische review, het identificeren en ontwikkelen van theorie en het modelleren van proces en uitkomsten d. m. v. focusgroepen, interviews en een vragenlijst.

Resultaten De interventie start met een screening op ondervoeding. Bij ouderen zonder risico wordt advies gegeven om de goede voedingsstatus te handhaven. Bij ouderen met (risico op) ondervoeding volgt een voedingsplan (inclusief aanvullende dieetvoeding in poedervorm of drinkvoeding) toegespitst op de individuele oudere patiënt waarbij rekening wordt gehouden met interacterende patiëntfactoren en de ondersteunende omgeving van de oudere.

Conclusies Een complexe verpleegkundige interventie is ontwikkeld door het expliciet volgen van de MRC richtlijnen om inzicht te krijgen in de werkingsmechanismen van de interventie. Deze kan worden gebruikt om voor en na ziekenhuisopname ondervoeding te voorkomen bij niet-geïstitutionaliseerde thuiswonende ouderen.

S9.3

Op weg naar meer zelfredzaamheid in de thuiszorg: de eerste ervaringen met 'Blijf Actief Thuis'

S. F. Metzelthin¹, G. A. R. Zijlstra¹, J. M. de Man-van Ginkel², E. van Rossum³, G. I. J. M. Kempen¹

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²University Medical Center Utrecht, Utrecht, Nederland

³Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

Achtergrond Ofschoon de participatie in dagelijkse activiteiten voor ouderen van groot belang is voor het behoud van zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen blijven wonen, zijn veel thuiszorgmedewerkers geneigd om taken over te nemen. Om verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) en medewerkers hulp bij het huishouden (HbH) te ondersteunen bij het bevorderen van zelfredzaamheid is het 'Blijf Actief Thuis' programma ontwikkeld bestaande uit een kick-off bijeenkomst, intervisiebijeenkomsten, nieuwsbrieven en een boostersessie.

Methode Tussen november 2015 en juli 2016 is Blijf Actief Thuis bij 1 team V&V ($n=7$) en 2 teams HbH ($n=26$) in een pilotstudie getest. Een mixed-methods design is toegepast om de eerste ervaringen met Blijf Actief Thuis in kaart te brengen.

Resultaten Van de 33 medewerkers die uitgenodigd zijn voor deelname aan de pilotstudie, waren 20 (61%) aanwezig tijdens de kick-off en 18 van hen stemden in met deelname aan het onderzoek (gemiddelde leeftijd: 43,7 jaar). Zes maanden na de kick-off waren kleine positieve veranderingen zichtbaar op kennis, self-efficacy en uitkomstverwachtingen m. b. t. het stimuleren van zelfredzaamheid. Vooral de praktische insteek van 'Blijf Actief Thuis' en de uitwisseling van ervaringen met collega's werden door medewerkers erg gewaardeerd. Over het algemeen was het scholingsprogramma praktisch goed uitvoerbaar. De geïdentificeerde succesverhalen en barrières worden als input gebruikt voor het aanbieden van de scholing in de toekomst.

Conclusies De eerste ervaringen met Blijf Actief Thuis zijn positief. Op dit moment loopt een 'early' trial en is een grootschalige trial in voorbereiding.

Derde ronde workshop en symposia

W2

Waardigheid en trots: persoonsgericht werken met behulp van zorgleefplannen

S. van der Weegen

Vilans/Waardigheid en trots, Utrecht, Nederland

In 2015 is het programma Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen gestart. In het plan van aanpak is beschreven dat 'goede zorg voor ouderen in verpleeg-

huizen in essentie draait om maximaal behoud van zelfrespect en kwaliteit van leven. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: waardigheid. Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars. Zorg die voldoet aan hun beroepsstandaard geleverd in een beschermde woningomgeving, waar sprake is van: (beroeps)trots. Dat zijn de sleutelementen voor liefdevolle zorg voor onze ouderen.⁴

In deze workshop nemen we de deelnemers aan de hand van goede voorbeelden van verschillende ouderenzorgorganisaties mee in het proces van een cliënt kennen naar zorg die hier optimaal bij aansluit. Hoe krijg je een goed beeld van de wensen en behoeften van cliënten? Kent u de cliënten die in uw organisatie wonen? Weet u wat op dit moment het belangrijkste voor hen is in hun leven? Is veel van iemand weten hetzelfde als iemand kennen? Wat doet u met deze informatie? En hoe zorgen andere organisaties ervoor dat het proces verder gaat van de cliënt kennen naar het vastleggen in een zorgleefplan en het daadwerkelijk handelen naar en evalueren van de gemaakte afspraken.

S10

Mensgerichte ouderenzorg

Voorzitters:

K. Luijkx¹, G. Westerhof²

¹Tilburg University, Tilburg, Nederland

²Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Het is een universele wens van mensen om als uniek individu gehoord, gezien en gerespecteerd te worden. Bovendien willen mensen graag zoveel mogelijk het leven leiden zoals zij dat willen en zoals zij dat gewend zijn. Dat geldt ook voor ouderen, ook als zij aangewezen zijn op zorg en ondersteuning van anderen. Om dat te realiseren wordt in de ouderenzorg gestreefd naar mensgerichte zorg. Daarbij worden zorgontvanger en zorgverlener beide gezien als volwaardige en actieve individuen die samen doelen vast stellen en daar samen zo goed mogelijk naar streven, in een context die daarvoor faciliterend is. In dit symposium worden vier presentaties gegeven die laten zien op welke wijze wetenschappelijk onderzoek bij kan dragen aan het realiseren van mensgerichte ouderenzorg in de praktijk. De eerste bijdrage bevraagt ouderen in de somatische zorg naar de ervaring van autonomie, verbondenheid en competentie en de relatie hiervan met welbevinden over de tijd. De tweede bijdrage stelt het cliëntperspectief van ouderen centraal op liefde, intimiteit en seksualiteit bij mensen in de psychogeriatric en hun partners. De derde bijdrage onderzoekt de eigen regie in het verpleeghuis door ouderen met een somatische zorgvraag en hun zorgverleners te schaduwten tijdens de alledaagse zorgverlening. De vierde bijdrage onderzoekt een mensgerichte inter-

ventie, het online levensalbum bij mensen met beginnende dementie.

S10.1

Longitudinale relaties van autonomie, verbondenheid en competentie met het welbevinden van bewoners van woonzorgcentra

N. Kloos¹, H. Trompetter^{1,2}, E. Bohlmeijer^{1,3}, G. Westerhof¹

¹Universiteit Twente, Enschede, Nederland

²Tilburg University, Tilburg, Nederland

³North-West University, Vanderbijlpark, Zuid Afrika

Achtergrond De zelfdeterminatietheorie stelt dat de vervulling van de behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie samenhangt met een hoger subjectief welbevinden. Dit is de eerste studie die deze relatie test bij bewoners van woonzorgcentra in een longitudinale studie, waarbij ook wordt gekeken of de balans tussen de drie behoeften belangrijk is voor welbevinden.

Methode 128 bewoners (gemiddelde leeftijd 85 jaar) van de somatische afdelingen van vier woonzorgcentra namen deel aan deze longitudinale studie. Zelfgerapporteerde vervulling van de drie psychologische basisbehoeften werd gemeten op T0 en depressieve gevoelens en levenstevredenheid vijf tot acht maanden later. Er werd een score berekend van de balans tussen de vervulling van de drie behoeften.

Resultaten De drie behoeften waren gecorreleerd met depressieve gevoelens, hoewel deze correlatie sterker was voor autonomie dan voor verbondenheid. Een totaalscore van behoeftenvervulling had een verband met depressieve gevoelens door de tijd, maar alleen bij autonomie en competentie was dit verband uniek. De drie behoeften waren gecorreleerd met levenstevredenheid, maar alleen bij autonomie was deze correlatie uniek. De balansscore had een verband met welbevinden, zelfs als werd gecontroleerd voor scores van autonomie en verbondenheid.

Conclusie De resultaten bevestigen dat de drie psychologische basisbehoeften belangrijk zijn voor het welbevinden van bewoners van woonzorgcentra en dat een hoge vervulling van één behoefte niet kan compenseren voor een lage vervulling van een andere behoefte. De ondersteuning van de behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie zou daarom een centrale rol moeten krijgen in persoonsgerichte zorg.

S10.2**Het clientperspectief in onderzoek naar liefde, intimiteit en seksualiteit in psychogeriatrische verpleeghuiszorg**

T. S. M. Roelofs^{1,2}, K. G. Luijkx¹, P. J. C. M. Embregts^{1,3}

¹Stichting Schakelring, Waalwijk, Nederland

²Tilburg University, Tilburg, Nederland

³Dichterbij Behandelinnovatie en wetenschap

Achtergrond In het (internationale/wetenschappelijk) onderzoek naar liefde, intimiteit en seksualiteit bij PG-clienten en hun partners, is het clientperspectief tot nu toe niet belicht geweest. Dit is opmerkelijk, gezien de persoonlijke aard van deze onderwerpen, maar ook de voorstelbare invloed die het hebben van dementie en het (gescheiden) wonen binnen een verpleeghuis hierop kunnen hebben. Het centraal stellen van het clientperspectief was het belangrijkste doel van deze studie en de manier waarop dit is vorm gegeven is de aanleiding voor deze presentatie.

Methodie Er heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden, waarbij voor design en analyse gebruik is gemaakt van de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methode. Daarnaast was echter gedegen voorbereiding nodig, om deze doelgroep zelf aan het woord te laten, zeker gezien het thema. Hierin zijn ethische, methodologische en praktische overwegingen aan de orde geweest, die in daadwerkelijke co-creatie (intensieve samenwerking) tussen wetenschap en praktijk zijn belicht.

Resultaten In totaal hebben er 17 interviews plaatsgevonden met PG clienten, met partners van PG clienten en met koppels samen. Dit leverde rijke, kwalitatieve data op, die door middel van de IPA methode is geanalyseerd. Hieruit kwamen ervaringen naar voren, maar ook de manier waarop mensen deze ervaringen plaatsen in hun verhaal over het hebben van dementie, of een partner met dementie, en het leven in een verpleeghuis of met een partner die in een verpleeghuis woont.

Conclusies Het centraal stellen van het clientperspectief, in het onderzoek naar liefde, intimiteit en seksualiteit bij PG-clienten en hun partners vergt uitgebreide voorbereiding, waarin praktijk en onderzoekers intensief samenwerken. Het blijkt echter zeer de moeite waard, omdat de rijke informatie voor zowel vervolgonderzoek, als klinische praktijk van waarde kunnen zijn.

S10.3**Persoonsgerichte praktijkvoering rondom eigen regie van ouderen in de somatische langdurende intramurale zorg**

J. M. C. van Loon^{1,2,3}, K. G. Luijkx², A. H. P. M. de Rooij¹, B. M. Janssen³

¹De Wever, Tilburg, Nederland

²Tilburg University, Tilburg, Nederland

³Fontys Hogeschool voor Mens en Gezondheid, Eindhoven, Nederland

Achtergrond In het landelijke beleid en in het beleid van veel zorgorganisaties staat eigen regie van ouderen centraal, ook als zij in een zorginstelling wonen. Persoonsgerichte zorg en praktijkvoering kan ondersteunend zijn voor het voeren van eigen regie. Het wordt gezien als een vorm van professioneel handelen waarin zorgontvangers als gelijkwaardige en actieve individuen worden gezien. In samenwerking zorgen zorgverlener en zorgontvanger ervoor dat de zorgontvanger zoveel mogelijk het leven kan leiden dat zij/hij wenst. De zorgmedewerker is zich bewust van de persoon van de cliënt, zichzelf en de zorgrelatie. Persoonsgerichte praktijkvoering blijkt in de praktijk echter niet eenvoudig te zijn. In deze bijdrage geven we daarom antwoord op de volgende vraag: hoe voeren ouderen met een somatische aandoening die in een verpleeghuis leven eigen regie en op welke manier ondersteunen afdelingsmedewerkers deze.

Methodie Door middel van shadowing zijn 17 ouderen en 17 medewerkers op twee afdelingen gedurende een dag gevolgd. Er zijn aanvullende interviews gehouden voor verduidelijking en verdieping. Met behulp van het raamwerk van persoonsgerichte praktijkvoering van McCormack en McCance zijn de uitkomsten gecodeerd door vier onderzoekers waarbij de hoofdonderzoeker co-codeersessies had met de drie mede-onderzoekers. De codes worden met behulp van atlas-ti geanalyseerd.

Resultaten Regievoering door ouderen en de interactie daaromtrent tussen oudere en zorgverlener wordt toegelicht aan de hand van drie casussen die hiervoor exemplarisch zijn.

Conclusie Het realiseren van persoonsgerichte praktijkvoering blijkt een grote uitdaging te zijn voor ouderen en afdelingsmedewerkers. Onze resultaten geven een eerste inzicht, maar dit onderwerp verdient zeker nader onderzoek.

S10.4**Het Online Levensalbum: Een reminiscentie-interventie voor mensen met beginnende dementie en hun mantelzorgers**

T. R. Elfrink, C. Ullrich, G. J. Westerhof
Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond Remiscentie – het ophalen en herbeleven van waardevolle herinneringen – kan positief bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Herinneringen zijn opgeslagen in het autobiografisch geheugen, een deel van het geheugen dat bij mensen met dementie relatief lang in tact blijft. Levensalbums waarin samen met de patiënt zelf herinneringen worden vastgelegd kunnen dit proces ondersteunen. Het Online Levensalbum is een mensgerichte reminiscentie-interventie die goed aansluit bij de veranderingen in de zorg voor personen met dementie.

