

# Intramurale verpleeghuiszorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit: specialistische zorg of cliënten tussen wal en schip?

Anne M.A. van den Brink · Debby L. Gerritsen · Richard C. Oude Voshaar · Raymond T.C.M. Koopmans

Twee voorbeelden van cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit die zijn aangemeld voor verpleeghuiszorg

Een 63-jarige vrouw is gediagnosticeerd met een depressie, paniekaanvallen, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale kenmerken en multipale sclerose. Zij was immobiel en volledige ADL-afhankelijk, doch kon zelfstandig wonen dankzij intensieve mantel- en thuiszorg. Na het overlijden van haar mantelzorgster begon zij, ook buiten de geplande zorgmomenten, toenemend een beroep te doen op de thuiszorg. Hieruit bleek dat mevrouw meer continuïteit in de zorgverlening nodig had dan door de thuiszorg geboden kon worden. Daarom werd een indicatie aangevraagd voor opname in een verpleeghuis

Het tweede voorbeeld betreft een 72-jarige, gehuwde man met een recidiverende psychotische depressie, tardieve dyskinesie en ernstige diabetes insipidus. Hij werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suicidaliteit, nihilistische wanen en een delier. Het delier was het gevolg van uitdroging door slecht drinken en de diabetes insipidus. Na rehydratie en met intensieve psychiatrische behandeling knapte hij goed op, maar om herhaling van een dergelijke ontsporing te voorkomen, bleef psychiatrische en somatische begeleiding noodzakelijk. Vanwege deze zorgbehoefte, die voor zijn echtgenote een te grote belasting betekende, was ontslag naar huis niet mogelijk en verhuisde hij naar een verpleeghuis

## Inleiding

Hoewel onderzoek uitwijst dat multimorbiditeit bij ouderen eerder regel dan uitzondering is, ontbreken exacte cijfers over de combinatie van psychiatrische en somatische aandoeningen, zogenaamde psychiatrisch-somatische multimorbiditeit [1].

Cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit zijn gebaat bij een geïntegreerde benadering van hun zorgvragen. Daarvoor zijn dan ook verschillende zorgmodellen ontwikkeld [2]. In de eerste lijn bestaat bijvoorbeeld een groeiende belangstelling voor *collaborative care* programma's, waarin professionals, al dan niet uit verschillende sectoren en/of van verschillende organisaties hun activiteiten zo veel mogelijk op één lijn brengen, resulterend in samenhangende zorg die is afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt [3]. In de tweede lijn is geïnte-

---

A. M.A. van den Brink (✉) · D. L. Gerritsen · R. T.C.M. Koopmans  
Afdeling Eerstelijngeneeskunde,  
Radboud universitair medisch centrum,  
Nijmegen, Nederland  
e-mail: anne.vandenbrink@radboudumc.nl

A. M.A. van den Brink · D. L. Gerritsen · R. T.C.M. Koopmans  
Specialistisch Zorg- en Behandelcentrum Joachim en Anna,  
Stichting De Waalboog,  
Nijmegen, Nederland

R. C. Oude Voshaar  
Universitair Centrum Psychiatrie,  
Universitair Medisch Centrum Groningen,  
Groningen, Nederland

greerde zorg voor dergelijke cliënten beschikbaar op geriatrieafdelingen en medisch-psychiatrische units in algemene, psychiatrische en academische ziekenhuizen.

Deze modellen passen in het beleid voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), dat al vanaf begin jaren tachtig gericht is op ambulantisering [4]. Voor langdurig verblijf zijn cliënten sindsdien vooral aangewezen op beschermde woonvormen, waar structuur en begeleiding geboden wordt. Wanneer cliënten tevens geconfronteerd worden met complexe somatische problemen, wordt voor het bieden van geïntegreerde psychiatrisch-somatische zorg toenemend een beroep gedaan op verpleeghuizen.

In Nederland hebben de verpleeghuizen een lange traditie in het huisvesten van cliënten in units voor specifieke doelgroepen, zoals psychogeriatrische of somatische units. Op deze manier kunnen zorg, behandeling, wonen en welzijn geïntegreerd en afgestemd op de doelgroep worden geboden.

Nu steeds meer zorg thuis en in kleinschalige woonvormen geboden wordt, veranderen de doelgroepen in verpleeghuizen naar cliënten met de meest complexe zorgvragen. Om deze zorgvragen adequaat te kunnen beantwoorden, is het noodzakelijk dat verpleeghuizen zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra, deels voor de meest complexe cliënten van de traditionele doelgroepen en deels voor relatief nieuwe doelgroepen, waaronder cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit.

In de praktijk blijkt dat deze gerontopsychiatrische cliënten andere zorgvragen hebben dan cliënten met dementie of met uitsluitend somatische aandoeningen [5]. Hoewel er nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht is naar de zorgbehoeften van cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit [6], kan op basis van praktijkervaring een beeld geschetst worden van de randvoorwaarden voor specialistische verpleeghuiszorg voor deze doelgroep [7].

### Randvoorwaarden

Een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling, waar specialistische verpleeghuiszorg van goede kwaliteit geleverd wordt, zou er als volgt uit moeten zien: de afdeling beschikt over een gespecialiseerd multidisciplinair team, waar in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een GZ-psycholoog en een HBO-opgeleide verpleegkundige met kennis over en ervaring met de doelgroep deel van uitmaken. Naast onderzoek, behandeling en begeleiding van cliënten zijn de genoemde

professionals in staat om de overige leden van het team te ondersteunen en te begeleiden.

Specifieke kennis en vaardigheden zijn nodig om zorgvragen, symptomen en gedrag goed te kunnen interpreteren. Dit kan ingewikkeld zijn vanwege de manier waarop cliënten klachten en zorgvragen uiten, maar ook omdat somatische en psychiatrische aandoeningen vrijwel dezelfde symptomen kunnen geven. Zo kunnen neurologische symptomen, zoals verminderde alertheid en gebrek aan energie, verward worden met de symptomen van een psychiatrische aandoening, zoals anhedonie en apathie bij een depressie.

Daarnaast zijn de professionals getraind in voor deze doelgroep en setting bruikbare begeleidingsstrategieën waarmee zij invloed kunnen uitoefenen op de interactie tussen cliënt en diens omgeving. De professionals weten hoe hun eigen gedrag van invloed is op de reactie van de cliënt en kunnen dit inzetten om gedrag van cliënten positief te beïnvloeden.

Er zijn goede afspraken met collega's uit de tweede lijn, voor zowel somatische als psychiatrische consultatie en medebehandeling. Verschillende disciplines uit de GGZ zijn laagdrempelig te benaderen voor advies. Als de situatie dat noodzakelijk maakt, kan er opgeschaald worden naar intensievere zorg bij voorkeur in het verpleeghuis met ondersteuning vanuit de GGZ, maar als dat niet haalbaar blijkt, wordt (kortdurende) opname in de GGZ soepel geregeld (ketenzorg).

Daarnaast is het belangrijk dat gekwalificeerde medewerkers vanuit de GGZ met een vaste regelmaat de afdeling bezoeken, onder andere voor educatie van het team en om doelgroepspecifieke adviezen te geven met betrekking tot de woonleefomgeving in het verpleeghuis [8].

Deze woonleefomgeving, die zowel de fysieke als de sociale en organisatorische omgeving omvat, vraagt bijzondere aandacht. De in de literatuur beschreven uitgangspunten voor bijvoorbeeld de woonleefomgeving voor psychogeriatrische cliënten [9] zijn naar verwachting niet optimaal voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit. Er bestaat een reëel risico dat het sterk op ondersteuning gerichte klimaat binnen het verpleeghuis het functioneren van deze groep cliënten negatief beïnvloedt. Een therapeutisch milieu is waarschijnlijk passender.

Voor de inrichting hiervan kan gebruik gemaakt worden van de inzichten uit de intramurale geestelijke gezondheidszorg [10, 11]. Dit therapeutisch milieu zou er als volgt uit moeten zien: enerzijds biedt de zorgverlener vanuit een respectvolle, gelijkwaardige en vriendelijke basishouding lichamelijke en psychische ondersteuning die gericht is op het bevorderen van eigenwaarde,

controle en veiligheid. Nadrukkelijk wordt de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bevorderd. Anderzijds biedt de zorgverlener structuur waarbij rollen en verantwoordelijkheden voorstelbaar zijn, waarin gedragsregels gelden en stelt deze, als dat nodig is, eenduidige grenzen. Er wordt actief gewerkt aan het bevorderen van de betrokkenheid van de cliënt op zijn of haar sociale omgeving. Bovendien zijn er voldoende mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding, toegesneden op de wensen en mogelijkheden van deze cliënten, die over het algemeen wat jonger zijn dan de overige cliënten in verpleeghuizen [6].