Methode Een case-study geeft inzicht over het maakproces, de waarde en ervaringen met het Online Levensalbum. Er is een inhoudsanalyse van het boek gemaakt en er zijn interviews gehouden met de betrokken stakeholders: de deelnemer, diens mantelzorger, de vrijwilliger en de zorgprofessional.

Resultaten Het boek bevat een breed scala aan positieve herinneringen aan familie, thuis en vakantie, die vooral met foto's geïllustreerd worden. De interviews laten zien dat alle betrokkenen een toegevoegde waarde zien in het Online Levensalbum. De deelnemers, mantelzorgers en vrijwilligers hebben het maken van het Online Levensalbum als positief ervaren. De zorgprofessional benoemt mogelijkheden het als een instrument voor persoonsgerichte zorg in te zetten.

Conclusie Deze eerste case-study heeft inzicht gegeven in zowel het maakproces als het gebruik van het Online Levensalbum. De studie bevestigt dat het betrekken van de persoon met dementie en de inzet van vrijwilligers realistisch en waardevol is. Ook laat het de toegevoegde waarde in verschillende contexten zien, zoals in de thuissituatie en in een zorgsetting.

S11**De inzet van technologie bij ouderen; veelbelovend maar niet vanzelfsprekend**

Voorzitters:

R. Verwey¹, M. Heijblom²

¹Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

²Saxion University of Applied Sciences, Enschede, Nederland

De hervormingen in de zorg,- en welzijnssector zijn de aanleiding om de ondersteuning van ouderen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving te laten plaatsvinden. Daarnaast wordt gestreefd naar actief burgerschap waarin een groot appèl wordt gedaan op zelfredzaam-

heid en een gezonde leefstijl. De inzet van technologie wordt gezien als een veelbelovende ontwikkeling om dit mogelijk te maken. Uit de jaarlijks terugkerende eHealth monitor van Nivel/Nictiz blijkt echter dat er weliswaar steeds meer gebruik gemaakt wordt van allerlei vormen van technologie, maar dat de beloftes ten aanzien van technologie nog niet worden waargemaakt. Er is meer aandacht nodig voor de maatschappelijke innovatie om deze potentie wel te benutten. Aspecten die hierbij van belang zijn betreffen o.a. de samenwerking tussen ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals, kennisdeling, en een optimale implementatie van het gebruik van technologie in het zorgproces. In dit symposium worden vier projecten gepresenteerd waarin het gebruik van technologie bij ouderen centraal staat. De eerste twee projecten gaan in op allerlei vormen van technologie in de zorg voor mensen met dementie en de samenwerking tussen formele en informele zorg. De daaropvolgende twee projecten doen verslag van het gebruik van technologie om bewegen bij ouderen te stimuleren.

S11.1**Bruikbaarheid en haalbaarheid van het digitale platform Netwerkondersteuning Dementie**

R. Verwey¹, A. B. C. G. Boessen², S. Duymelinck¹,
E. van Rossum¹

¹Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

²Flycatcher Internet Research, Maastricht, Nederland

Achtergrond Er is een samenhangend aanbod van toepassingen en diensten ontwikkeld voor mantelzorgers en zorgprofessionals van mensen met dementie in de vorm van een digitaal platform. Dit platform beoogt de samenwerking en communicatie binnen en tussen het informele en professionele netwerk te versterken, waardoor mensen met dementie langer en onder betere omstandigheden thuis kunnen blijven wonen. We testten de bruikbaarheid en haalbaarheid van het platform.

Methode Twee opeenvolgende mixed methods proces-evaluatiestudies van tien weken, met inbegrip van semi-gestructureerde interviews, een procesevaluatie vragenlijst en monitoring van loggegevens. Bij de bruikbaarheidsstudie waren vier netwerken betrokken van thuiswonende mensen met dementie (zeven mantelzorgers en 32 zorgprofessionals) en bij de haalbaarheidsstudie 26 netwerken (31 mantelzorgers en 32 zorgprofessionals).

Resultaten In de bruikbaarheidsstudie werd het platform gewaardeerd vanwege gebruiksvriendelijkheid en positieve invloed op de communicatie en samenwerking bij de zorg voor de persoon met dementie. Deze resultaten werden niet bevestigd in de daaropvolgende grotere haalbaarheidsstudie. Deelnemers zagen weliswaar de meerwaarde, maar maakten er tegelijkertijd maar weinig gebruik van. Daarbij waren aan aantal fac-

toren van invloed: de introductie van het platform onder de gebruikers, verschil van inzicht over wie de regierol binnen het platform op zich moet nemen en de belemmering voor zorgprofessionals dat zij in twee systemen moesten registreren (zowel op het platform als in het eigen zorgregistratiesysteem).

Conclusie Het platform kan bijdragen aan de communicatie en samenwerking tussen mantelzorgers en zorgprofessionals vermits het gebruik goed wordt geïntroduceerd en het platform gekoppeld wordt aan de zorgregistratiesystemen van de zorgprofessionals.

S11.2

Ouderen houden regie met technologie: leren met en van elkaar

M. Heijblom, M. J. Uitdehaag, K. van Heerde, J. S. Jukema
Saxion University of Applied Sciences, Enschede, Nederland

Achtergrond Technologie kan helpen om ouderen en mensen met dementie langer thuis te laten wonen. Toch leven er nog veel vragen die een optimale toepassing van technologie in de weg staan. Daarnaast speelt de samenwerking tussen de oudere, mantelzorger, verpleegkundige en wijkcoach een cruciale rol bij een succesvolle implementatie. Ondersteuning is echter vaak maar op één van deze afzonderlijke groepen gericht.

Methode Er is een cursus opgezet en verzorgd waarin ouderen, mantelzorgers, verpleegkundigen en wijkcoaches met en van elkaar leren om de inzet van technologie voor ouderen en/of mensen met dementie thuis te bevorderen. De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten, waarin de cursisten in gemengde groepen op zoek gaan naar passende technologie voor een specifieke casus. Aspecten die aan de orde komen, zijn: technologie vinden; technologie afstemmen op de gebruiker; implementatie van technologie in de thuissituatie; wetgeving; en ethiek.

Resultaten De cursus heeft twee keer in pilotvorm plaatsgevonden in een wijkgebouw. In totaal hebben 37 personen (ouderen, vrijwilligers, mantelzorgers, verpleegkundigen, wijkcoaches en technisch medewerkers) de cursus om verschillende redenen gevolgd. Ouderen, verpleegkundigen en wijkcoaches gaven aan graag meer handvatten te krijgen, terwijl technische medewerkers aangaven geïnteresseerd te zijn in vragen die leven bij de doelgroep. Alle deelnemers waren positief over het werken in gemengde groepen en de meerderheid gaf aan het geleerde in de praktijk te zullen gaan gebruiken.

Conclusies Het is waardevol om ouderen, mantelzorgers en formele en informele zorgverleners samen te brengen in een cursus om de inzet van technologie voor ouderen en mensen met dementie te optimaliseren.

S11.3

Get moving! mHealth voor zelfmanagement ondersteuning van ouderen met een chronische aandoening

R. Verwey¹, S. van der Weegen², M. Spreeuwenberg^{1,3}, H. Tange³, T. van der Weijden³, L. de Witte⁴

¹Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

²Vilans, Utrecht, Nederland

³Maastricht University, Maastricht, Nederland

⁴Sheffield University, Sheffield, Verenigd Koninkrijk

Achtergrond Gebrek aan beweging is een gezondheidsprobleem dat veel voorkomt bij ouderen met een chronische ziekte. *It's LiFe!* is een blended interventie, bestaande uit een tool (bewegingsmeter in combinatie met een app en een website) ingebed in een zelfmanagementondersteuningsprogramma, waarmee de POH patiënten met COPD of type-2-diabetes kan stimuleren meer te gaan bewegen. Onderzocht werd of de interventie leidt tot meer fysieke activiteit in vergelijking met gebruikelijke zorg, en wat de toegevoegde waarde is van de tool bovenop het zelfmanagementondersteuningsprogramma.

Methode Cluster gerandomiseerd onderzoek met 24 huisartsenpraktijken willekeurig verdeeld in drie (interventie)armen. Deelnemers waren patiënten van 40–70 jaar met COPD of type-2-diabetes ($n = 199$). Patiënten van de praktijken in groep 1 ($n = 65$) kregen de complete interventie inclusief tool; deelnemers in groep 2 kregen alleen het zelfmanagementondersteuningsprogramma; deelnemers in groep 3, de controlearm, kregen de gebruikelijke zorg. Primaire uitkomstmaat: dagelijks aantal minuten matig intensieve fysieke activiteit (≥ 3 MET) bij aanvang, 4–6 maanden na de start en 3 maanden na afloop van de interventie.

Resultaten Zes maanden na de start bewogen de deelnemers in groep 1, 12 minuten meer dan die in groep 3, en 8 minuten meer dan die in groep 2. Drie maanden na afloop van de interventie waren deze verschillen nog respectievelijk 11 en 9 minuten. Alle verschillen waren significant ($p < 0,01$).

Conclusie *It's LiFe!* is effectief voor het bevorderen van fysieke activiteit bij mensen met COPD of type 2 diabetes tussen de 40 en 70 jaar oud. Extra begeleiding door de POH zonder de tool is niet effectiever dan gebruikelijke zorg.

S11.4**Meer bewegen met uw Smartphone; de ontwikkeling van een keuzewijzer beweeg-apps**

R. Verwey¹, J. Heijkers¹, N. Spierts¹,
M. Spreeuwenberg^{1,2}

¹Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

²Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond Het gebruik van bewegingsmeters is bewezen effectief bij de ondersteuning van meer bewegen. Iedere moderne Smartphone heeft tegenwoordig een ingebouwde bewegingsmeter. Soms gekoppeld aan een app om de leefstijl in beeld te brengen of anders kan hiervoor een aparte app gedownload worden. Ouderen zijn in toenemende mate in het bezit van een Smartphone, maar de mogelijkheden van beweeg-apps om hen te ondersteunen bij het bereiken van een actieve leefstijl zijn nog onvoldoende bekend.

Methode In een iteratief co-creatie proces met een panel ouderen van de KBO is een keuzewijzer beweeg-apps ontwikkeld. Na verkenning van de literatuur en online reviews, zijn aspecten die voor de keuze van een beweeg-app van belang zijn in kaart gebracht. Na afstemming over deze aspecten met het panel, zijn beweeg-apps gezocht in app-stores en op clearinghouse websites. Vervolgens zijn de gekozen apps beschreven en getest, waarna de keuzewijzer opnieuw is voorgelegd aan het panel.

Resultaten Er is een keuzewijzer ontwikkeld waarin zes Nederlandstalige gratis te downloaden beweeg-apps zijn opgenomen geschikt voor iOS én Android telefoons. <http://www.eizt.nl/beweeg-apps> Er staan enkel beweeg-apps in de keuzewijzer die positief beoordeeld zijn op gebruiksgemak; er is gekeken naar navigatie (eenvoud, hoeveelheid benodigde klikken) en naar design (grootte van de knoppen en kleurcontrast).

Conclusie Er is een digitaal toegankelijke eenvoudige keuzewijzer voor beweeg-apps ontwikkeld in samenwerking met ouderen. In een vervolgotraject zal bij diverse huisartspraktijken in Limburg de keuzewijzer door praktijkondersteuners onder de aandacht gebracht worden. Op basis van de ervaringen met het gebruik zal de keuzewijzer verder ontwikkeld en verbeterd worden.

S12**Goede preventieve ouderenzorg: waar liggen kansen en mogelijkheden voor verbetering?**

Voorzitters:

S. de Bruin¹, K. Wynia²

¹Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven, Nederland

²Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Het aantal ouderen in Nederland groeit en ook het aantal kwetsbare ouderen neemt hierdoor toe. Het huidi-

ge beleid is erop gericht om ouderen te stimuleren zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en te functioneren met hulp vanuit eigen sociaal netwerk en met zorg en ondersteuning in de buurt. Ouderen kunnen problemen krijgen op het gebied van gezondheid, welzijn en wonen. Diverse initiatieven zijn in gang gezet om deze problemen bij ouderen uit te stellen of te voorkomen, waardoor zij mogelijk langer zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen. Voorbeelden van dergelijke initiatieven op het gebied van preventieve ouderenzorg zijn vroegsignalering bij (kwetsbare) ouderen en regionale geïntegreerde ouderenzorgprogramma's. In dit soort initiatieven streeft men naar het centraal zetten van de behoeften en mogelijkheden van ouderen en betere samenwerking en afstemming tussen verschillende partijen die preventie, zorg en welzijn bieden. Met deze initiatieven beoogt men zowel de gezondheid van ouderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren, als de kostengroei te beheersen. De eerste presentatie van dit symposium gaat in op belangrijke elementen van goede preventieve ouderenzorg. De tweede presentatie gaat over hoe samenwerking en afstemming rondom vroegsignalering bij kwetsbare ouderen kunnen worden vormgegeven en verbeterd. In de derde presentatie geven we de ervaringen rondom SamenOud, een geïntegreerd programma voor preventieve en proactieve zorg en begeleiding van thuiswonende ouderen zoals dat geïmplementeerd is in het noorden van Nederland, weer. Na de presentaties gaan we graag met de aanwezigen in discussie over hoe preventieve ouderenzorg verder verbeterd kan worden.