### Benodigde ontwikkelingen

De zorg en behandeling voor deze doelgroep moeten zich ontwikkelen van “good practices” naar “best practices” met evidence-based interventies. Daartoe dienen richtlijnen ontwikkeld te worden die toegesneden zijn op de specifieke kenmerken en zorgvragen van deze groep cliënten.

De onderzoeksagenda zou zich minimaal moeten richten op de specifieke zorgbehoeften, de meest effectieve zorgmodellen en behandelingen, het therapeutisch milieu, bruikbare screenings- en diagnostische instrumenten en de benodigde kennis en vaardigheden van de verschillende leden van het multidisciplinaire team.

Ten behoeve van deze beide ontwikkelingen zouden de krachten gebundeld moeten worden, het liefst internationaal. Het door de International Psychogeriatric Association (IPA) opgerichte Long-Term Care Shared Interest Forum (SIF) kan hier wellicht een belangrijke rol in vervullen. ([http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/programs/sif/sif\\_ltc.html](http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/programs/sif/sif_ltc.html))

### Regelgeving en financiering

Regelgeving en financiering mogen het realiseren van bovenstaande randvoorwaarden en ontwikkelingen niet in de weg staan. De financiering

dient toereikend te zijn voor de extra inspanningen ten behoeve van de zorg voor deze doelgroep, zoals specifieke vormen van behandeling (psychotherapie), realisatie en evaluatie van het therapeutisch milieu, consultatie vanuit de GGZ en scholing van het team.

Deze aanbeveling is bijzonder actueel in het kader van de recente hervormingen in de langdurige zorg. Er bestaat namelijk een reëel risico dat met ingang van 1 januari 2015 sommige cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit niet meer opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis omdat hun GGZ-indicatie niet meer (administratief) mag worden omgezet in een V&V-indicatie. Indien voor een cliënt met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit een indicatie wordt afgegeven die gebaseerd is op de dominante grondslag ‘psychiatrische aandoening of beperking’, wordt deze cliënt uitgesloten van opname in een verpleeghuis. Dit heeft uiteraard ook gevolgen voor de instroom van cliënten op gerontopsychiatrische verpleeghuisafdelingen en daardoor voor de financiering. Afname van financiële middelen zet het realiseren van de randvoorwaarden voor specialistische verpleeghuiszorg onder druk.

### Conclusie

Verpleeghuizen kunnen een belangrijke rol spelen in de zorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit indien zij zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra waarin aan de hierboven beschreven randvoorwaarden is voldaan. Indien dit niet mogelijk is, is de kans groot dat deze cliënten tussen wal en schip vallen.

Dit is een bewerking van het Guest Editorial dat verschenen is in *International Psychogeriatrics*.

van den Brink, A. M., D. L. Gerritsen, et al. (2014). “Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside.” *Int Psychogeriatr* 26(10): 1585–1589.

---

### Literatuur

1. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
2. Bartels SJ. Caring for the whole person: integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(12 Suppl):249–57.

3. Unützer J, Schoenbaum M, Druss BG. The collaborative care model: an approach for integrating physical and mental health care in Medicaid health homes. Baltimore, 2013.
4. Hoof F van, Knispel A, Erp N van, Overweg K, Place C, Vught M van. Ambulantisering. Trendrapportage GGZ 2012; deel 1: organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbosch instituut; 2013.
5. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ. Quality of mental health care for nursing home residents: a literature review. *Med Care Res Rev.* 2010;67(6):627–56.
6. Brink AM van den, Gerritsen DL, Voshaar RC, Koopmans RT. Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(4):531–48.
7. Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie in de V & V; 2012.
8. Bartels SJ, Moak GS, Dums AR. Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatr Serv.* 2002;53(11):1390–6.
9. Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(7):1084–96.
10. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry.* 1978;41(4):327–35.
11. De Haan E, Olij L. Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort: GGZ Nederland, 2009.

# Indicatoren van emotioneel welbevinden in de psychogeriatrische praktijk

H.F.A. Diesfeldt<sup>a</sup>

## Indicators of emotional well-being in psychogeriatric care

Responses of 1,442 consecutive participants in psychogeriatric day care (mean age 78.8; *SD* 6.5) to 15 items of a mood questionnaire were analyzed by Mokken scale analysis which is based on nonparametric item response theory models. As from 2002, 825 participants also answered eight self-esteem questions. For the purpose of an exploratory and confirmatory study the sample was split into random halves. The sample represented a broad range of cognitive impairment, from moderately severe to mild dementia. An automated item selection procedure available in the R package mokken revealed a scale for emotional well-being consisting of nine items fitting the monotone homogeneity model of unidimensionality and adequate person separation (Loevingers  $H=0.37$ ;  $SE=0.02$ ; Cronbach's coefficient  $\alpha=0.79$ ;  $SE=0.02$ ). A confirmatory analysis in the second random half of the sample confirmed these results. The scale for emotional well-being consists of the items feeling 'contented', 'healthy', 'tired', 'lonely', 'down', 'in good spirits', 'helpless', 'weak' and 'having faith in the future'. Mokken scale analysis of the eight self-worth items confirmed the unidimensionality and discriminatory power of the self-esteem scale ( $H=0.41$ ;  $SE=0.03$ ; Cronbach's  $\alpha=0.80$ ;  $SE=0.02$ ). Emotional well-being was positively associated with self-worth (Spearman correlation= $0.56$ ; 95%-confidence interval [0.49;0.62]). The two scales allow the objective ordering of persons on the latent variables of emotional well-being and self-worth by their test scores. Three case vignettes illustrate application of the indicators in clinical psychogeriatric practice.

Keywords: Emotion, Life satisfaction, Well being, Self esteem, Item response theory, Elder care

Tijdschr Gerontol Geriatr 2015; 46: 137-151

<sup>a</sup> De Stichtse Hof, Naarderstraat 81, 1251 BG, Laren, The Netherlands

Correspondentie: H.F.A. Diesfeldt, De Stichtse Hof, Naarderstraat 81, 1251 BG, Laren, The Netherlands, Email: h.diesfeldt@outlook.com

## Samenvatting

De antwoorden van 1.442 opeenvolgende deelnemers aan psychogeriatrische dagbehandeling (gemiddelde leeftijd 78,8 jaar;  $SD$  6,5) op vijftien items van een stemmingsvragenlijst werden geanalyseerd op basis van het niet-parametrische schaalmodel van Mokken. Vanaf 2002 waren voor 825 deelnemers ook antwoorden op een vragenlijst voor zelfwaardering beschikbaar. Het niveau van cognitief functioneren van de deelnemers varieerde over een brede range, van  $-6$  tot  $+4$  op de korte versie van de Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS3). Exploratief onderzoek (in de helft van de steekproef) naar unidimensionaliteit en discriminerend vermogen van de stemmingsitems leverde een Schaal voor Emotioneel Welbevinden op van negen items (Loevingers  $H=0,37$ ;  $SE=0,02$ ; Cronbachs coëfficiënt  $\alpha=0,79$ ;  $SE=0,02$ ). De resultaten werden in een confirmatief onderzoek bij een tweede, onafhankelijke steekproef bevestigd. De Schaal voor Emotioneel Welbevinden bestaat uit de items 'tevreden', 'gezond', 'moe', 'eenzaam', 'somber', 'opgewekt', 'hulpeloos', 'zwak', en 'toekomst'. Onderzoek van de acht zelfwaarderingssitems bevestigde de unidimensionaliteit en het discriminerend vermogen van een schaal voor globale zelfwaardering ( $H=0,41$ ;  $SE=0,03$ ; Cronbachs  $\alpha=0,80$ ;  $SE=0,02$ ). Spearman's rangcorrelatie tussen somscores op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden en de Zelfwaarderingsschaal was  $0,56$  (95%-betrouwbaarheidsinterval  $[0,49;0,62]$ ). Met de twee schalen beschikt de klinisch werkzame psycholoog over instrumenten om personen objectief te ordenen op de latente eigenschappen emotioneel welbevinden en zelfwaardering. Toepassing in de psychogeriatrische praktijk wordt geïllustreerd aan de hand van drie casusvignettes.