S12.1 Goede preventieve ouderenzorg: welke elementen zijn van belang?

L. C. Lemmens, G. C. M. Herber, A. Blokstra,
M. L. Rietman, S. H. van Oostrom, A. M. W. Spijkerman
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven, Nederland

Achtergrond De behoeften van zelfstandig wonende ouderen variëren enorm. De ene oudere is nog vitaal en onafhankelijk terwijl de andere niet meer mobiel is en dagelijks zorg nodig heeft. Het is belangrijk dat in het aanbod van preventieve ouderenzorg voldoende rekening wordt gehouden met deze variatie. Het doel van het onderzoek was om te inventariseren wat belangrijke elementen van goede preventieve ouderenzorg zijn en wat voor welk type oudere nodig is.

Methode Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie naar preventieve interventies voor vier verschillende typen ouderen: vitaal, met verhoogd risico op kwetsbaarheid, kwetsbaar en zeer kwetsbaar. Hierbij onderscheiden we drie domeinen waarop interventies zich kunnen richten: lichamelijke en psychische gesteldheid van het individu, sociale omgeving en woonomgeving. Vervolgens zijn interviews gehouden met professionals vanuit de eerstelijnszorg, het welzijnswerk, de GGD, de ge-

meente, het onderzoek, de ouderenvertegenwoordiging, BeterOud en de woonsector ($n = 29$ respondenten).

Resultaten Belangrijke elementen van goede preventieve ouderenzorg zijn het werken vanuit een integrale visie, de inzet van een coördinator of 'spil' die signalen bundelt en doorzet, het optimaliseren van de redzaamheid van ouderen, de inzet van een casemanager en eventueel een specialist ouderengeneeskunde voor al kwetsbare ouderen en begeleiding na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast zijn het inventariseren van behoeften van ouderen, het bieden van zingevingactiviteiten, het laagdrempelig ontsluiten van informatie over ondersteuningsmogelijkheden en het zorgen voor maatwerk van belang.

Conclusies Preventieve ouderenzorg moet voor alle groepen ouderen en op alle domeinen ingezet worden. Hierbij zijn maatwerk, een integrale werkwijze en het betrekken van de ouderen zelf cruciaal.

S12.2

Samenwerking en afstemming rondom vroegsignalering: waar liggen verbeterpunten?

L. C. Lemmens, Y. Buist, M. Kooistra, S. R. de Bruin
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven, Nederland

Achtergrond De afgelopen jaren zijn diverse initiatieven rondom vroegsignalering gestart om ouderen die risico lopen om kwetsbaar te worden, proactief op te sporen en een preventief aanbod van zorg en ondersteuning te bieden. Vroegsignalering kan vanuit verschillende settings worden aangeboden. Eerder onderzoek laat echter zien dat de verschillende partijen onvoldoende met elkaar samenwerken en afstemmen. Hierdoor werken zij langs elkaar heen en sporen zij allemaal op hun eigen gebied risico's en problemen op zonder deze informatie te delen. Het gevolg is dat ouderen door verschillende instanties benaderd worden en van persoonsgerichte zorg veelal geen sprake meer is. Het doel van het onderzoek was om te bekijken wat er nodig is om deze samenwerking en afstemming te verbeteren.

Methode Het onderzoek bestond uit literatuuronderzoek, een inventarisatie van goede voorbeelden en interviews. Interviews werden gehouden met gemeenten, zorgverzekeraars, professionals uit zorg en welzijn, ouderenvertegenwoordigers en onderzoekers, al dan niet betrokken bij een goed voorbeeld.

Resultaten Samenwerking en afstemming rondom vroegsignalering bij kwetsbare ouderen worden op verschillende manieren en niveaus (bestuurlijk, wijk- en huisartsenpraktijkniveau) vormgegeven. Specifieke partijen worden benoemd die (ook) betrokken moeten worden, zoals gemeenten en zorgverzekeraars. Daarnaast pleiten respondenten voor het aansluiten van initiatieven rondom vroegsignalering bij al bestaande samenwerkingsverbanden en overlegstructuren tussen

betrokken partijen. Ook moet men de verbinding zoeken tussen het medische en sociale domein.

Conclusies De samenwerking en afstemming rondom vroegsignalering zijn op verschillende plekken in Nederland al goed tot stand gekomen. Deze voorbeelden maken de mogelijkheden en opbrengsten inzichtelijk maar geven ook aanknopingspunten voor verdere verbetering.

S12.3

SamenOud, SamenVerder?

Resultaten van preventieve, proactieve, persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg voor thuiswonende 75-plussers

S. L. W. Spoorenberg, K. Wynia, M. Jager, C. J. Ronde
Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond SamenOud is een preventief, proactief, persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel voor thuiswonende 75-plussers, gebaseerd op het Chronic Care Model en de Kaiser Permanente Triangle. Het doel is dat ouderen zo lang en zo prettig mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Op basis van antwoorden op de jaarlijkse vragenlijst worden ouderen ingedeeld in een risicoprofiel. Een multidisciplinair team biedt zorg en begeleiding op maat, waarbij de intensiteit en de focus afhangt van het risicoprofiel van de oudere.

Methoden Met verschillende kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten geanalyseerd.

Resultaten Het aantal en de ernst van gezondheidgerelateerde problemen gerapporteerd door ouderen was na 12 en 24 maanden blijvend afgenomen. Uit interviews bleek dat ouderen zich veilig, geborgen en meer in controle voelden door SamenOud. Uit interviews met professionals bleek dat zij door de langdurige contacten beter konden aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen en daardoor vroegtijdig konden ingrijpen. Uit de RCT bleek dat SamenOud na een jaar nog niet leidde tot meetbare voordelen in gezondheid, welbevinden en zelfmanagementvermogen van ouderen. Wel was er een verbetering te zien in de kwaliteit van zorg. De kosten bleven na een jaar gelijk. Uit de langetermijn studie bleek dat de kosten ook na drie jaar nog gelijk bleven, maar dat de individuele begeleiding nog niet alle ouderen in voldoende mate bereikte.

Conclusies Overall zijn de uitkomsten van SamenOud gunstig. Geïntegreerde zorg en begeleiding voor thuiswonende ouderen kan daarom – met enige voorzichtigheid – aangeraden worden.

S13**Veerkracht bij ouderen: wederkerige relaties tussen sociaal functioneren en lichamelijk, cognitief en emotioneel functioneren binnen de LASA studie**

Voorzitter:

B. Suanet

Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Het sociale functioneren van ouderen staat niet op zichzelf. We weten uit eerder onderzoek dat fysiek, cognitief en emotioneel functioneren dit beïnvloeden. In de Longitudinal Ageing Study Amsterdam wordt al 25 jaar (longitudinale) data verzameld over deze vier domeinen van functioneren. Daarmee is de studie bij uitstek geschikt om vragen over de afhankelijkheid van domeinen van functioneren in de ouderdom te onderzoeken. In dit symposium brengen we verbanden tussen het sociale domein enerzijds, en de andere drie domeinen van functioneren anderzijds beter in kaart. We vragen ons hierbij af of er niet alleen samenhang is tussen domeinen, maar ook sprake causaliteit is; veranderingen in functioneren in een domein leiden tot veranderingen in een ander domein. De eerste studie gaat over verklaringen van veerkracht bij ouderen met een lage sociaaleconomische positie in de verschillende domeinen van functioneren. De tweede studie gaat over hoe sociale netwerken de gezondheid van ouderen beïnvloeden, en vice versa. In de derde studie kijken we naar welke factoren de relatie tussen ontvangen sociale steun en functionele capaciteit verklaren.

S13.1**Veerkracht bij ouderen met een lage sociaal-economische status: kwalitatieve interviews**

A. A. L. Kok¹, F. Van Nes², D. J. H. Deeg³,
G. A. M. Widdershoven³, M. Huisman¹

¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

²Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

³VUmc, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij ouderen zijn groot en persistent. Maar ze worden ook eenzijdig belicht. Sommige ouderen blijven tot op hoge leeftijd fysiek, mentaal en sociaal goed functioneren, ondanks een levenslang lage sociaaleconomische positie (SEP). Wij onderzochten vanuit het perspectief van ouderen zelf welke elementen bijdragen aan zulke 'veerkracht'.

Methode We hielden semi-structureerde interviews met 11 ouderen (78+) die sinds 1992 deelnamen aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Volgens kwantitatieve criteria hadden zij een lage SEP én een hoge score op een multidimensionale 'Successful Aging index', gebaseerd op trajecten van functioneren gedurende 1992–

2008. De getranscribeerde interviews werden geanalyseerd op basis van de Grounded Theory-methode.

Resultaten Zes elementen droegen bij aan veerkracht: a) Steun ontnemen aan sociale contacten, waaronder instrumentele en emotionele steun en een gevoel van verbondenheid. b) Voldoening halen uit jongere generaties, door hun carrièreprestaties te stimuleren of kennis door te geven. c) Acties ondernemen om je aan te passen aan je levensomstandigheden of deze te verbeteren, waaronder zuinig zijn of zelfontplooiing. d) Het belang van SEP in perspectief plaatsen, door je eigen vaardigheden te waarderen, andere aspecten dan SEP belangrijk te vinden in het leven, en algemene verbeteringen in de levensstandaard te benadrukken. e) Doorzetten bij tegenslag, gesteund door het geloof, en f) Je neerleggen bij tegenslag.

Conclusies Er is veel voor nodig om succesvol oud te worden met een lage SEP. Sociale, psychische en maatschappelijke factoren spelen een rol. Het veerkracht-perspectief heeft nieuwe elementen opgeleverd die aandacht verdienen in vervolgonderzoek, zoals generativiteit, zingeving en ondernemerschap.

S13.2**Sociale netwerken en fysiek, sensorisch en cognitief functioneren in een 25-jarige longitudinale studie**

T. G. Van Tilburg, M. I. Broese Van Groenou

Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Sociale relaties beschermen tegen het voorkomen van ziekten, slecht fysiek functioneren en vroege sterfte. Echter, slechte gezondheid verkleint de netwerk-omvang en diversiteit door het uitblussen van ondersteuners en het beperken van investeringen in het behouden van relaties. We bestuderen het causale proces van netwerken naar gezondheid: is het een grote omvang of diversiteit, of dagelijks contact, of een geringe volatiliteit in de compositie die beschermt? In de causaliteit van gezondheid naar netwerken onderzoeken we in welke mate fysiek, cognitief en sensorisch disfunctioneren het netwerk aantast.

Methode Er wordt gebruik gemaakt van acht observaties van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) tussen 1992 en 2016. Geïnccludeerd zijn 3924 personen in de leeftijd 55–102. Netwerken bestaan uit maximaal 80 netwerkleiden, en diversiteit, dagelijks contact en volatiliteit wordt in een longitudinaal traject vastgesteld. Gezondheid betreft beperkingen in fysiek functioneren, cognitief functioneren (MMSE), gehoor, visus en gezondheid in het algemeen.

Resultaten Eerste analyses laten zien dat een groot en gevarieerd netwerk en een stabiele netwerkcompositie wordt bedreigd in de ouderdom, maar gestimuleerd wordt door goed fysiek, sensorisch en met name cognitief functioneren.

Conclusies Ouderen met een klein netwerk zijn slecht beschermd tegen vroege sterfte, ook wanneer gecontroleerd wordt voor fysiek, cognitief en sensorisch functioneren.

S13.3

De sociale netwerk-gezondheid relatie ontsluit: hoe beïnvloedt ontvangen sociale steun de functionele capaciteit van ouderen?

B. Suanet¹, E. Hoogendijk², M. Huisman^{1,2}, M. J. Aartsen³

¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

²VUmc, Amsterdam, Nederland

³Norwegian Social Research (NOVA), Oslo, Noorwegen

Achtergrond Vele studies stellen dat het ontvangen van sociale steun gezondheid in de ouderdom beïnvloedt. Er is echter nog weinig empirisch longitudinaal onderzoek gedaan naar deze relatie en de mechanismen waardoor sociale steun gezondheid beïnvloedt. In deze studie bestuderen we in hoeverre fysieke activiteit, depressieve symptomen en chronische ziekten de relatie tussen sociale steun en functionele capaciteit mediëren.

Methode Data zijn van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). We bestuderen 954 respondenten van 75 jaar en ouder. Deze respondenten zijn gevolgd over een periode van 12 jaar en maken gebruik van latente groei modellen.

Resultaten Er is slechts één indirect significant effect: het ontvangen van meer emotionele steun verlaagt depressieve symptomen, en daardoor verbetert de functionele capaciteit. Het ontvangen van meer instrumentele steun heeft een negatief direct effect op functionele capaciteit, terwijl het ontvangen van emotionele steun geen significant direct effect heeft. Modellen met omgekeerde paden zijn ook geschat, maar de model fit daarvan is minder goed.

Conclusies Bevindingen wijzen vooral op het bestaan van een samenhang tussen sociaal en fysiek functioneren in de ouderdom, eerder dan op een sterk causaal verband. Ook lijken de effecten op gezondheidsuitkomsten sterk afhankelijk van het type sociale steun dat ontvangen wordt.

S14

Ontwikkeling van beroepspraktijken: De waarde van toegepast onderzoek

Voorzitters:

E. C. Schoenmakers, B. M. Janssen

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMG), Eindhoven, Nederland

Organisaties uit diverse sectoren hebben in toenemende mate te maken met een ouder wordende doelgroep. Zij worstelen met een gezamenlijke vraag over hoe zij in

hun dienstverlening aansluiting kunnen blijven vinden bij de behoeften van deze heterogene groep. Het blijven ontwikkelen van de beroepspraktijk(en) voor en met de doelgroep is daarom van groot belang. Praktijkgericht onderzoek speelt hierin een essentiële rol.

In dit symposium worden vier praktijkgerichte onderzoeken, welke zijn uitgevoerd door studenten van de opleidingen Toegepaste Gerontologie van Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid, Eindhoven en Windesheim Hogescholen, Zwolle gepresenteerd. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd bij een woningbouwvereniging, een gemeente, een zorgorganisatie en een onderwijsorganisatie en laten zien dat onderzoek naast het doel 'kennisontwikkeling' ook het doel 'ontwikkeling van de gerontologische beroepspraktijk' kan dienen.

De eerste presentatie geeft inzicht in de beweegredenen die ouderen hebben om wel of juist niet naar een levensloopbestendige woning te verhuizen. De tweede presentatie richt zich op het in kaart brengen van factoren die van belang zijn bij het ontwikkelen van een dementievriendelijke buitenruimte. De derde presentatie richt zich op de doelgroep 'ouderen met een verstandelijke beperking' en richt zich op de vraag wat zij verstaan onder 'het goede leven'. De laatste presentatie betreft een onderzoek naar de behoeften onder ouderen in de derde levensfase aan het volgen van gerontologisch onderwijs op HBO niveau.

S14.1

Beweegredenen voor senioren om wel of niet te verhuizen naar een levensloopbestendige woning

B. E. Bekkers

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMG), Eindhoven, Nederland

Achtergrond Binnen woningcorporatie Woningbelang is de actuele verhuisbereidheid onder 65-plussers laag. Het totale aantal huurders bestaat voor bijna 40% uit 65-plussers. Een groot gedeelte van deze groep woont in een eengezinswoning en denkt daarin oud te worden. De woningcorporatie bouwt levensloopbestendige woningen, waar weinig senioren naartoe verhuizen. Omdat de redenen voor verhuizing niet inzichtelijk zijn, is onderzocht welke beweegredenen senioren hebben om wel of niet naar een levensloopbestendige woning te verhuizen.

Methode Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen onder tien respondenten (60 tot 85 jaar). Gesproken werd over de woning, verhuizing, woonomgeving, woningaanpassingen, levensloopbestendig wonen, de toekomst en de rol van de woningcorporatie. Vijf respondenten wonen in een levensloopbestendige woning en vijf in een eengezinswoning.

Resultaten De resultaten laten zien dat er verschillen bestaan in de mate van bewustwording rondom levensloopbestendig wonen en de mate van vooruitdenken.

Respondenten die onlangs zijn verhuisd denken vaker vooruit en houden rekening met eventuele nadelige effecten van ouderdom in de toekomst. Respondenten die niet van plan zijn om te verhuizen, overwegen dit alleen wanneer het moet. Gedachten beïnvloeden deze keuze, ondanks of deze realistisch en kloppend zijn. Belangrijke redenen om wel of niet te verhuizen zijn daarnaast gelegen in de woonomgeving, sociale omgeving, het huis zelf en financiën.

Conclusie Dit onderzoek laat zien dat huurders die verhuisd zijn anders denken dan huurders die dat niet zijn. Beiden baseren hun keuzes anders, doordat zij op verschillende manieren in het leven staan. Mogelijk kan meer bewustwording en juiste kennis rondom dit thema dit veranderen.

S14.2

Naar buiten! Onderzoek naar dementievriendelijke openbare buitenruimtes

N. Overmaat, L. Groen-van der Ven, F. C. Bakker
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond Steeds meer mensen in Nederland krijgen te maken met dementie. Door recente ontwikkelingen in de zorg blijven deze mensen steeds langer in hun eigen woning en buurt wonen. Daarnaast wordt een dementievriendelijke samenleving gepromoot om ook mensen met dementie te laten participeren in de maatschappij. Vrij en veilig naar buiten kunnen gaan is daarbij een belangrijke factor, maar niet vanzelfsprekend mogelijk. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke factoren een buitenruimte dementievriendelijk maken.

Methode Er zijn 8 wandelinterviews afgenomen met mensen met dementie en mantelzorgers. Daarnaast hebben er 5 groepsbijeenkomsten plaatsgevonden met in totaal 81 zorg- en gemeentemedewerkers. Door middel van een topiclijst en observaties zijn factoren in de openbare ruimte in kaart gebracht die het naar buiten gaan beïnvloeden.

Resultaten Vanuit interviews met mensen met dementie, mantelzorgers, zorgprofessionals en beleidsmakers/planologen van gemeenten blijkt dat mensen met dementie worden gestimuleerd om naar buiten te gaan wanneer (1) zij veilig kunnen deelnemen aan het verkeer (bv. (logische) oversteekplaatsen, rustpunten en onderhoud van voetpaden), (2) zij duidelijke looproutes kunnen kiezen (bv. afgebakende voetpaden en duidelijke herkenningspunten en bewegwijzering t. b. v. oriëntatie), en (3) zij begrip en hulp ervaren van medeburgers op straat.

Conclusie Mensen met dementie gaan minder vaak zelfstandig naar buiten dan gewenst omdat de omgeving dit veelal niet faciliteert. Het is een uitdaging om openbare ruimtes dementievriendelijk te maken, die zowel fysiek als sociaal aansluiten bij individuele leef- en ge-

zondheidssituaties van mensen met dementie. Een uitdaging om aan te grijpen voor een dementievriendelijke samenleving.

S14.3

Gelukkig oud worden: het perspectief van ouderen met een verstandelijke beperking

A. W. Hoekstra, L. Groen-van der Ven, F. C. Bakker
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt toe. Gezien deze ouderenpopulatie extra kwetsbaar is, vraagt dit om passend ondersteuningsaanbod binnen de gehandicaptensector. In het verleden is veel aandacht geweest voor het oplossen van gezondheidsproblemen, echter staat het goede leven steeds meer centraal. In deze studie werd onderzocht wat ouderen met een verstandelijke beperking verstaan onder gelukkig oud worden.

Methode De onderzoeksgroep bestond uit 11 ouderen met een verstandelijke beperking in de intramurale zorg. Er is onderscheid gemaakt tussen ouderen met een verstandelijke beperking (50-plus) en met het Downsyndroom (40-plus). De interviews waren semi-gestructureerd. Topics werden gebaseerd op de zes dimensies van subjectief welbevinden. Indien nodig werd photo elicitation toegepast. Data werd geanalyseerd door middel van open codering.

Resultaten Onder gelukkig oud worden werd het behoud van de huidige omstandigheden en levensvrede verstaan. Een goede lichamelijke gezondheid, actief kunnen zijn, autonomie en sociale contacten vormden belangrijke aspecten voor het gelukkig oud worden. Respondenten hadden een negatief beeld bij het ouder worden; het betekende voor hen afhankelijk zijn, en het onvermogen om iets te kunnen doen. De onderzoeksgroep voelde zich niet oud en wilde zo lang mogelijk jong blijven.

Conclusie Geïnterviewde respondenten hebben een negatieve beeldvorming over veroudering, waardoor oud(er) worden angst en verdriet oproept. Het behouden van sociale contacten, ervaren lichamelijke gezondheid en activiteiten zijn voor hen van groot belang. De gehandicaptensector dient daarom aandacht te besteden aan beeldvorming rondom veroudering, aanbod van passende activiteiten, en het faciliteren van het opbouwen en onderhouden van sociale netwerken van bewoners.

S14.4**Een Leven Lang Leren:
de behoeften aan onderwijs op latere leeftijd****M. Kooijmans**Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMG),
Eindhoven, Nederland

Achtergrond Ouderenonderwijs heeft positieve effecten voor ouderen die zich niet meer in het arbeidsproces bevinden. Ouderen vergroten hun zelfvertrouwen, blijven langer gezond, worden voorzien in hun intellectuele behoefte en hebben bovendien plezier (Mitchell, Legge & Sinclair-Legge, 1997; Boulton-Lewis, 2010; Tabatabaei & Roostai, 2014; Talmage et al., 2015). In deze studie is onderzocht welke behoeften er zijn bij ouderen in de derde levensfase aan het volgen van onderwijs op HBO niveau, dat passend is binnen gerontologische thema's.

Methodie Voor dit onderzoek is methodetriangulatie uitgevoerd. Er zijn vier focusgroepen gehouden ($N=28$; leeftijd 61 tot 80 jaar) onder respondenten uit het netwerk van de opleiding Toegepaste Gerontologie en ouderenverenigingen in Eindhoven. Daarnaast zijn kwantitatieve enquêtes afgenomen ($N=202$; leeftijd 51 tot 90 jaar). Transcripties van focusgroepen zijn ingevoerd in Kwalitan, waarmee data van open tot selectief gecodeerd is. Enquêtes zijn geanalyseerd met SPSS, waaruit frequentietabellen gehaald zijn voor beschrijvende resultaten.

Resultaten Uit beide typen onderzoek blijkt dat respondenten geïnteresseerd zijn in een onderwijsaanbod op HBO niveau waarbij aandacht is voor thema's als 'levensvragen', 'mantelzorg' en 'technologie'. Zij kiezen voor een combinatie aan werkvormen en willen deel uitmaken van dynamische onderwijsgemeenschappen. Er worden hoge eisen gesteld aan de docenten. Sociale contacten zijn belangrijk. Belangrijkste redenen om onderwijs te volgen: nieuwe kennis en inzichten opdoen, persoonlijke ontwikkeling en om bij te blijven.

Conclusie Ouderen zijn geïnteresseerd in onderwijs op HBO niveau. De resultaten uit dit onderzoek bieden een basis voor het aanbieden van een pilot onderwijsreeks voor zestigplussers.

S15**Sociale vitalisering in wooncomplexen voor ouderen:
mogelijkheden en grenzen**

Voorzitters:

J. E. M. Machielse

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, Nederland

Sociale participatie is belangrijk voor het welbevinden van ouderen, maar bij het stijgen van de leeftijd nemen de mogelijkheden om deel te nemen aan sociale activiteiten af. In de huidige beleidscontext wordt ook de professionele activiteitenbegeleiding in wooncomplexen

voor ouderen afgebouwd. Het is de bedoeling dat ouderen zelf sociale activiteiten organiseren, zo nodig met ondersteuning van beroepskrachten. Diverse onderzoeken laten zien dat niet alle ouderen voldoende zelforganiserende vermogens hebben om dit te kunnen. Hierdoor zijn er in wooncomplexen minder activiteiten en minder ontmoetingsmogelijkheden, met ongewenste gevolgen voor het welbevinden en de kwaliteit van leven van ouderen.

Het Experiment Vitale woongemeenschappen, uitgevoerd door Platform31 en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, is gericht op de mogelijkheden voor gemeenschapsvorming in wooncomplexen voor ouderen. In het experiment werken bewoners en professionals met behulp van een methodische aanpak aan sociale vitalisering in tien wooncomplexen voor ouderen, verspreid over het land. In dit symposium worden de resultaten van het begeleidend onderzoek naar het verloop en de uitkomsten van dit experiment gepresenteerd. Het onderzoek omvatte een kwantitatieve nul- en nameting en een kwalitatief onderzoek gedurende de tussenliggende periode. De eerste presentatie geeft inzicht in de vraag of (en waardoor) sociale activiteiten in de woonomgeving al dan niet zijn toegenomen. De tweede presentatie laat de impact van een methodische beïnvloeding op het zelforganiserende vermogen van ouderen en het sociale klimaat in de wooncomplexen zien. De laatste presentatie maakt duidelijk onder welke voorwaarden interventies voor sociale vitalisering in wooncomplexen voor ouderen succesvol kunnen zijn en welke professionele ondersteuning nodig is.

S15.1**Sociale activiteiten binnen wooncomplexen voor senioren: verschillen voor en na een interventie sociale revitalisering****W. van der Vaart, M. van Egmond**

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, Nederland

Achtergrond In deze presentatie bespreken we de uitkomsten van de kwantitatieve nul- en nametingen die voorafgaand aan en na afloop van de interventie 'sociale revitalisering' in de wooncomplexen zijn verricht. Om na te gaan of deze interventie een sociaal activerend effect heeft gehad, kijken we met name naar veranderingen in (de mate van, en behoefte aan) activiteiten binnen het wooncomplex en contacten met medebewoners.

Methodie Alle bewoners van de wooncomplexen hebben tijdens de eerste en tweede meting (9 maanden later) een papieren enquête ontvangen. Beide keren zijn in totaal circa 1260 bewoners benaderd; de response was respectievelijk 32% (T1) en 26% (T2). De vragenlijst omvatte de volgende hoofdthema's: deelname aan activiteiten binnen het wooncomplex, kwaliteit van leven, eenzaamheid, zingeving, zelfredzaamheid, sociale contacten binnen en buiten het wooncomplex. Verschillen tussen de

voor- en nameting worden in verband gebracht met de andere thema's en met achtergrondkenmerken van de bewoners.

Resultaten De eindmeting laat geen substantiële verschillen zien tussen de nulmeting en de eindmeting. Wel blijkt dat bewoners die aan beide metingen hebben meegedaan, op nagenoeg alle aspecten hoger scoren dan de overige (eenmalige) deelnemers. Dit geldt met name voor de 'ervaren sociale contacten in het wooncomplex en 'kwaliteit van leven'.