Trefwoorden: Psychogeriatric, Dementie, Welbevinden, Zelfwaardering, Mokken schaalanalyse

Welbevinden heeft in onderzoek naar de levenskwaliteit van mensen met dementie een centrale plaats.<sup>1</sup> Dröes e.a. inventariseerden via literatuurstudie en focusgroepgesprekken met mensen met dementie en zorgverleners welke aspecten zij voor het welbevinden van mensen met dementie belangrijk vonden.<sup>2, 3</sup> Het betrof affect, zelfwaardering, gehechtheid, sociaal contact, plezier beleven aan activiteiten, gevoel

voor esthetiek in de leefomgeving, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, veiligheid en privacy, zelfbeschikking en vrijheid, nuttig zijn en zingeving, en spiritualiteit of religie. Zorgverleners in de psychogeriatric vinden bevorderen van een goede stemming en een positief zelfbeeld zeer belangrijk. De oriëntatie op subjectief welbevinden sluit goed aan bij de intentie om persoonsgerichte of belevingsgerichte zorg te verlenen.<sup>4</sup>

Aanwezigheid van positieve gevoelens, afwezigheid van negatieve gevoelens en tevredenheid met het eigen leven worden algemeen beschouwd als de belangrijkste indicatoren van emotioneel welbevinden.<sup>5, 6</sup> Emotioneel welbevinden is in een door Marcoen voorgesteld model van subjectief welbevinden bij ouderen te herkennen als 'psychisch welbevinden'.<sup>7</sup> Psychisch welbevinden 'heeft betrekking op het zich al dan niet, of meer of minder goed voelen (...). Het refereert naar: tevreden zijn met het beeld dat men van zichzelf heeft, vrede gevonden hebben met het verleden, het heden de moeite waard vinden en niettegenstaande de ervaring van de eindigheid en het vooruitzicht van het sterven, nog toekomstperspectief hebben. Het impliceert ook het gevoel van greep te hebben op zijn omgeving (...)'.<sup>7</sup>

Vragen naar het subjectieve welbevinden worden het best en vooreerst gesteld aan de persoon zelf.<sup>8</sup> Voor dat doel zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar, als vertaling van internationaal gebruikte instrumenten, zoals de QOL-AD (*Quality of Life-Alzheimer's Disease*), de *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), de *Geriatric Depression Scale* en de vragenlijst van Zung.<sup>9-13</sup>

Sinds 1981 is voor een gesprek over de stemming van mensen met dementie de Depressielijst beschikbaar, ontworpen door de Nederlandse psychiater L.A. Cahn.<sup>14, 15</sup> De vragenlijst bestaat uit vijftien trefwoorden om gevoelens van respondenten te peilen over zichzelf, hun omgeving en de toekomst. Hierin zijn de drie grote thema's te herkennen uit de cognitieve triade van Aaron Beck.<sup>16</sup> De trefwoorden zijn deels ontleend aan criteria voor de klinische diagnose 'depressieve stoornis'.<sup>17</sup> De Depressielijst vraagt echter niet expliciet naar het zelfbeeld, een belangrijk onderdeel van het concept van psychisch welbevinden zoals hierboven beschreven. Het verdient daarom aanbeveling het stemmingsonderzoek aan te vullen met zelfwaarderingsvragen. In dit onderzoek zijn daarvoor de acht items van Brinkmans Zelfwaarderingsschaal gebruikt.<sup>18, 19</sup>

Van een goed bruikbaar meetinstrument moet worden vastgesteld dat de items hetzelfde meten (unidimensionaliteit) en dat er genoeg items zijn

om personen met behulp van een somscore betrouwbaar te onderscheiden op de veronderstelde latente eigenschappen van, in dit geval, emotioneel welbevinden en zelfwaardering. Van belang is verder dat deze psychometrische kwaliteiten worden bepaald voor de relevante doelgroepen van mensen met een cognitieve stoornis, veelal als gevolg van dementie. Het is niet bij voorbaat duidelijk hoe een stoornis van aandacht, geheugen of taalbegrip de uitkomsten van een vraaggesprek over emotioneel welbevinden beïnvloedt. Het is daarom van belang om individuele verschillen in niveaus van cognitief functioneren bij onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van vragenlijsten te betrekken.

De thema's unidimensionaliteit en interneconsistentie-betrouwbaarheid, waren onderwerp van onderzoek in eerdere publicaties over de Depressielijst en de Vragenlijst voor zelfwaardering.<sup>20-22</sup> De destijds uitgevoerde studies verdienen echter aanvulling om verschillende redenen. Voor de bepaling van de dimensionaliteit van de Depressielijst werden oorspronkelijk exploratieve en confirmatieve factoranalyses gebruikt.<sup>20, 21</sup> Volgens meer recente inzichten heeft factoranalyse echter niet de voorkeur voor onderzoek van de unidimensionaliteit van een itemverzameling. Daarvoor kan beter een analysemethode op basis van *Item Response Theory* (IRT) worden gebruikt.<sup>23</sup> Voor onderzoek van de Vragenlijst voor zelfwaardering werd al wel het non-parametrische IRT-model van Mokken gebruikt, maar het aantal deelnemers was met 245 destijds te klein voor kruisvalidering van de resultaten, waardoor onduidelijk is hoe stabiel de toen gevonden schaaieigenschappen zijn.<sup>22</sup>

In de afgelopen jaren kon het aantal deelnemers dat met de oorspronkelijke itemverzamelingen werd onderzocht sterk worden uitgebreid. De gegevens zijn gebruikt om unidimensionaliteit en interneconsistentie-betrouwbaarheid van de Depressielijst en de Vragenlijst voor zelfwaardering opnieuw te onderzoeken. Doel van dit onderzoek is de psycholoog in de praktijk van de psychogeriatric te informeren over de bruikbaarheid van de twee meetinstrumenten voor emotioneel welbevinden en zelfwaardering.

## Methoden

### *De Depressielijst*

De Depressielijst bestaat uit vijftien trefwoorden die één voor één op afzonderlijke kaarten worden getoond (zie Bijlage 1). De onderzoeker ondersteunt het trefwoord met een simpele vraag

(bijvoorbeeld 'Voelt u zich tevreden?'), wacht het antwoord af en rubricceert dat vervolgens op een scoringsformulier onder één van de drie voorgedrukte antwoordmogelijkheden. De itemscores variëren van 0 tot 2, waarbij hoge scores wijzen op een minder goede stemming of onvrede met zichzelf, de toekomst of de omgeving.

### *Zelfwaarderingsvragen*

De zelfwaarderingsvragen zijn ontleend aan Brinkmans Zelfwaarderingschaal.<sup>18</sup> Deze korte vragenlijst voor onderzoek van de globale zelfwaardering is veelvuldig toegepast in sociaal-gerontologisch onderzoek.<sup>24, 25</sup> De vragenlijst (zie Bijlage 2) bestaat uit acht uitspraken waarop de onderzochte kan reageren met een keuze uit drie antwoorden ('nee', 'min of meer', 'ja'). De itemscores variëren van 0 tot 2, waarbij hoge scores wijzen op een hogere mate van zelfwaardering.

### *Deelnemers*

Voor de psychometrische analyses zijn databestanden gebruikt met gegevens van achtereenvolgende psychogeriatric patiënten die in de jaren 1994 tot en met 2012 de dagbehandeling bezochten van de verpleeghuizen waarvoor de onderzoeker werkzaam was (De Stichtse Hof, Laren NH en Zonnehoeve, Hilversum). Voor analyse van de items van de Depressielijst en de zelfwaarderingsvragen waren gegevens van respectievelijk 1.442 en 825 respondenten beschikbaar (de zelfwaarderingsvragen werden pas vanaf 2002 ingevoerd). Ten behoeve van de schaalanalyses werd elke patiënt slechts één keer geïnccludeerd.