Conclusie De uitkomsten zullen aangeven bij welke bewoners en onder welke omstandigheden activiteiten en sociale contacten in de wooncomplexen al dan niet zijn toegenomen. Daarbij wordt plausibel gemaakt of en in welke mate dit toe te schrijven kan zijn aan de interventie 'sociale vitalisering'.

S15.2

Het sociale klimaat in de wooncomplexen: resultaten van een etnografische studie

G. Bos, J. E. M. Machielse, E. Thoolen
Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, Nederland

Achtergrond Het Experiment Vitale Woongemeenschappen is ontwikkeld om het zelforganiserende vermogen van bewoners in wooncomplexen voor ouderen te vergroten en daarmee bij te dragen aan de sociale vitaliteit in de wooncomplexen en het welbevinden van de betrokken ouderen. Doel van deze studie is inzicht te bieden in de invloed die een methodische aanpak van sociale vitalisering kan hebben op het sociale klimaat in wooncomplexen voor ouderen.

Methode Een etnografische studie in vier wooncomplexen voor ouderen die hebben deelgenomen aan het Experiment Vitale Woongemeenschappen. Gegevens zijn verzameld met behulp van kwalitatieve interviews en groepsinterviews met bewoners en professionals, en door participerende observaties in diverse situaties die verband hielden met de methodische aanpak. Ook werd participierend geobserveerd tijdens activiteiten die al bestonden voor het experiment werd ingezet.

Resultaten De studie maakt duidelijk hoe het organiseren van sociale activiteiten in alle onderzochte complexen verloopt en welke gevolgen het experiment heeft voor de sociale dynamiek en de onderlinge betrokkenheid in de vier complexen. Er zijn nieuwe contacten gelegd en nieuwe activiteiten ontwikkeld, maar het experiment leverde ook spanningen op en bestaande conflicten werden soms juist versterkt.

Conclusie De studie bevestigt het beeld dat uit de nulmetingen naar voren kwam. Veel bewoners geven aan behoefte te hebben aan sociale activiteiten, maar zijn vaak niet bereid of in staat om dat zelf te organiseren. De methodische beïnvloeding heeft bovendien grote gevolgen voor de onderlinge relaties en contacten tussen bewoners, zowel in positieve als in negatieve zin.

S15.3

Voorwaarden en mogelijkheden om gemeenschapsvorming in wooncomplexen voor ouderen te stimuleren

J. E. M. Machielse, G. Bos, E. Thoolen, W. van der Vaart
Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, Nederland

Achtergrond Tot nu toe is weinig bekend over de mogelijkheden om gemeenschapsvorming in wooncomplexen voor ouderen te stimuleren. Ook is niet duidelijk hoe de sociale vitaliteit kan worden behouden als een actieve bewonersgroep ouder wordt en de leden ervan meer beperkingen krijgen. Doel van deze studie was inzicht te krijgen in de voorwaarden waaronder interventies voor gemeenschapsvorming in wooncomplexen voor ouderen succesvol kunnen zijn en welke professionele ondersteuning daarbij nodig is.

Methode Theoretische inzichten over aspecten die relevant zijn voor het bevorderen van burgerparticipatie en sociale vitaliteit zijn in verband gebracht met bevindingen uit de nul- en nameting, het tussenliggende kwalitatieve onderzoek in vier wooncomplexen, en bijeenkomsten van een 'learning community' met bewoners en professionals van alle tien wooncomplexen die aan het experiment meededen.

Resultaten De bevindingen uit het empirisch onderzoek bevestigen de theoretische veronderstelling dat 'doenvermogen' een voorwaarde is om sociale vitalisering op gang te brengen. Een kleine groep bewoners is zeer gemotiveerd om sociale activiteiten te organiseren, maar slaagt er niet in om andere bewoners mee te krijgen. Beroepskrachten met kennis van de gemeenschap ('activity settings') zijn nodig om het proces op gang te krijgen en te begeleiden, en om de continuïteit te waarborgen.

Conclusie Methodisch gestuurde sociale vitalisering is altijd maatwerk. De behoeften en de mogelijkheden van de bewoners lopen sterk uiteen en de toepassing van de methodiek moet goed worden afgestemd op de doelgroep en de bestaande sociale structuur binnen een wooncomplex. (Lokale) factoren hebben een stimulerende dan wel belemmerende invloed op dergelijke interventies.

Poster presentaties**Groep A: Verpleeghuiszorg****PA1****De gewenste rol van de belangrijke andere van verpleeghuis bewoners met dementie****A. H. C. Schoenmakers^{1,2}, J. M. Huijg²**¹LUMC, Leiden, Nederland²Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden, Nederland

Achtergrond Belangrijke andere van verpleeghuis bewoners met dementia willen na de verpleeghuisopname hun ondersteunende actieve rol behouden. Deze ondersteunende rol kan bestaan uit verschillende domeinen (zoals fysieke-, emotionele- en sociale ondersteuning) en verwante activiteiten. Dit onderzoek heeft als doel om de gewenste rol van de belangrijke andere en de bijbehorende behoeftes te verkennen, die nodig zijn om de gewenste rol te vervullen.

Methode Semigestructureerd interviews zijn gehouden met 7 belangrijke andere. Door middel van een mindmap techniek was een overzicht van de huidige en gewenste rol in beeld gebracht. Net zoals de behoeften om de gewenste rol te vervullen. De mind-maps waren geanalyseerd en ondersteunt door verbatim transcripten. *Resultaten* Uit de mind-maps analyse zijn vier hoofd domeinen geïdentificeerd van de huidige rol: sociale ondersteuning, emotionele zorg verlening, verpleeghuis participatie en fysieke zorg ondersteuning. De belangrijke andere beschreven dat deze domeinen en gerelateerde activiteiten congruent aan de gewenste rol waren. Naast de vier domeinen werden de volgende gevoelens geïdentificeerd: liefde, rouw, schuld en machteloosheid. Behoeftes waren met name beschreven door partners en gelokaliseerd buiten de verpleeghuis omgeving (bijvoorbeeld met vakantie gaan).

Conclusies De belangrijke andere uit dit onderzoek waren tevreden met hun huidige ondersteunende rol. Desondanks aspecten van de rol om aanpassingen vraagt door de progressie van de dementie, waren deze belangrijke andere in staat om zich aan te passen aan de capaciteiten van hun geliefde met een ondersteunende rol van het verpleeghuis personeel.

PA2**Kwaliteit van de verpleegkundige verslaglegging in zorgplannen van verpleeg- en verzorgingshuizen****A. Tuinman¹, M. H. G. de Greef², W. P. Krijnen¹, W. Paans¹, P. F. Roodbol²**¹Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland²Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond Nauwkeurige verpleegkundige verslaglegging draagt bij aan de continuïteit van zorg en veiligheid van bewoners. Daarnaast hebben managers een nauwkeurige verslaglegging nodig bij de verantwoording van de kwaliteit van zorg en het naleven van wettelijke regelgeving. Echter, weinig is bekend over de kwaliteit van de verslaglegging van het zorgpersoneel in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Methode De D-Catch beoordeelt op een 4-punts Likert-schaal de accuraatheid van de inhoud en samenhang van de (inter)nationaal erkende fasen van het verpleegproces, te weten: een beschrijving van de (1) anamnese, (2) fysieke, mentale en sociale zorgbehoeften van bewoners, (3) te bereiken zorgresultaten, (4) interventies en (5) evaluatie van zorg. In totaal zijn van vijf zorgcentra in Noord-Nederland 197 zorg(leef)plannen beoordeeld van somatische- (3), psychogeriatrische- (6) en verzorgingshuisafdelingen (4). Met behulp van beschrijvende statistiek en de Chi-kwadraattoets is de accuraatheid en de relatie tussen accuraatheid en type afdeling geanalyseerd.

Resultaten In zowel de inhoud als de samenhang van de verpleegkundige documentatie werden onnauwkeurigheden gevonden. Met name bij de beschrijving van zorgbehoeften van bewoners, interventies en voortgangsverslagen. Type afdeling was significant geassocieerd met de nauwkeurigheid van de verpleegkundige verslaglegging.

Conclusies Een onnauwkeurige verslaglegging bemoeilijkt de communicatie tussen verschillende zorgprofessionals en brengt de veiligheid van bewoners in gevaar. De complexe zorgbehoeften van bewoners en het doel van verpleeg- en verzorgingshuizen om persoonsgerichte zorg te verlenen vereisen investeringen in bijvoorbeeld tijd en gestructureerde (elektronische) zorgplannen. Daarnaast moeten de redeneringsvaardigheden van het zorgpersoneel worden onderzocht en getraind, om te zorgen dat zij hun documentatietaken op een adequate wijze uitvoeren.

PA3**Polyfarmacie Hot or Not?**

K. J. van Tol, P.H. van Dam, N. van den Eshof, M. Boonzaaijer, M. van Eijk, W.P. Achterberg
PHEG LUMC, Leiden, Nederland

Achtergrond Veel ouderen in het verpleeghuis gebruiken dagelijks 5 of meer verschillende geneesmiddelen. Vooral bij kwetsbare ouderen kan polyfarmacie risico's met zich meebrengen. In 2012 is de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie (MDR) verschenen. Met deze studie werd o. a. onderzocht in hoeverre de MDR onder artsen werkzaam in het verpleeghuis geïmplementeerd is.

Methode Een vragenlijst werd verspreid onder artsen werkzaam in het verpleeghuis. Een acceptabele implementatie werd toegeschreven aan respondenten, die bij 75–100% van hun patienten het afgelopen jaar een medicatiereview deden en gebruik maakten van in ieder geval 3 specifieke stappen van het stappenplan van de MDR. Tot slot werd gevraagd wat men nodig zou hebben voor een betere toepassing van het stappenplan uit de MDR.

Resultaten Van de 318 respondenten voert 4,4% een medicatiereview volledig uit volgens het aanbevolen 4-stappenplan van de MDR. Voor acceptabele implementatie is dit percentage 40%. Multivariate regressie analyse liet zien dat de functie specialist ouderengeneeskunde onafhankelijk geassocieerd is met meer acceptabele implementatie (OR 2.23; BI 1.03–4.86) t. o. v. de functie arts-assistent.

Conclusies De MDR Polyfarmacie is onvoldoende geïmplementeerd onder artsen werkzaam in het verpleeghuis. Hoewel het lijkt alsof artsen in het verpleeghuis niet vaak medicatiereviews doen, gaat het hier om gestructureerd medicatiereviews. In het dagelijks werk van artsen werkzaam in het verpleeghuis wordt de medicatiebeoordeling als belangrijk punt meegenomen bij opname en tijdens het beoordelen van intercurrente aandoeningen. Verbeteren van kennis, een praktische handleiding en facilitatie vanuit de zorginstelling zouden kunnen leiden tot een beter en gestructureerde medicatiebeoordeling volgens de MDR.

PA4**Tijdsbesteding in verpleeghuizen; ontwikkeling, validiteit en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de GO-LTIC**

A. Tuinman

Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond Inzicht in wie wat doet is belangrijk om de complexe zorgbehoeften van bewoners te kunnen matchen met voldoende en gekwalificeerd personeel. Bestaande meetinstrumenten die dit in kaart brengen zijn

gebaseerd op verschillende (niet verpleegkundige) terminologieën en psychometrische eigenschappen zijn onvoldoende beschreven.

Methode De GO-LTIC is gebaseerd op de Nursing Intervention Classification. Ontwikkelings-, validiteit- en betrouwbaarheidsfasen omvatten: 1) item-generatie ter identificatie van potentiële setting-specifieke interventies; 2) inhoudsvaliditeit door een Delphi panel waarna de item content validity index is berekend om relevante interventies te includeren; 3) haalbaarheidsstudie; en 4) interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door berekening (non) agreement, Cohen's kappa en intraclass correlation coefficients (ICC). Bland-Altman plots en een one-sample student T-test zijn toegepast om verschillen tussen observatoren te visualiseren en testen.

Resultaten De GO-LTIC bevat 116 verpleegkundige interventies gecategoriseerd in zes zorgdomeinen. Voor interventies in de zorgdomeinen basis- (0.67–0.92) en complex fysiologische zorg (0.70–0.94) zijn substantieel tot bijna perfecte kappa's gevonden. In de zorgdomeinen gedrag, gezin en familie, en gezondheidszorgstelsel, varieerden kappa's van fair tot bijna perfect (0.30–1.00). ICC's voor de hoeveelheid tijd besteed aan interventies varieerden van fair tot excellent in fysiologische zorgdomeinen (0.48–0.99) en poor tot excellent in overige zorgdomeinen (0.00–1.00). Geen statistisch significante verschillen ($p > 0.05$) zijn gevonden tussen observatoren en het klinisch verschil (aantal minuten) was klein.

Conclusies De GO-LTIC heeft een goede inhoudsvaliditeit en acceptabele interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het kan managers ondersteunen bij het in kaart brengen van wie wat doet in het zorgproces om vervolgens zorgpersoneel in te zetten op basis van hun kwalificaties.