De Depressielijst en de zelfwaarderingsvragen werden afgenomen in het kader van het reguliere psychologisch onderzoek van cognitie en affect. Depressielijst en zelfwaarderingsvragen werden voorgelegd aan het eind van een eerste sessie van ongeveer drie kwartier, waarin ook enkele cognitieve tests werden afgenomen (de Cognitieve Screening Test (CST), de Diaserie voor psychologisch onderzoek en de Behavioral Dyscontrol Scale).<sup>26-28</sup> In een tweede sessie, meestal een week later, werd het onderzoek van de cognitie uitgebreid met de Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS).<sup>29</sup> Om de geldigheid van de psychometrische schaaieigenschappen voor diverse niveaus van cognitief functioneren te onderzoeken zijn de deelnemers verdeeld in vier ongeveer even grote groepen op basis van hun scores op de standaard

korte versie van de ADS. De score berust op drie ADS-subtests: Visueel Geheugen, Oriëntatie en Fluency.<sup>30</sup> Visueel Geheugen is een non-verbale test voor intentioneel leren en uitgestelde herkenning van vijf afbeeldingen. Oriëntatie vraagt naar het huidige jaar, de maand en de naam van de instelling waar het onderzoek plaatsvindt. Fluency is het aantal voorbeelden dat de onderzochte weet te noemen van 'dieren' (in de eerste minuut) en vervolgens van 'beroepen' (in de tweede minuut). De uitgestelde herkenning wordt onderzocht na een interval van ongeveer tien minuten, gevuld met de oriëntatievragen, het verzoek een meanderfiguur te tekenen, de woordfluencytaak en een natekentaak. De ADS3-somscore varieert van -6 tot +4, waarbij hogere scores een relatief hoog niveau van cognitief functioneren betekenen. Het onderste einde van de pool (-6) wordt gevormd door deelnemers die meer dan drie fouten maakten bij afbeeldingenherkenning, meer dan twee fouten bij Oriëntatie en minder dan negen voorbeelden noemden van 'dieren' en 'beroepen' samen. Aan het bovenste einde van de pool (+4) bevinden zich de deelnemers die niet alleen bij onmiddellijke, maar ook bij uitgestelde herkenning steeds de juiste afbeeldingen aanwezen, alle oriëntatievragen correct beantwoordden, en meer dan 25 voorbeelden konden produceren van 'dieren' en 'beroepen' samen. Voor het niveau van cognitief functioneren werden vier klassen van de ADS3-score onderscheiden, en wel zo dat elke klasse ongeveer evenveel deelnemers zou tellen: van -6 tot -3, -2 en -1, 0 en 1, en van 2 tot 4. De ADS3-somscore is als cognitieve indicator geselecteerd omdat de andere gebruikte tests minder cognitieve domeinen bestrijken of geen optelling van subtestscores toelaten.

#### *Unidimensionaliteit en discriminerend vermogen*

Om na te gaan in hoeverre items uit een gegeven itemverzameling dezelfde latente eigenschap meten, zijn de vijftien items van de Depressielijst en de acht zelfwaarderingsitems onderzocht op basis van het niet-parametrische schaalmodel van Mokken.<sup>31, 32</sup> Het model van Mokken leent zich in het bijzonder voor onderzoek van schalen of tests die een klein aantal items bevatten, en waarvan de responsfrequenties niet-normaal verdeeld zijn. Het Mokken-model stelt minder strenge eisen aan karakteristieken van testitems dan parametrische modellen en staat (evenals sommige parametrische modellen) analyse van items met meer dan twee antwoordcategorieën toe, waardoor de

informatie in dergelijke polytome items optimaal wordt benut.<sup>33</sup>

In de analyse werden items uit de Depressielijst en de zelfwaarderingsvragenlijst getoetst aan het model van monotone homogeniteit. Voor dit model gelden de volgende aannamen: unidimensionaliteit (voor elke respondent geldt dat de somscore over de items een indicator vormt voor eenzelfde latente eigenschap), monotoniteit (de waarschijnlijkheid van een positieve itemrespons neemt toe met de positie van de respondent op de latente eigenschap die het item pretendeert te meten) en lokale onafhankelijkheid (de waarschijnlijkheid van een positieve itemrespons hangt alleen af van de latente eigenschap van de respondent en niet van diens antwoorden op andere items).<sup>23</sup> Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, kunnen respondenten op basis van de somscore worden geordend op het continuüm van de latente eigenschap. De toetsing gaat er bovendien van uit dat de items in een schaal voldoende discriminerend vermogen hebben in de onderzochte populatie. Het discriminerend vermogen van een item bepaalt in hoeverre de itemscore onderscheidend is tussen personen met een verschillende positie op de latente eigenschap.

Voor het onderzoek van unidimensionaliteit en discriminerend vermogen werd gebruik gemaakt van het programma *Mokken* (versie 2.7.5) in het softwarepakket R.<sup>34</sup> Dit programma berekent correlaties tussen itemscores (in de vorm van Loevingers  $H_{ij}$ ), schaalbaarheidscoëfficiënten  $H_i$  per item en de schaalbaarheidscoëfficiënt  $H$  voor de schaal, inclusief de standaardfout ( $SE$ ) en de (standaardnormaal verdeelde)  $z$ -waarde voor deze coëfficiënten. Loevingers  $H_{ij}$  (voor de correlatie tussen responsfrequenties op twee items) is de correlatie gedeeld door de maximaal mogelijke correlatie gegeven de randtotalen van de kruistabel.  $H_i$  per item is een gewogen gemiddelde van de coëfficiënten  $H_{ij}$ ,  $H$  voor de gehele schaal is een gewogen gemiddelde van de coëfficiënten  $H_i$ .<sup>23</sup>

De conclusie dat items een schaal vormen (dat wil zeggen: voldoen aan monotone homogeniteit en voldoende discriminerend vermogen hebben), wordt getrokken wanneer het volgende uit de resultaten blijkt: er zijn geen (significant) negatieve correlaties tussen itemscores, de schaalbaarheidscoëfficiënten  $H_i$  per item zijn significant positief ( $z$ -waarde  $>1,645$ ), er zijn geen significante verstoringen van manifeste monotoniteit ( $z <1,645$ ), en de schaalbaarheidscoëfficiënt  $H$  voor de schaal is  $\geq 0,30$  en significant positief ( $z >1,645$ ). Dat de



schaalcoëfficiënt  $H$  minstens 0,30 moet bedragen is een praktische vuistregel, gebaseerd op de gedachte dat een kleinere waarde alsnog twijfel oproept aan de kwaliteit van de items, ook al zouden deze op grond van de andere criteria wel aanvaardbaar zijn.<sup>23</sup> Doel van dit onderzoek was om zoveel mogelijk items te behouden voor een bruikbare en betrouwbare schaal. Daarom wordt genoeg genomen met een minimaal aanvaardbare schaalbaarheidscoëfficiënt  $H$  van 0,30.  $H$ -coëfficiënten tot 0,39 wijzen op een 'zwakke' schaal, en van 0,40 tot 0,49 op een 'matig-sterke' schaal. Bij  $H \geq 0,50$  is sprake van een 'sterke' schaal. De kwalificaties duiden op het relatieve vermogen van een itemverzameling (schaal) om personen te ordenen op de latente eigenschap.<sup>34</sup>

Een itemverzameling kan behalve aan het model van monotone homogeniteit nog getoetst worden aan een model van invariante itemordening (dubbele monotoniciteit). Bij invariante itemordening zijn de items consistent geordend naar de mate waarin zij positief zijn voor de latente eigenschap. Zij vormen dan een hiërarchische schaal. Een model van invariante itemordening legt meer beperkingen op aan geschikte items en is daarmee restrictiever dan een model van (enkelvoudige) monotoniciteit. Om zoveel mogelijk goed discriminerende items te behouden, is er in dit onderzoek niet naar gestreefd om itemverzamelingen te modelleren volgens de criteria van invariante itemordening.

Voor de toetsing van de hypothese dat items in een schaal voldoen aan monotone homogeniteit en elk voldoende discriminerend vermogen hebben, werd een exploratieve benadering gecombineerd met een confirmatieve benadering bij wijze van kruisvalidering. Daartoe werd de groep deelnemers willekeurig gesplitst in een 'testgroep' (voor een exploratieve analyse) en een even grote, onafhankelijke 'valideringsgroep' voor een confirmatieve analyse. Een exploratieve analyse zoekt binnen een verzameling items naar schaalbare items. Hiervoor is het zoekalgoritme gebruikt van het programma Mokken in het softwarepakket R.<sup>32</sup> <sup>34</sup> In de confirmatieve analyse werden de psychometrische kwaliteiten van de schalen uit de exploratieve analyse getoetst.

#### *Interneconsistentie-betrouwbaarheid*

De mate waarin de somscore van een verzameling items een betrouwbare ordening van respondenten toelaat, is niet alleen afhankelijk van de hoogte van de correlaties tussen de items en het discriminerend vermogen van de items, maar ook van het aantal items. De

vraag of een itemverzameling die voldoet aan de voorwaarden van monotone homogeniteit en voldoende discriminerend vermogen ook voldoende items bevat, wordt beantwoord door berekening van de interne consistentie (Guttman's coëfficiënt  $\lambda_2$  en Cronbach's alfa).<sup>23</sup>  $\lambda_2$  werd berekend met behulp van het programma Mokken.<sup>34</sup> Cronbach's alfa en de standaardfout ( $SE$ ) van alfa werden berekend met het programma Coefficientalpha (versie 0.2.6) in het softwarepakket R.<sup>35</sup>

## **Resultaten**

### *Deelnemerskenmerken*

Biografische gegevens van de deelnemende patiënten zijn vermeld in Tabel 1, afzonderlijk voor respondenten in de 'testgroep' en de 'valideringsgroep'.

Van de deelnemers was bijna 60% vrouw. Zij zijn geboren in 1903–1962. Leeftijd varieerde van 45 tot 94 jaar (mediaan: 80; gemiddelde 78,8;  $SD$  6,5); 54,7% had een opleiding minder dan ulo/mavo; 54% woonde samen, 46% alleen. Bij 91,7% werd een vorm van dementie vastgesteld, met een gemiddelde duur van 3,6 jaar ( $SD$  2,7). Bij de overige 8,3% was de cognitieve stoornis niet ernstig genoeg voor de diagnose 'dementie'.<sup>36</sup> De respondenten bezochten de dagbehandeling twee dagen per week en waren gemiddeld zo'n zes weken in dagbehandeling voordat zij werden uitgenodigd voor het psychologisch onderzoek. Resultaten van de Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS) ontbraken voor respectievelijk 78 (5,4%) en 15 (1,8%) van de deelnemers aan het onderzoek met de Depressielijst of de zelfwaarderingsvragen. Zij waren niet meer beschikbaar voor deelname aan de ADS, die op een andere dag dan de stemmingsvragen werd afgenomen.

### *Depressielijstitems*

De automatische zoekprocedure liet van negen items uit de Depressielijst zien dat de antwoorden van de deelnemers voldoende samenhang vertoonden om een unidimensionele en discriminerende schaal te vormen. Deze items zijn weergegeven in Tabel 2.

In navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO, die een positieve omschrijving van geestelijke gezondheid voorstaat, zijn de itemscores omgesleuteld zodat hoge scores (positieve) gevoelens van welbevinden uitdrukken op het vlak van ervaren gezondheid, een opgewekte stemming, vertrouwen in de toekomst, en

Tabel 1	Deelnemersgegevens voor onderzoek met de Depressielijst en de Zelfwaarderingsvragen			
	Depressielijst (1994-2012)		Zelfwaardering (2002-2012)	
	Testgroep	Valideringsgroep	Testgroep	Valideringsgroep
Variabele	n=721	n=721	n=413	n=412
Geslacht (vrouw/man; %)	58,3/41,7	58,7/41,3	57,9/42,1	56,8/43,2
Geboortjaar (gemiddelde; SD)	1924; 8,1	1923; 8,2	1927; 7,1	1928; 6,9
Leeftijd (gemiddelde; SD)	78,6; 6,5	78,9; 6,6	79,2; 6,4	78,6; 6,3
Opleiding (lo of vbo/mavo of hoger; %)	55,8/44,2	53,7/46,3	52,1/47,9	48,8/51,2
Woonsituatie (alleen/samen; %)	46,2/53,8	45,8/54,2	45,3/54,7	44,9/55,1
Diagnose (dementie/anders; %)	92,4/7,6	91,1/8,9	92,5/7,5	95,9/4,1
Duur dementie in jaren (gemiddelde; SD)	3,6; 2,6 <sup>a</sup>	3,7; 2,7 <sup>b</sup>	3,6; 2,5 <sup>c</sup>	3,8; 3,1 <sup>d</sup>
Weken in dagbehandeling (gemiddelde; SD)	5,8; 16,4	6,5; 14,7	6,9; 13,8	6,3; 21,8
ADS <sub>3</sub> (gemiddelde; SD)	-0,5; 2,7 <sup>e</sup>	-0,6; 2,8 <sup>f</sup>	-0,1; 2,6 <sup>g</sup>	-0,4; 2,7 <sup>h</sup>

ADS<sub>3</sub> Amsterdamse Dementie-Screeningstest, subtests Visueel Geheugen, Oriëntatie en Fluency

<sup>a</sup>n=666; <sup>b</sup>n=657; <sup>c</sup>n=382; <sup>d</sup>n=395; <sup>e</sup>n=677; <sup>f</sup>n=687; <sup>g</sup>n=401; <sup>h</sup>n=409

afwezigheid van gevoelens van onvrede, somberheid, eenzaamheid en hulpeloosheid.<sup>37</sup> De negen items representeren de latente eigenschap van 'emotioneel welbevinden'. Zes items van de Depressielijst (slapen, eten, oud, vrienden, bezoek, verveling) vertoonden onderling of met andere items te weinig samenhang. De frequentieverdeling van de itemscores is weergegeven in Bijlage 3. Gelet op de hierboven geformuleerde criteria (geen negatieve correlaties tussen itemscores, H<sub>i</sub> per item significant positief, geen significante verstoringen van monotonie en H voor de schaal  $\geq 0,30$ ), vormen de negen items in Tabel 2 een schaal die voldoet aan monotone homogeniteit en voldoende discriminerend vermogen. De resultaten werden bevestigd in de onafhankelijke valideringsgroep. De betrouwbaarheid van de schaal in termen van Cronbachs alfa en Guttman's lambda 2 is  $\pm 0,79$ . Systematische weglating van telkens één item leidde niet tot een hogere coëfficiënt alfa of lambda 2.

#### Zelfwaarderingsitems

Schaalanalyse van de zelfwaarderingsvragen wees uit dat de acht items een matig-sterke unidimensionele schaal vormen. Een ontkennend antwoord op de stelling 'Bij mij gaat alles fout' kwam het meest voor, gelet op de gemiddelde itemscore van ruim 1,8 (zie Tabel 2). Gemiddeld (1,4) gaf het kleinste aantal respondenten een bevestigend antwoord op de

stelling 'Ik ben tamelijk zeker van mezelf'. De betrouwbaarheid van de schaal in termen van Cronbachs alfa en Guttman's lambda 2 is  $\geq 0,80$ . Systematische weglating van telkens één item leidde niet tot een hogere coëfficiënt alfa of lambda 2. De structuurkenmerken van de zelfwaarderingsitems zijn in de valideringsgroep niet anders dan in de testgroep. Scores op de Zelfwaarderingsschaal correleerden sterk ( $>0,50$ ) met de somscores op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden, zoals de Spearman rangcorrelaties in de onderste regel van Tabel 2 laten zien.

#### Niveau van cognitief functioneren

In Tabel 3 zijn de psychometrische eigenschappen van de Schaal voor Emotioneel Welbevinden (SEW) en de Zelfwaarderingsschaal (Zws) weergegeven naar vier niveaus van cognitief functioneren.