PA5**Voeding binnen de revalidatie bij ouderen met een heup fractuur in Nederland: een observati-
onele studie**

L. den Behoef¹, L. de Groot², J. S. M. Hobbelen³,
G. J. van der Putten¹

¹Zorggroep Amaris, Laren, Nederland

²Wageningen University, Wageningen, Nederland

³Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond Jaarlijks presenteren in Nederland ca. 13.000 65-plussers zich op de eerste hulp met een heupfractuur na een val met vaak blijvende beperkingen en verhoogd risico op overlijden tot gevolg. Steeds meer onderzoek wijst op de positieve effecten van een voedingsinterventie (voornamelijk eiwitten) op de uitkomsten van fysieke training bij ouderen. Omdat binnen de revalidatie na een heupfractuur van oudsher veel aandacht besteed wordt aan fysieke training heeft deze groep mogelijk ook baat bij een dergelijke voedingsinterventie. Onduidelijk is hoe de huidige situatie in Ne-

derland is als het gaat om voedingszorg bij revaliderende ouderen met een heupfractuur.

Methode Een observationele studie met twee doelstellingen: 1) in kaart brengen van de patientkarakteristieken van 65-plussers die komen revalideren in het verpleeghuis (geriatrische revalidatiezorg) en 2) in kaart brengen van de usual care. De resultaten van deze studie worden gebruikt voor het opzetten van een interventiestudie om de effectiviteit van een gecombineerde voedings- en trainingsinterventie bij dezelfde groep te onderzoeken.

Resultaten Patientkarakteristieken zoals onder andere leeftijd, voedingstatus en fysiek functioneren worden in kaart gebracht. Usual care assessment heeft betrekking op voedingszorg en fysieke training.

Conclusies Ondanks aanwijzingen dat een voedingsinterventie de effecten van training kan versterken is het onduidelijk in hoeverre voeding een plaats heeft in de revalidatie. Een observationele studie wordt uitgevoerd om de huidige zorg met betrekking tot voeding en training bij revaliderende ouderen met een heupfractuur in Nederland in kaart te brengen.

PA6

Liefde, intimiteit en seksualiteit in psychogeriatrische verpleeghuiszorg

T. S. M. Roelofs¹, K. G. Luijckx², P. J. C. M. Embregts²

¹Stichting Schakelring, Waalwijk, Nederland

²Tilburg University, Tilburg, Nederland

Achtergrond Liefde, intimiteit en seksualiteit zijn belangrijke aspecten van kwaliteit van leven en niet leeftijdsgebonden, blijkt uit onderzoek. Wanneer er echter sprake is van dementie, en zeker na opname in een verpleeghuis, is hier nog weinig aandacht voor. Daarnaast wordt gerapporteerd dat zowel liefde, als intimiteit en seksualiteit complexe situaties kunnen opleveren in de verpleeghuiszorg. De ervaringen van cliënten zelf hebben echter in onderzoek nog niet eerder centraal gestaan.

Methode Binnen drie zorgorganisaties in Noord-Brabant hebben 17 interviews plaatsgevonden met PG cliënten, hun partners en koppels. Het design en de analyse zijn vormgegeven volgens de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methode. Daarnaast was uitgebreide samenwerking met de klinische praktijk nodig om de werving- en selectieprocedure zoveel mogelijk op de doelgroep aan te passen.

Resultaten De rijke kwalitatieve informatie laat een grote diversiteit zien. Liefde, intimiteit en seksualiteit worden beschreven als onderdeel van de levens- en liefdesgeschiedenis. Op het gebied van liefde en relatie kwamen thema's als missen, samen zijn en loyaliteit naar voren. Koppels en partners omschreven een gemis aan intimiteit, binnen datzelfde kader. Hoewel het gemis aan seksualiteit geen hoofdthema vormde, benoemden sommige respondenten dit gemis wel met zowel fysieke, relationele als omgevingsbeperkingen. Daarnaast zijn

diverse mogelijkheden en beperkingen om deze aspecten te beleven binnen het verpleeghuis gedeeld.

Conclusies PG cliënten, hun partners en koppels hebben behoefte aan en ervaren liefde, intimiteit en seksualiteit, ondanks beperkingen die dementie en verpleeghuisopname met zich meebrengen. Deze behoeften en beperkingen kunnen van grote waarde zijn voor vervolgonderzoek en klinische praktijk.

Groep PB: Preventie en Public Health

PB1

Succesvolle elementen van preventieve interventies voor moeilijk bereikbare ouderen

S. H. van Oostrom, L. C. Lemmens, G. M. Herber,

A. M. W. Spijkerman

RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond Met bestaande initiatieven gericht op vroegopsporing van kwetsbare ouderen en het bijbehorend aanbod van preventieve interventies wordt een aantal groepen ouderen onvoldoende bereikt. Dit betreft vooral ouderen met een lage sociaaleconomische status, oudere migranten en ouderen met een beperkt sociaal netwerk, terwijl juist van deze groepen bekend is dat zij eerder kwetsbaar worden. Het doel van dit onderzoek is het identificeren van succesvolle elementen van preventieve interventies voor moeilijk bereikbare ouderen.

Methode De eerste fase bestaat uit een literatuurstudie naar relevante thema's bij moeilijk bereikbare ouderen. Daarnaast worden goede voorbeelden van preventieve interventies voor moeilijk bereikbare ouderen geïnventariseerd. Vervolgens worden interviews gehouden met professionals betrokken bij deze voorbeelden en met ouderen zelf of sleutelfiguren. Voor de inventarisatie van goede voorbeelden wordt gebruik gemaakt van de interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven (RIVM), aangevuld met interventies op basis van literatuur en schriftelijke consultatie van experts.

Resultaten Vijf belangrijke thema's die een rol spelen bij moeilijk bereikbare ouderen zijn 1) lage gezondheidsvaardigheden, 2) psychosociale problemen, 3) taboe of schaamte met betrekking tot deze problemen, 4) problemen met toegankelijkheid van zorg en ondersteuning en 5) kennislacunes bij zorgprofessionals. De selectie van voorbeeldinterventies en de interviews met betrokkenen vinden momenteel plaats. De resultaten zullen gepresenteerd worden op het congres. Dit zal inzicht geven in de herkenbaarheid van de vijf thema's en succesvolle elementen voor het bereiken van de doelgroep.

Conclusies De geïdentificeerde succesvolle elementen kunnen handvatten bieden om nieuw te ontwikkelen of bestaande interventies beter te laten aansluiten bij moeilijk bereikbare groepen ouderen.

PB2**Sociaal-economische verschillen in gezondheid na uittreden uit de arbeidsmarkt: een rol voor werkomstandigheden?**

S De Breij, D. J. H. Deeg

VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

Achtergrond De pensioenleeftijd wordt in veel Europese landen verhoogd. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met de sociaal-economische status (SES) van de werkenden. Mensen met een lage SES hebben een slechtere gezondheid dan mensen met een hoge SES. Werkenden met een lage SES werken meer jaren en werken onder slechtere omstandigheden. Het verhogen van de pensioenleeftijd zou de sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen vergroten, ook na uittreding uit de arbeidsmarkt. Dit onderzoek betreft de vraag hoe eerdere werkomstandigheden zouden kunnen doorwerken op sociaal-economische gezondheidsverschillen na uittreden uit de arbeidsmarkt.

Methode Vijf longitudinale datasets van het EXTEND-project zijn gebruikt: uit Nederland (LASA), Duitsland (DEAS), Finland (FLAME), Denemarken (DLSA) en Engeland (ELSA) om de resultaten te kunnen repliceren. Zowel subjectieve (ervaren gezondheid en functionele beperkingen) als objectieve (fysieke prestatie en sterfte) gezondheid werd gevolgd over maximaal 18 jaar. Een breed spectrum aan werkomstandigheden pre-uitreding was beschikbaar.

Resultaten Bij werkenden die vroeg (voor 65 jaar) uittreden, werden SES-verschillen gevonden in bijna alle gezondheidsmaten in alle landen behalve Finland. Bij late uittreders (65 jaar of ouder) werden SES-verschillen in gezondheid juist voornamelijk in Finland gevonden. Psychosociale en fysieke werkbelasting, positieve psychosociale werkkenmerken en de reden van uittreding (arbeidsongeschiktheid, vervroegd pensioen of regulier pensioen) bleken de belangrijkste mediators te zijn.

Conclusies In het merendeel van de landen bestaan sociaal-economische verschillen in gezondheid na uittreden uit de arbeidsmarkt. Ook jaren na uittreding hadden mensen met een lage SES een slechtere gezondheid en een hoger sterftecijfer dan mensen met een hoge SES. Deze verschillen worden deels verklaard door eerdere werkomstandigheden.

PB3**De zorgvraag van ouderen in 2040**R. A. A. Vonk, M. Verschuuren, W. M. Ravensbergen
Ministerie van VWS – RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond Tussen nu en 2040 zal het aantal 65-plussers in Nederland naar verwachting stijgen van 3,1 naar 4,8 miljoen. Wat zijn de effecten van deze doorzettende vergrijping op de behoefte aan het gebruik van zorg, hulp

en ondersteuning van ouderen tussen nu en 2040? En wat betekent dit voor zorgverleners en het zorgsysteem? Onder andere deze vraag staat centraal in de VTV-2018 themaverkenning 'De zorgvragers van de toekomst'.

Methode We kijken in deze verkenning naar demografische en epidemiologische trends (bijvoorbeeld gezondheidstoestand, woonsituatie), maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in het zorgaanbod. We gebruiken hierbij kwantitatieve en kwalitatieve informatie. Daarnaast maken we gebruik van de kennis en expertise uit de academische wereld, consumenten- en patiëntenverenigingen en het zorgveld, via interviews en expertmeetings.

Resultaten De verwachte toename in multiproblematiek, waarbij gezondheidsproblemen vaak gecombineerd zijn met problemen in andere levensdomeinen zorgt voor een complexere zorgvraag van ouderen. Aan de kant van het zorgaanbod zien we een sterke daling van het mantelzorgpotentieel. Dit zorgt niet alleen voor meer druk op mantelzorgers, maar ook op eerstelijns, tweedelijns, langdurige zorg en spoedzorg. Dit vergt een goede afstemming tussen informele en formele zorg en maakt de vraag hoe we goed kunnen inspelen op de wensen én mogelijkheden van ouderen steeds belangrijker.

Conclusies De Nederlandse gezondheidszorg staat voor een grote uitdaging: hoe komen we tegemoet aan de steeds complexer wordende zorgvraag van ouderen in de toekomst. Wat betekent dit voor persoonsgerichte zorg en hoe flexibel moet het zorgsysteem zijn? De VTV-2018 biedt hiervoor aanknopingspunten voor zowel beleidsmakers als zorgverleners.

PB4**Pijn tijdens de veroudering: de Doetinchem Cohort Studie**H. S. J. Picavet¹, L. Groot¹, L. A. Schaap²,
W. M. M. Verschuren¹, S. H. van Oostrom¹¹RIVM, Bilthoven, Nederland²VU, Amsterdam, Nederland

Achtergrond De belangrijkste determinant van chronische pijn op enig moment in het leven is het eerder hebben doorgemaakt van (chronische) pijn. Pijn op gevorderde leeftijd wordt dus mogelijk bepaald door de ervaring van pijn over de hele levensloop. Er is echter niet veel bekend over hoe pijn ontwikkelt over de volwassen levensloop en tijdens veroudering. Ons doel was om langdurige individuele trajecten van pijn over 15 jaar van de levensloop te bestuderen en de rol van sociaal-demografische factoren, leefgewoonten en gezondheid hierbij.

Methode De studiepoupopulatie bestond uit 3485 volwassenen van 25 tot 71 jaar op baseline, een aselechte steekproef uit de bevolking van Doetinchem. De rapportage van pijn op vier metingen met elk 5 jaar ertussen in de periode 1995–2015, werd gebruikt om vijf pijnpatronen

te bepalen. De analyse van baseline determinanten werd gedaan via multinomiale logistische regressie.

Resultaten Bijna een derde van de populatie (32,2%) rapporteerde nooit pijn en 19,5% vrijwel altijd pijn. De andere patronen waren: ontwikkeling van pijn (19,2%), herstel van pijn (11,1%) en wisselende pijn (17,6%). De trajecten met voortdurende en/of recente pijn worden vaker gevonden onder vrouwen, rokers en volwassenen met een korte slaapduur. Tevens was er een sterke associatie van pijn met obesitas, chronische ziekte en een minder goede mentale gezondheid.

Conclusies Een substantieel deel van de volwassen en verouderende populatie rapporteert pijn over een lange periode van hun leven. Deze 'pijngeschiedenissen' zijn mogelijk relevant bij de aanpak van pijn bij veroudering en op oudere leeftijd.

PB5

Screeningsinstrumenten voor niet-tandheelkundige professionals om de mondgezondheid van ouderen te beoordelen – Een literatuur review

B. Everaars

Hogeschool Utrecht/ACTA, Utrecht, Nederland

Achtergrond Mondgezondheid van ouderen in Nederland is ontoereikend en met de groeiende afhankelijkheid vermindert voor hen ook de toegankelijkheid van de mondzorg. Niet-tandheelkundige professionals kunnen een substantiële bijdrage leveren in de screening en triage van mondgezondheid bij de oudere patiënt wanneer mondzorg minder toegankelijk wordt. In deze review worden psychometrische eigenschappen van mondzorg screeningsinstrumenten voor niet-tandheelkundige professionals beoordeeld op kwaliteit en inhoudelijk beschreven.

Methode PubMed, Embase.com and Cinahl zijn systematisch doorzocht op index- en vrije zoektermen. 'Mondgezondheid screeninginstrumenten', 'niet-tandheelkundige professionals' en 'oudere' werden gecombineerd door booleaanse operatoren. Artikelen zijn individueel gescreend op titel, samenvatting en full-tekst door twee reviewers. Artikelen, welke de psychometrische eigenschappen van een screeningsinstrument onderzochten, zijn geïncludeerd. De kwaliteit van de artikelen is beoordeeld met de COSMIN checklist.