Gelet op de overlappende 95%-betrouwbaarheidsintervallen ( $H \pm 1,96 * SE$ ) variëren de schaalbaarheidscoëfficiënten H voor de twee meetinstrumenten niet systematisch met de ernst van de cognitieve stoornis van de respondenten, zoals bepaald met behulp van de ADS<sub>3</sub>. Ook de coëfficiënten van interneconsistentie-betrouwbaarheid variëren weinig met het niveau van cognitief functioneren. Scores op de SEW correleerden negatief met het niveau van cognitief functioneren: de Spearman rangcorrelatie tussen beide bedroeg  $-0,11$  [ $-0,16$ ;  $-0,06$ ]. Tabel 3 laat

**Tabel 2** Schaal voor Emotioneel Welbevinden en Zelfwaarderingsschaal voor testgroep (exploratieve analyse) en valideringsgroep (confirmatieve analyse). Guttmans lambda 2 en Cronbachs alfa (*SE*) voor interneconsistentie-betrouwbaarheid. Spearmans rangcorrelaties (en 95%-betrouwbaarheidsinterval) tussen somscores voor Emotioneel Welbevinden en Zelfwaardering

	Testgroep (n=721)			Valideringsgroep (n=721)		
	<i>M</i>	<i>H<sub>i</sub></i> ( <i>SE</i> )	<i>z</i>	<i>M</i>	<i>H<sub>i</sub></i> ( <i>SE</i> )	<i>z</i>
Emotioneel welbevinden-items						
Gezond ('ja'=2)	1,811	0,36 (0,04)	22,34	1,775	0,36 (0,03)	21,96
Toekomstvertrouwen ('ja'=2)	1,809	0,38 (0,03)	23,21	1,857	0,29 (0,03)	16,64
Zwak ('nee'=2)	1,771	0,31 (0,04)	19,05	1,760	0,32 (0,03)	19,93
Hulpeloos ('nee'=2)	1,738	0,31 (0,03)	19,78	1,700	0,32 (0,03)	20,27
Opgewekt ('ja'=2)	1,728	0,40 (0,03)	25,48	1,746	0,35 (0,03)	21,92
Tevreden ('ja'=2)	1,533	0,37 (0,03)	23,99	1,549	0,36 (0,03)	23,26
Eenzaam ('nee'=2)	1,523	0,34 (0,03)	21,48	1,501	0,30 (0,03)	19,41
Moe ('nee'=2)	1,506	0,35 (0,03)	21,57	1,506	0,30 (0,03)	18,22
Somber ('nee'=2)	1,484	0,51 (0,02)	30,26	1,535	0,43 (0,03)	26,42
Schaal voor Emotioneel Welbevinden (0-18)						
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	14,9 (3,3)			14,9 (3,1)		
Negatieve itempaarcoëfficiënten ( <i>H<sub>ij</sub></i> )		0	≥ 3,86		0	≥ 3,09
Verstoringen van manifeste monotonie		2	≤ 0,90		1	≤ 0,32
Schaalcoëfficiënt <i>H</i>		0,37 (0,02)	48,47		0,34 (0,02)	44,08
Guttmans coëfficiënt lambda 2		0,80			0,78	
Cronbachs alfa ( <i>SE</i> )		0,79 (0,02)			0,77 (0,02)	
	Testgroep (n=413)			Valideringsgroep (n=412)		
	<i>M</i>	<i>H<sub>i</sub></i> ( <i>SE</i> )	<i>z</i>	<i>M</i>	<i>H<sub>i</sub></i> ( <i>SE</i> )	<i>z</i>
Zelfwaarderingitems						
Bij mij gaat alles fout ('nee'=2)	1,835	0,37 (0,05)	14,12	1,842	0,34 (0,06)	13,06
Ik heb een lage dunk van mezelf ('nee'=2)	1,726	0,45 (0,04)	18,84	1,721	0,46 (0,04)	19,99
Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf ('ja'=2)	1,542	0,44 (0,04)	20,44	1,648	0,38 (0,04)	17,29
Ik sta positief ten opzichte van mezelf ('ja'=2)	1,521	0,40 (0,04)	18,75	1,609	0,37 (0,04)	17,22
In het algemeen heb ik weinig vertrouwen in mijn capaciteiten ('nee'=2)	1,506	0,43 (0,04)	19,88	1,553	0,39 (0,04)	18,23
Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen ('nee'=2)	1,448	0,36 (0,04)	16,87	1,466	0,35 (0,04)	16,46
Soms voel ik me nutteloos ('nee'=2)	1,392	0,39 (0,04)	17,78	1,466	0,39 (0,04)	18,21
Ik ben tamelijk zeker van mezelf ('ja'=2)	1,363	0,47 (0,04)	19,17	1,454	0,44 (0,04)	18,41
Zelfwaarderingsschaal (0-16)						
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	12,3 (3,5)			12,8 (3,4)		
Negatieve itempaarcoëfficiënten ( <i>H<sub>ij</sub></i> )		0	≥ 4,36		0	≥ 3,61
Verstoringen van manifeste monotonie		0			0	
Schaalcoëfficiënt <i>H</i>		0,41 (0,03)	36,28		0,39 (0,03)	34,66
Guttmans coëfficiënt lambda 2		0,81			0,80	
Cronbachs alfa ( <i>SE</i> )		0,80 (0,02)			0,79 (0,02)	
Spearmans rangcorrelatie met Schaal voor Emotioneel Welbevinden [95%-BI]		0,56 [0,49; 0,62]			0,55 [0,48; 0,62]	

*M* gemiddelde; *SD* standaarddeviatie; *H<sub>i</sub>* itemcoëfficiënt; *H* schaalcoëfficiënt; *SE* standaardfout; *z* z-waarde

<b>Tabel 3</b> Gemiddelden ( <i>M</i> ), standaarddeviaties ( <i>SD</i> ) en schaalbaarheidscoëfficiënten op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden en de Zelfwaarderingsschaal naar vier niveaus van cognitief functioneren volgens de Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS <sub>3</sub> )				
ADS <sub>3</sub> -scorebereik	-6; -3	-2; -1	0; 1	2; 4
Schaal voor Emotioneel Welbevinden (0-18)				
<i>n</i>	357	312	330	365
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	15,5 (2,9)	14,8 (3,2)	14,9 (3,1)	14,6 (3,3)
H ( <i>SE</i> )	0,34 (0,03)	0,35 (0,03)	0,34 (0,03)	0,37 (0,03)
Guttman's lambda 2	0,78	0,79	0,78	0,80
Cronbach's alfa ( <i>SE</i> )	0,77 (0,03)	0,78 (0,02)	0,77 (0,03)	0,79 (0,02)
Zelfwaarderingsschaal (0-16)				
<i>n</i>	177	184	208	241
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	13,0 (3,3)	12,3 (3,5)	12,7 (3,2)	12,3 (3,7)
H ( <i>SE</i> )	0,42 (0,05)	0,38 (0,03)	0,35 (0,05)	0,47 (0,04)
Guttman's lambda 2	0,81	0,79	0,76	0,84
Cronbach's alfa ( <i>SE</i> )	0,80 (0,03)	0,78 (0,02)	0,76 (0,04)	0,83 (0,02)

zien dat deelnemers met een relatief ernstige cognitieve stoornis op de SEW gemiddeld 0,9 punt hoger scoorden dan deelnemers met de beste resultaten op de ADS<sub>3</sub>. De gestandaardiseerde effectgrootte van dit verschil (Hedges' *g*) en het 95%-betrouwbaarheidsinterval (bepaald met behulp van de noncentrale *t*-verdeling) is 0,29 [0,15; 0,44].<sup>38</sup> Het betreft een relatief klein verschil (een middelgroot verschil heeft een effectgrootte  $\geq 0,50$ ).<sup>39</sup> Deelnemers met een relatief ernstige cognitieve stoornis behaalden 0,3 tot 0,7 meer punten op de Zelfwaarderingsschaal (Zws) dan deelnemers met een wat hoger niveau van cognitief functioneren. De Spearman rangcorrelatie tussen ADS<sub>3</sub> en Zws bedroeg -0,06 [-0,12; 0,01]. De gestandaardiseerde effectgrootte voor het Zws-scoreverschil tussen de twee groepen op de uiterste polen van de ADS<sub>3</sub> was 0,21 [0,01; 0,40].

#### Normering en betekenis van somscores

Tabel 4 geeft de frequentieverdeling van scores op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden (SEW) en de Zelfwaarderingsschaal (Zws) voor de 825 deelnemers aan wie beide schalen zijn voorgelegd. Aan de hand van de percentiele rang en het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de percentiele rangscores kan van individuele deelnemers worden bepaald hoe hun scores zich verhouden tot die van een vergelijkingsgroep van deelnemers aan psychogeriatrische dagbehandeling.<sup>40</sup> Zo valt uit Tabel 4

bijvoorbeeld af te lezen dat een score van 7 op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden bij hoogstens 5% van de deelnemers werd aangetroffen, evenals een score van 4 op de Zelfwaarderingsschaal. Somscores tussen het 25-ste en 75-ste percentiel van de frequentieverdeling mogen gelden als normaal voor de onderzochte populatie. Het betreft de scores 14 tot 17 op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden, en de scores 11 tot 15 op de Zelfwaarderingsschaal. De maximale scores (van 18, respectievelijk 16) werden bij ongeveer 25% van de deelnemers gevonden.

#### Discussie

In dit onderzoek werden unidimensionaliteit, discriminerend vermogen en interneconsistentie-betrouwbaarheid onderzocht van een vragenlijst voor stemming en globale zelfwaardering, toegepast bij psychogeriatrische patiënten. Analyse van het empirisch patroon van correlaties tussen de antwoorden leverde een schaal voor emotioneel welbevinden op van negen items, en bevestigde de unidimensionaliteit van een schaal voor globale zelfwaardering van acht items. Met deze twee schalen beschikt de klinisch werkzame psycholoog over instrumenten om de mate van emotioneel welbevinden en zelfwaardering van een onderzochte vast te stellen, evenals individuele verschillen tussen respondenten op deze latente eigenschappen.

Tabel 4 Frequentieverdeling, gemiddelden ( <i>M</i> ) en standaarddeviaties ( <i>SD</i> ) van somscores voor de Schaal voor Emotioneel Welbevinden (SEW) en de Zelfwaarderingsschaal (Zws) voor de 825 deelnemers die met beide schalen zijn onderzocht									
SEW ( <i>N</i> =825)					Zws ( <i>N</i> =825)				
Score	<i>f</i>	<i>P</i>	95%-OG	95%-BG	Score	<i>f</i>	<i>P</i>	95%-OG	95%-BG
0	1	0,1	0,0	0,5	0	2	0,1	0,0	0,6
1	1	0,2	0,0	0,7	1	6	0,6	0,1	1,5
2	2	0,4	0,1	1,0	2	6	1,3	0,6	2,4
3	2	0,6	0,2	1,4	3	9	2,2	1,2	3,6
4	2	0,8	0,4	1,7	4	9	3,3	2,1	4,9
5	9	1,5	0,7	2,8	5	7	4,3	3,0	6,0
6	4	2,3	1,4	3,6	6	21	6	4,0	8,4
7	13	3,3	2,0	5,1	7	16	8	6,2	10,6
8	8	4,6	3,2	6,3	8	27	11	8,2	13,8
9	10	6	4,1	7,6	9	38	15	11,4	18,4
10	25	8	5,5	10,5	10	53	20	16,0	24,9
11	34	11	8,4	14,7	11	62	27	22,4	32,4
12	50	16	12,5	20,8	12	70	35	29,8	40,9
13	48	22	18,3	26,8	13	87	45	38,4	51,3
14	65	29	24,2	34,6	14	113	57	49,1	64,6
15	94	39	32,2	45,7	15	110	70	62,9	77,7
16	114	52	43,7	59,3	16	189	89	77,0	99,5
17	131	66	57,7	74,8					
18	212	87	74,3	99,4					
<i>M</i>	15,0				<i>M</i>	12,5			
<i>SD</i>	3,2				<i>SD</i>	3,4			

*f* frequentie; *P* percentiele rang met 95%-betrouwbaarheidsinterval: ondergrens (OG) en bovengrens (BG)

### Wat is nieuw?

Dit onderzoek is een uitbreiding van eerder onderzoek, waarin de hypothese van monotone homogeniteit en discriminerend vermogen van items uit een stemmings- en zelfwaarderingsvragenlijst werd getoetst. In het huidige onderzoek konden veel meer deelnemers worden betrokken dan in de eerdere studies. Ook zijn er voor de analyses andere keuzes gemaakt die aansluiten bij nieuwe inzichten op het gebied van schaalanalyse. In het oorspronkelijke onderzoek met de vijftien items van de Depressielijst werd gezocht naar een meerdimensionale factorstructuur die het best paste bij de empirische correlatiematrix. De keuze voor een 3-factorenmodel (1997), en

vervolgens voor een 4-factorenmodel (2004) was weliswaar passend volgens factoranalytische criteria, maar had als nadeel dat de resulterende schalen te weinig items bevatten voor een acceptabele interneconsistentie-betrouwbaarheid.<sup>20, 21</sup> In het huidige onderzoek werd daarom gezocht naar een itemverzameling die beantwoordde aan de basisvoorwaarden voor een unidimensionele en discriminerende schaal, die bovendien voldoende items zou bevatten voor een hoge interneconsistentie-betrouwbaarheid. Voor de Depressielijst betekende dit uitgangspunt dat er, anders dan in eerder onderzoek, slechts één itemverzameling (met negen items voor emotioneel welbevinden) werd behouden in plaats van drie kleine verzamelingen van elk vier, drie en twee items

voor respectievelijk de latente eigenschappen somberheid, vermoeidheid en eenzaamheid.<sup>21</sup>

Antwoorden op de zelfwaarderingsitems waren nu voor een veel groter aantal deelnemers beschikbaar, zodat de resultaten van de analyses in een 'testgroep' van ruim 400 deelnemers konden worden gevalideerd in een even grote, onafhankelijke tweede groep. De gevolgde werkwijze biedt bescherming tegen kapitaliseren op kans. De acht zelfwaarderingsitems vormen een klinisch bruikbare, unidimensionele en discriminerende schaal, met een interneconsistentie-betrouwbaarheid van  $\pm 0,80$  (Guttman's  $\lambda = 2$ ). Bij een betrouwbaarheid van  $0,80$  is de kans op een correcte classificatie van een individuele respondent als 'bovengemiddeld' versus 'benedengemiddeld' op de latente eigenschap 85%.<sup>23</sup>

Het niveau van cognitief functioneren van de deelnemers aan dit onderzoek varieerde over een brede range. Daarmee zijn de schaal-eigenschappen van de onderzochte instrumenten geldig voor personen met een relatief ernstige tot een relatief lichte cognitieve stoornis. Analyse in vier subgroepen bevestigde dat de schaalbaarheids- en betrouwbaarheidscoëfficiënten niet systematisch varieerden met de ernst van de cognitieve stoornis.

#### *Situering van de items in opvattingen over subjectief welbevinden*

Emotioneel welbevinden en zelfwaardering horen bij het grotere domein van subjectief welbevinden. Subjectief welbevinden wordt in de psychologie, de sociologie en de gezondheidswetenschappen intensief bestudeerd.<sup>6, 41, 42</sup> Een veel gebruikt onderscheid is dat tussen de hedonistische en de eudemonische opvatting van welbevinden.<sup>7</sup> In de hedonistische opvatting hangen gevoelens van welbevinden samen met tevreden in het leven staan, plezier beleven en afwezigheid van negatieve gevoelens. De aristotelische, eudemonische opvatting legt eerder het accent op persoonlijke groei, doelgerichtheid in het leven, zelfrealisatie en zelfaanvaarding.

Tegen de achtergrond van de hedonistische en de eudemonische traditie in het onderzoek naar subjectief welbevinden heeft Marcoen een 6-dimensioneel model van welbevinden bij ouderen voorgesteld.<sup>7</sup> De zes dimensies zijn psychisch, lichamelijk, sociaal, materieel, cultureel en existentieel welbevinden. In het concept van psychisch welbevinden komen positief affect, zelftevredenheid, toekomstperspectief en autonomie samen. De

Zelfwaarderingsschaal representeert de 'tevredenheid met zichzelf' in het concept van psychisch welbevinden. In de Schaal voor Emotioneel Welbevinden verwijst afwezigheid van gevoelens van 'hulpeloosheid', een sleutelbegrip in Seligmans theorie van angst en depressie,<sup>43</sup> naar het belang van controle en regie voor het gevoel van psychisch welbevinden, zoals ook de items 'tevreden', 'somber', 'opgewekt' en 'toekomst' daarbij inhoudelijk passen. De items 'gezond', 'moe' en 'zwak' kunnen als aspecten van 'lichamelijk welbevinden' een onderscheiden dimensie van subjectief welbevinden vormen, maar deze drie items pasten in het onderzoek bij psychogeriatrische patiënten goed in een unidimensionele schaal voor emotioneel welbevinden. Drie items uit de oorspronkelijke Depressielijst, 'eenzaam', 'bezoek' en 'vrienden' passen theoretisch bij 'sociaal welbevinden'.<sup>7</sup> Echter, in het onderzoek bij psychogeriatrische patiënten bleek enkel het item 'eenzaam' inpasbaar in de conceptuele structuur van emotioneel welbevinden. 'Eenzaam' verwijst naar een gevoel, terwijl vragen naar 'bezoek' en 'vrienden' eerder kunnen worden opgevat als vragen naar feitelijke omstandigheden, wat deze items misschien minder geschikt maakt voor onderzoek van subjectief welbevinden bij mensen met een cognitieve stoornis of een geheugenbeperking.