Resultaten 435 artikelen bleven over voor selectie waarvan 19 artikelen zijn geïncludeerd voor analyse. Uit deze artikelen kwamen 9 verschillende screeningsinstrumenten naar voren (ROAG, OAG, MDS, OHAT, THROAT, DHR, MPS, BOHSE, Revised Oral Assessment Guide) welke in totaal 19 items in de mondholtte beoordelen. Over het algemeen werd er onvoldoende/matig gescoord op de COSMIN kwaliteitscriteria. Betrouwbaarheid en validiteitsonderzoek vond vaak plaats bij kleine steekproeven.

Conclusies De beperkte kwaliteit van gepubliceerd onderzoek laat geen conclusies toe over het meest geschikte instrument voor screening van mondgezondheid door niet-tandheelkundige professionals. Het beoordelen van: mondhygiëne, lippen, speekselvloed, tanden of protheses bleken de moeilijkste items voor niet-tandheelkundige professionals. Kwalitatief beter onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit met grotere steekproeven is nodig om inzicht te geven in het best bruikbare screeningsinstrument.

PB6

De (on)gezonde werkduurverwachting in Nederland

M. van der Noordt¹, S. van der Pas¹, T. G. van Tilburg², A. van den Hout³, M. A. Jonker¹, D. J. H. Deeg¹

¹VU medisch centrum, Amsterdam, Nederland

²Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

³University College, Londen, Verenigd Koninkrijk

Achtergrond Demografische veranderingen in de samenleving hebben geleid tot maatregelen om pensioenkosten te reduceren. Zo is vervroegd uittreden financieel onaantrekkelijk gemaakt. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de gemiddelde pensioenleeftijd van 2000 tot 2016 is toegenomen van 60,8 tot 64,4 jaar. De vraag is echter of deze gewonnen werkjaren in goede of slechte gezondheid zijn doorgebracht. In deze studie vergelijken we de (on)gezonde werkduurverwachting van 1992–2002 met 2002–2012.

Methode Uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) hebben we respondenten van 55 tot 65 jaar oud met een betaalde baan in 1992 en 2002 geselecteerd en gedurende 10 jaar gevolgd ($N=641$). Gezondheid is geoperationaliseerd als het wel/niet hebben van functionele beperkingen, gemeten met de Global Activity Limitation Indicator (GALI). De werkduurverwachting is geschat in een drie-toestandenmodel in R.

Resultaten De totale werkduurverwachting op 55-jarige leeftijd is gestegen van 4,2 jaar (95%BI=3,7–4,6) in 1992–2002 naar 5,4 jaar (95%BI=5,0–5,7) in 2002–2012. Het aantal jaren waarin gemiddeld met functionele beperkingen wordt gewerkt is gestegen van 0,7 jaar (95%BI=0,5–0,9) tot 1,3 jaar (95%BI=1,0–1,5). Werkenden die al functionele beperkingen hadden op 55-jarige leeftijd werkten in de eerste periode nog 2,2 jaar (95%BI=1,6–2,9) en in de tweede periode 3,6 jaar (95%BI=3,0–4,1) met hun functionele beperkingen.

Conclusie De gewonnen werkjaren tussen 1992–2002 en 2002–2012 zijn zowel in goede als in slechte functionele gezondheid doorgebracht. Met het oog op verhoging van de AOW-leeftijd kan in de toekomst een nog verdere stijging verwacht worden. Deze resultaten benadrukken het toenemende belang van goede werkplekinterventies die werknemers met functionele beperkingen kunnen ondersteunen.

Groep PC: Technologie en innovatie**PC1****Story of My Life; wensen en behoeften ten aanzien van het delen van levensverhalen en de rol van technologie**

M. Blok^{1,2}, E.J. van Ingen², A.H. de Boer^{2,3},
Pim Cuijpers², Naomi van Staple^{2,4}

¹Nationaal Ouderenfonds, Bunnik, Nederland

²Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

³Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, Nederland

⁴Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Bij het ouder worden verliezen mensen sociale contacten, zeker als zij geconfronteerd worden met dementie. De emotionele steun van degenen die er nog zijn wordt steeds belangrijker en in deze relaties wordt dan ook extra geïnvesteerd. Een manier van verbondenheid is het delen van levensverhalen. Er bestaan verschillende digitale tools om communicatie tussen ouderen en degenen om hen heen te bevorderen. Hoewel er aanwijzingen bestaan dat deze voordelen bieden aan verschillende actoren, zijn er nog drempels voor het gebruik ervan. Er is veel bekend over acceptatie van technologie door ouderen. Niet eerder echter werd dit onderzocht aan de hand van social aging theorieën.

Methode 30 individuele interviews zijn afgenomen bij ouderen met lichte dementie en belangrijke personen in hun leven. Doel was inzicht te krijgen in de communicatie tussen ouderen en hun naasten en het in kaart brengen van behoeften ten aanzien van het delen van herinneringen en levensverhalen. Deelnemers werden geworven via zorgboerderijen.

Resultaten Uit testsessies met een bestaande app, bleken er in eerste instantie drempels bij ouderen om informatie te delen over hun leven. Uit achterdocht, maar ook om de nieuwe generatie niet te vervelen. Ook bleek er terughoudendheid in gebruik van technologie. Professionals zagen de app wél als een goede manier om gesprekken aan te gaan en te ontdekken wat de oudere bezighoudt.

Conclusies Bij het ontwikkelen van een tool voor het delen van levensverhalen dient rekening te worden gehouden met specifieke behoeften en vaardigheden, die te verklaren zijn aan de hand van social aging theorieën.

PC2**Invloed van depressie en apathie op het neuropsychologische profiel van 50-plussers met cognitieve beperkingen**

E. E. De Roeck¹, E. M. Opmeer², E. Dierckx¹,
S. Engelborghs³, P. P. De Deyn²

¹Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

²Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen Nederland

³UZ Antwerpen, Antwerpen, België

Achtergrond Apathie wordt vaak gezien als een symptoom van depressie, maar anderen beschrijven het als aparte stoornis. Zo is een sombere stemming kenmerkend voor een depressie, en staat bij apathie een gebrek aan initiatief op de voorgrond. Beide worden geassocieerd met cognitieve tekorten en dementie. In deze studie hebben we het cognitieve profiel vergeleken van vier groepen mensen met toenemende cognitieve beperkingen: (1) een groep met depressieve symptomen, (2) een groep met apathie, (3) een groep die een combinatie van apathie en depressieve symptomen heeft en (4) een groep die geen van beide heeft.

Methode Bij 117 controles (CO), 97 deelnemers met milde cognitieve problemen (MCI) en 50 deelnemers met een beginnende dementie (DEM) werd een neuropsychologisch onderzoek afgenomen. Om apathie en depressie te meten werd gebruik gemaakt van respectievelijk de Apathie Evaluatie Schaal (AES; grensscore 38) en de Geriatrische Depressie schaal (GDS; grensscore 11). *Resultaten* Het aantal deelnemers met een apathie bedraagt respectievelijk 3.6%, 10.9% en 41.5% in de CO, MCI en DEM groep, terwijl de prevalentie van depressieve symptomen het hoogst was in de MCI groep (17.4%), gevolgd door de DEM (14.6%) en CO groep (10.6%). Daarnaast zien we in alle groepen dat de deelnemers met apathie globaal gezien zwakker scoren op de cognitieve testen dan deelnemers met een depressie.

Conclusies Deze studie toont aan dat apathie en depressie geassocieerd zijn met verschillende cognitieve profielen. Daarnaast verschillen beide in maximale prevalentie in functie van het dementiecontinuüm.

PC3**Lessen van mensen met dementie in het MBO onderwijs: het gebruik van videoclips uit narratieve interviews met mensen met dementie**

M. A. Alma¹, J. M. W. J. Lamerichs²

¹Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

²Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Uit een review van de curricula binnen het MBO-zorgonderwijs blijkt dat de vakken die zich richten op ouderenzorg en dementie studenten onvoldoen-

de voorbereiden op hun toekomstige werk. Daarnaast gaven studenten aan dat zij kennis vanuit het patiëntenperspectief missen in hun opleiding. Het MBO-onderwijsprogramma *Omgaan met dementie* is ontwikkeld op basis van interviews met relevante stakeholders en secundaire analyse van 90 narratieve interviews met mensen met dementie en hun mantelzorgers. In dit programma zijn diverse videofragmenten van deze narratieve interviews opgenomen, waarin mensen met dementie en hun mantelzorgers in detail vertellen over hoe zij benaderd willen worden. Het doel van deze studie is om inzicht te geven in de waarde die studenten hechten aan dergelijke videofragmenten.

Methode Tien studenten op twee MBO-scholen hebben een pilot-les gevolgd (100% vrouw, leeftijd 16–19 jaar). Beide pilot-lessen zijn opgenomen op audio en vervolgens getranscribeerd.

Resultaten De pilotlessen lieten zien dat de videofragmenten uit narratieve interviews niet alleen een empathische reactie opriepen bij studenten, maar ook werden aangewend voor reflectie op het eigen handelen als zorgprofessional. Ook toonden ze de kracht aan van het gebruik van metaforen, die in de interviews aangehaald werden en voor de leerlingen als basis functioneerden voor de groepsdiscussie.

Conclusies Hoewel er nog meer onderzoek nodig is, lijkt het werken met videofragmenten waarin mensen met dementie en hun mantelzorgers zelf vertellen wat het betekent om te leven met dementie een rijk en veelbelovend onderwijsmiddel. Het lijkt bijzonder geschikt om een aantal knelpunten die naar voren komen in het MBO-zorgonderwijs aan te pakken.

PC4

Sociale robots en Cocreatie: samen met mensen met dementie applicaties ontwikkelen

G. Visser¹, F. de Jong², E. G.E. Gyaltsen-Lohuis¹, J. T. Bouma³

¹Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

²NHL Hogeschool, Leeuwarden, Nederland

³Hanze Hogeschool, Groningen, Nederland

Achtergrond Kunnen sociale robots bijdragen aan positieve gezondheid van thuiswonende mensen met dementie? Promemo, kenniscentrum dementie voor professionals onderzoekt deze vraag. Essentieel is om de doelgroep te betrekken bij het onderzoek als co-designer. Veel te vaak gaat het over mensen met dementie, alsof zij niet meer in staat zijn om aan te geven wat zij belangrijk vinden. Onderzoek laat zien, dat het wel degelijk mogelijk is hen te betrekken bij de ontwikkeling van IT-applicaties. Samen ontwikkelen heeft een positieve invloed op empowerment, welbevinden en gevoel van controle.

Methode In diverse iteratieve cycli ontwerpen we samen met mensen met dementie, mantelzorgers en casemanagers nieuwe toepassingen van de sociale robot Tessa. Dit

is een zogenaamde Tinybot, die mensen aan afspraken herinnert en kan stimuleren tot activiteiten.

Resultaten Eerste resultaten laten zien dat mensen met dementie de aanwezigheid van Tessa thuis als positief en gezellig ervaren. Ze geven aan dat Tessa op dit moment nog niet zoveel mogelijkheden heeft om hen te ondersteunen in hun behoeften, maar ze zien de potentie en zijn bereid om over toekomstige mogelijkheden mee te denken.

Conclusies Cocreatie met gebruikers van Tessa geeft ons de mogelijkheid behoeftes van mensen met dementie beter te onderzoeken. Hoewel de sociale robot nog beperkte functionaliteit heeft, zijn de toekomstige gebruikers goed in staat om na te denken over nieuwe functies.

PC5

Als je wereld kleiner wordt; een kwalitatief onderzoek naar sociale behoeften van ouderen en de rol van sociale technologie

A. A. ten Bruggencate^{1,2}, K. G. Luijckx², J. Sturm¹

¹Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

²Tranzo, Tilburg, Nederland

Achtergrond Sociale behoeften zijn belangrijke en basale menselijke behoeften. In een vergrijzende samenleving is het vervullen van sociale behoeften belangrijk voor het behouden van het welbevinden en kwaliteit van leven bij ouderen. Sociale technologie wordt veelal door jongeren gebruikt om in sociale behoeften te voorzien. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de sociale behoeften van ouderen en de rol die sociale technologie hierin speelt. Met deze informatie stellen we mogelijkheden en voorwaarden op voor (technologische) interventies.

Methode We hebben een verkennend kwalitatief onderzoek gedaan en 19 zelfstandig wonende ouderen geïnterviewd. Na thematische analyse werden inductieve codes verbonden aan relevante quotes.

Resultaten De resultaten geven aan dat de groep deelnemers heterogeen is en dat hun behoeften en de manier waarop ze deze vervullen divers is. Sociale behoeften zoals verbondenheid, onafhankelijkheid, affectie, gedragsbevestiging en status zijn belangrijk voor het welbevinden van ouderen. Bronnen zoals relaties, activiteiten, persoonlijke omstandigheden en sociale technologie kunnen helpen om sociale behoeften te vervullen. Als er een gebrek aan (fysieke) bronnen is, zoals bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, verminderde mobiliteit, overlijden van netwerkleden, angst voor afwijzing en roddel en financiële gebreken kan het vervullen van sociale behoeften moeilijk zijn. Sociale technologie speelt een bescheiden rol in het leven van de ouderen en in het vervullen van hun behoeften.

Conclusies We concluderen dat de wereld van ouderen kleiner wordt en dat interventies om ouderen te ondersteunen zich op twee aspecten kunnen focussen: het on-

dersteunen en verbeteren van de omgeving dichtbij en de rest van de wereld een stukje dichterbij brengen.

Groep PD: Thuis en in de wijk

PD1

Ouderen met meerdere rollen: goed of slecht voor het welbevinden?

F. M. Bijnsdorp, B. Suanet, M. I. Broese van Groenou
Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond Ouderen moeten zich steeds vaker actief inzetten in het sociale domein. Zij moeten langer werken door de verhoogde pensioenleeftijd, terwijl zij ook vaker mantelzorg geven door de toegenomen levensverwachting van ouderen. De toenemende druk om rollen te combineren roept de vraag op hoe dit het welbevinden beïnvloedt. Het doel van deze studie is inzicht krijgen in de invloed van rolcombinaties op het welbevinden van Nederlandse ouderen.

Methode Data zijn afkomstig uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (N respondenten = 1885). De invloed van rolcombinaties in arbeid, mantelzorg en vrijwilligerswerk op welbevinden is in kaart gebracht door middel van lineaire regressie analyses. Daarnaast is er gekeken naar het effect van de intensiteit per rol. Ook is middels mediatie analyses gekeken of effecten van rolcombinaties en intensiteit van rollen op welbevinden verklaard kunnen worden door sociale netwerkomvang en ervaren regie.

Resultaten Betaald werk combineren met vrijwilligerswerk zorgt voor een afname in depressieve symptomen. De relatie wordt gedeeltelijk verklaard door ervaren regie. Wanneer wordt gekeken naar de intensiteit van rollen, blijft het effect alleen bestaan voor betaald werk. Intensieve mantelzorg draagt bij aan depressieve symptomen en wordt volledig gemedieerd door de mate van ervaren regie.

Conclusies Het combineren van rollen is positief wanneer de intensiteit van de rollen niet te hoog is. Een betaalde baan beschermt tegen depressieve symptomen, terwijl intensieve mantelzorg zorgt voor overbelasting. Toekomstige interventies moeten zich richten op het behouden van ervaren regie.

PD2

Samenredzaamheid en verbondenheid in de wijk

F. C. Bakker, A. E. Harps-Timmerman, C. H. M. Smits
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond Gemeenten zoeken naar manieren om burgerinitiatieven te faciliteren die samenredzaamheid en verbinding in een wijk stimuleren. Daarvoor moeten

gemeenten weten welke samenredzaamheid, initiatieven en verbinding er zijn binnen wijken, en wie welke rol daarin aanneemt.

Methode Gedurende twee jaar werd actieonderzoek verricht in een zogenoemd Wijklab, volgens principes van Practice Development. Dataverzameling vond continu plaats en bestond onder andere uit het bezoeken van best practices van burgerinitiatieven die samenredzaamheid en verbinding faciliteren, uit straatinterviews met burgers, uit het bijwonen van bijeenkomsten van het wijkplatform, en uit interviews met wijkprofessionals.

Resultaten Lokale, kleine initiatieven zijn weinig bekend bij zowel burgers, professionals als beleidsmakers, of ze worden niet herkend als burgerinitiatieven. Burgers starten een initiatief wanneer zij de urgentie voelen om iets te veranderen ten behoeve van de kwaliteit van hun leefomgeving. Wanneer burgers gevraagd wordt om iets te doen in burgerinitiatieven, roept dit bij hen weerstand op door gebrek aan tijd, vaardigheden en verantwoordelijkheden die daarmee gepaard gaan. Wijkprofessionals zijn veelal onbewust bezig met samenredzaamheid, en zien het verwijzen van burgers naar deze initiatieven als hun rol.

Conclusies Burgers en professionals verrichten onbewust activiteiten om de samenredzaamheid en verbinding in een wijk te vergroten. Om de activiteiten meer bewust uit te voeren, te stimuleren en te faciliteren, moet een Wijkplatform bestaande uit burgers uit de wijk en een wijkregisseur vanuit de gemeente, een herkenbare en vindbare spil zijn in de wijk.

PD3

Netwerkverandering en gezondheid bij thuiswonende ouderen, volgens ouderen en wijkverpleegkundigen: wat werkt, voor wie, in welke omstandigheden, en waarom?

W. H. Vos, L. C. van Boekel, K. G. Luijkx,
R. T. A. J. Leenders
Tilburg University, Tilburg, Nederland

Achtergrond Netwerkverandering beïnvloedt gezondheid en vice versa, blijkt uit voornamelijk kwantitatief onderzoek. Het doel van deze kwalitatieve studie was om te achterhalen hoe de dynamiek van netwerkverandering en gezondheid bij thuiswonende ouderen werkt. Dit kan formele en informele zorgverleners helpen meer effectief te interveniëren in het sociale netwerk, zodat ouderen langer gezond blijven.

Methode Focusgroepen zijn gehouden met 12 thuiswonende ouderen en 17 wijkverpleegkundigen, geworven via 4 thuiszorgorganisaties, in een stad en op het platteland. De gesprekken zijn getranscribeerd, gecodeerd en relaties tussen codes zijn vastgesteld op basis van 'grounded theory building'. Er is beoordeeld welke thema's belangrijk zijn en met 'realist evaluation' is vastgesteld of

thema's tot de 'context' behoren, 'mechanismen' zijn of 'uitkomsten'.

Resultaten Overlijden van de partner en aanwezigheid van een ziekte beïnvloeden de activiteiten die worden ondernomen, met wie en waarom. 'Het wordt allemaal wat minder' lijkt een bekend en geaccepteerd gegeven waar men liever niet op anticipeert. Is het eenmaal zo ver, dan wordt actie ondernomen. Netwerkverandering lijkt vooral gevolgen te hebben voor mentale en spirituele gezondheidsaspecten, zoals veerkracht en de mate van acceptatie van de situatie, terwijl de ervaren kwaliteit van leven beperkt beïnvloed lijkt te worden.

Conclusies De diversiteit van thuiswonende ouderen blijkt uit de focusgroepen. Tegelijkertijd zijn mechanismen geïdentificeerd, voor netwerkverandering en gezondheid, die voor subgroepen lijken te gelden. Dit bevestigt het beeld dat meer onderzoek nodig is, naar wat werkt, voor wie, in welke omstandigheden en waarom, om effectief te kunnen interveniëren in het sociale netwerk van thuiswonende ouderen.

PD4

Cocreatie met Turks-Nederlandse mantelzorgers: naar cultuursensitieve dementiezorg

C. H. M. Smits¹, J. S. Jukema², G. Duran¹, G. Cumert³, F. C. Bakker¹

¹Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

²Hogeschool Saxion, Deventer, Nederland

³Zwolloedoet, Zwolle, Nederland

Achtergrond Arbeidsmigranten hebben een relatief hoog risico op dementie (Uysal-Bozkir, 2016). Zij maken echter weinig gebruik van professionele zorg omdat die niet bij hun behoeften aansluit. De meeste zorg wordt geboden door familieleden, die zich vaak zwaar belast voelen. In ons cocreatieproject Samen aan de Slag werken vijf mantelzorg gevende Turks-Nederlandse dochters samen om hun eigen situatie en die van hun ouder met dementie te verbeteren. Ze worden hierbij ondersteund door een onderzoeker, een professional van een vrijwilligersorganisatie en studenten toegepaste gerontologie. De onderzoeksvraag betreft de factoren die de voortgang van het project bevorderen dan wel belemmeren.

Methode De basis van dit co-creatieproject bestaat uit actie-onderzoek vanuit een participatief design. Samenwerking en gelijkwaardige bijdrage vormen kern-elementen. De mantelzorgers komen (2-) maandelijks bijeen. Dataverzameling bestaat uit participerende observaties en semi-gestructureerde interviews.

Resultaten Het eerste cocreatie-product is een persona dat de persoonlijke expertise en emoties van het mantelzorgen weerspiegelt. Deze persona is gebruikt in de vervolgstappen van doelen formuleren en planning. Het doel is cultuursensitieve zorg. Met de persona zijn criteria voor cultuursensitieve zorg ontwikkeld. Deze criteria

helpen de mantelzorgers in de samenwerking met zorgorganisaties om hun doelen te bereiken.

Cocreatie zet de expertise van eindgebruikers in. Belangrijke faciliterende factoren zijn: tijd, flexibiliteit, opbouwen van sociaal kapitaal (netwerk opbouw, relaties en emotie, expertise en actie), erkenning van de rol en expertise van mantelzorgers en de faciliterende rol van de onderzoeker en professional.

Conclusies Cocreatie is een werkzame vorm om de situatie van Turks-Nederlandse mantelzorgers en hun ouder met dementie te verbeteren.

PD5

Attituden en meningen van professionele zorgverleners en mantelzorgers ten aanzien van onvrijwillige zorg bij mensen met dementie die thuis wonen

A. M. H. J. Mengelers¹, J. P. H. Hamers¹, M. Bleijlevens¹, H. Verbeek¹, L. Capezuti²

¹Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

²Hunter College of City University of New York, New York, Verenigde Staten

Achtergrond Mensen met dementie blijven steeds langer thuis wonen. Complexe zorgvragen in de thuiszorg kunnen leiden tot situaties waarin zorg geboden wordt tegen de wil van mensen met dementie, zoals het afsluiten van deuren of mensen gedwongen wassen. Dit zijn voorbeelden van onvrijwillige zorg. Om onvrijwillige zorg te verminderen is het belangrijk inzicht te krijgen in attituden t. a. v. onvrijwillige zorg. Dat is het doel van deze studie.

Methode In deze cross-sectionele studie hebben 230 professionele zorgverleners (onder andere huisartsen, verpleegkundigen en case managers) en 77 mantelzorgers van mensen met dementie die thuis wonen de Maastricht Attitude Questionnaire – Home Care ingevuld. Deze vragenlijst meet attituden t. a. v. onvrijwillige zorg (53 items) en in welke mate men onvrijwillige zorg beperkend en vervelend vindt om toe te passen (25 items). Onvrijwillige zorg bestaat uit het gebruik van 1) gedwongen zorg, 2) psychotrope medicatie en 3) vrijheidsbeperkende maatregelen.

Resultaten Mantelzorgers accepteren het gebruik van onvrijwillige zorg in het algemeen ($P < 0.001$), gedwongen zorg ($P < 0.001$), psychotrope medicatie ($P = 0.005$) en vrijheidsbeperkende maatregelen ($P < 0.001$) meer dan professionele zorgverleners. Daarnaast vinden mantelzorgers gedwongen zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen minder beperkend ($P < 0.001$ en $P < 0.001$ respectievelijk) en minder vervelend om gedwongen zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen ($P < 0.001$ en $P = 0.002$ respectievelijk) toe te passen. Zowel professionele zorgverleners als mantelzorgers vinden het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen het meest beperkend en vervelend.

Conclusies Onvrijwillige zorg wordt meer geaccepteerd door mantelzorgers dan door professionele zorgverleners. Om onvrijwillige zorg te verminderen is het belangrijk dat professionele zorgverleners met mantelzorgers samenwerken en goede ondersteuning bieden.

PD6

Wat ik voel en doe als ik mij eenzaam voel. Een kwalitatief onderzoek onder ouderen naar coping met eenzaamheid

I. M. C Tindemans, E Schoenmakers

Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

Achtergrond Eenzaamheid wordt beschouwd als een individuele beleving wat suggereert dat het omgaan met eenzaamheid vraagt om maatwerk. Er is echter weinig bekend over de individuele beleving van ouderen die eenzaamheidsgevoelens ervaren. In dit onderzoek is onderzocht hoe ouderen hun gevoelens van eenzaamheid ervaren, ermee omgaan en wat hun behoeften zijn.

Methode Er zijn diepte-interviews afgenomen onder thuiswonende ouderen (74–91) die zichzelf als eenzaam beschouwen of een gebrek aan contacten ervaren. De gegevens zijn geanalyseerd door middel van thematische analyse (Braun & Clarke, 2006).

Resultaten Aansluitend op voorgaande studies beschouwden de respondenten eenzaamheid als een subjectieve, negatieve ervaring ten gevolge van het gebrek aan (kwaliteit van) bepaalde relaties. Een gemis van sociale aspecten als wederkerigheid, affectie, waardering en bezorgdheid waren gemeenschappelijke uitkomsten. Veelal werden minderwaardigheidsgevoelens ervaren. Eenzaamheidsgevoelens werden ervaren terwijl zij alleen en in gezelschap waren. Verschillenden respondenten hebben het gevoel dat anderen hen niet begrijpen of hun eenzaamheidsgevoelens bagatelliseren in termen van oplossingen. Ervaringen met en reacties op eenzaamheid kunnen geplaatst worden binnen de coping theorie (Lazarus & Folkman, 1984). Alle respondenten beschouwden hun eenzaamheid als stressvol (primaire beoordeling). Tevens hanteerden alle respondenten bij het omgaan/verminderen van hun eenzaamheidsgevoelens een vorm van probleemgerichte en/of emotiegerichte coping (secundaire beoordeling).

Conclusies Ondanks de diverse manieren van problemen emotiegerichte coping die ingezet werden slaagden de respondenten er niet in om hun eenzaamheidsgevoelens op te lossen. Uit deze studie blijkt dat de coping theorie een nuttig kader kan zijn om beter te begrijpen hoe oudere mensen hun gevoelens van eenzaamheid ervaren en hoe ze ermee omgaan.