Subjectief welbevinden is een belangrijke indicator voor de mate waarin mensen ervaren dat essentiële sociale behoeften, zoals de theorie van sociale productiefuncties die onderscheidt, worden vervuld.<sup>44</sup> Het betreft de behoefte aan affectie, erkenning, en 'voor anderen van betekenis zijn'. Een betere vervulling van deze behoeften gaat gepaard met hogere niveaus van subjectief welbevinden. Er zijn zelfs aanwijzingen voor een causale relatie, waarin hogere niveaus van subjectief welbevinden beschermen tegen psychopathologie, bijdragen aan veerkracht en aan een betere omgang met alledaagse beslommeringen.<sup>6</sup> Dat maakt subjectief welbevinden in interventieonderzoek en onderzoek naar kwaliteit van leven een belangrijke variabele. De adequate conceptualisering en meting van dit begrip is theoretisch en praktisch dan ook van grote betekenis.

#### *Constructvaliditeit van emotioneel welbevinden en zelfwaardering*

Het hier beschreven onderzoek naar unidimensionaliteit van items voor het meten van emotioneel welbevinden en zelfwaardering kan beschouwd worden als onderzoek naar de

constructvaliditeit van begrippen als ‘emotioneel welbevinden’ en ‘zelfwaardering’.<sup>23</sup> Immers, de vaststelling dat items hetzelfde meten is een eerste voorwaarde voor de theoretische interpreteerbaarheid van een itemverzameling. Daarmee is echter niet gezegd dat constructen als emotioneel welbevinden en zelfwaardering correct en uitputtend worden gerepresenteerd door de gekozen items. De conceptualisering van subjectief welbevinden bij specifieke groepen, zoals in dit geval psychogeriatrische patiënten, doet een beroep op de creativiteit, verbeeldingskracht en vindingrijkheid van onderzoekers in de psychologie.<sup>45</sup> De conceptualisering van welbevinden in onderscheiden dimensies en het construeren van schalen voor de meting daarvan is dan ook een blijvende onderzoekstaak.<sup>7</sup>

Niet alleen op groepsniveau, maar ook individueel is een adequate conceptualisering van subjectief welbevinden van belang. Bij dementie zijn passiviteit en initiatiefverlies veel voorkomende symptomen die verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden als signalen van depressie. Voor een juist inzicht in iemands gemoedstoestand is een gesprek daarover essentieel. De hier gegeven instrumenten mogen daarbij behulpzaam zijn. Drie casusvignetten illustreren het gebruik in de psychogeriatrische praktijk. Op de website van dit Tijdschrift is een elektronische applicatie beschikbaar die de somscore voor emotioneel welbevinden en zelfwaardering berekent, en deze relateert aan de scores van een vergelijkingsgroep van 825 deelnemers aan psychogeriatrische dagbehandeling.

#### *Beperkingen van het onderzoek*

De psychometrische eigenschappen van de twee meetinstrumenten zijn hier onderzocht in een gelegenheidssteekproef, aan de hand van een grote hoeveelheid beschikbare patiëntgegevens. De vragen naar stemming en zelfwaardering werden gesteld tijdens deelname aan dagbehandeling. Deelname aan sociale activiteiten kan de stemming gunstig beïnvloeden.<sup>5</sup> Niet bekend is of de stemmings- en zelfwaarderingvragen anders zouden zijn beantwoord wanneer het gesprek met de deelnemers thuis zou hebben plaatsgevonden of in een ziekenhuis (geheugenpoli).

De Mokkenanalyse beperkte zich tot onderzoek van monotone homogeniteit, voldoende voor onderzoek van individuele verschillen tussen personen. Er is afgezien van onderzoek naar dubbele monotoniteit (invariante itemordening) om geen onnodige

beperkingen op te leggen aan items die voldoende discriminerend waren tussen personen. Om zoveel mogelijk bruikbare items te behouden is gekozen voor een relatief lage ondergrens van de schaalbaarheidscoëfficiënt. Selecteren met een strengere criterium kan een sterkere Mokkenschaal opleveren, maar wel ten koste van de lengte van de schaal en de interneconsistentie-betrouwbaarheid.

#### **Conclusie**

De vragenlijsten voor emotioneel welbevinden en zelfwaardering zijn voor de psycholoog in de psychogeriatrische praktijk een hulpmiddel om het gesprek over gevoelens van mensen met dementie te ondersteunen. De empirische gegevens maken situering mogelijk van de individuele persoon op de gemeten latente eigenschappen, evenals vergelijking van die persoon met anderen.

#### *Casusvignetten*

Johan (68) is aangemeld voor psychogeriatrische dagbehandeling wegens depressie, cognitieve beperkingen na een cva (anderhalf jaar eerder) en een sterk verzwakte gezondheid wegens longkanker. In het gesprek met de psycholoog wordt duidelijk dat hij erg ongelukkig is met zijn situatie en zich elke dag somber voelt. Hij klaagt over een slechte gezondheid en voelt zich doorlopend moe. Op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden behaalt hij een score van 4 (percentielscore <1). Zijn zelfwaardering is eveneens zeer laag (score 1), met bevestigende antwoorden op stellingen zoals: ‘Bij mij gaat alles fout’, ‘Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen’, en ‘Ik heb een lage dunk van mezelf’. Deelname aan dagbehandeling voorziet in zijn behoefte aan sociaal contact, invulling van de dag met plezierige activiteiten en ondersteunende gesprekken met de psycholoog. Deze gesprekken gaan over zijn mogelijkheden om thuis actiever te zijn, exploreren zijn persoonlijk belangrijke waarden en bekrachtigen wat hij doet om zich staande te houden. Een half jaar later zijn de scores voor Emotioneel Welbevinden en Zelfwaardering sterk verbeterd (naar respectievelijk 13 en 10). Meer dan 75% van de vergelijkingsgroep van deelnemers aan psychogeriatrische dagbehandeling behaalde weliswaar hogere scores (zie Tabel 4), maar in vergelijking met de beginsituatie is hij ondanks persisterende

gezondheidsproblemen minder gedemoraliseerd: hij voelt hij zich tevreden, zijn stemming is verbeterd, evenals zijn gevoel van eigenwaarde.

Ans is 74 jaar wanneer zij verwezen wordt voor deelname aan psychogeriatrische dagbehandeling. Zij kan wegens ziekte van Alzheimer minder vlot spreken. Het kost haar veel tijd en energie om de juiste woorden te vinden voor wat zij wil zeggen. Anderen die naar haar luisteren, brengen niet altijd het nodige geduld op. Dat merkt zij. Soms wordt zij (thuis) overvallen door een hevige huilbui. Vroeger zong zij graag, maar de laatste tijd bijna niet meer. Op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden behaalt zij een score van 9 (percentiel 6 [95%-betrouwbaarheidsinterval 4;8]). Ondanks verhoogde gevoelens van somberheid is haar gevoel van eigenwaarde niet aangetast (Zelfwaarderingschaal: score 13, percentiel 45 [38;51]). Aanvankelijk had zij erg opgezien tegen deelname aan dagbehandeling, nu merkt zij dat zij hier prettige dagen doorbrengt. Zij is anderen graag behulpzaam, en kan dat in de dagbehandeling ook laten zien. Het stemmingsbeeld en de moeite die zij ondervindt met puur verbale uitingen vormen een goede indicatie voor muziektherapie.

Rob (63) is een jaar geleden gediagnosticeerd met ziekte van Alzheimer. Tijdens het onderzoek bij aanvang van de dagbehandeling vindt de psycholoog geen aanwijzingen voor een gedeprimeerde stemming. Hij voelt zich 'soms moe'. Dat brengt zijn score op de Schaal voor Emotioneel Welbevinden op 17 (percentiel 66 [58; 75]). Rob blijkt een actieve, nieuwsgierige en zeer hulpvaardige deelnemer die zich al snel geliefd maakt bij de andere bezoekers, ook al zijn die gemiddeld twintig jaar ouder. In tegenstelling tot zijn goede humeur is zijn zelfwaardering erg laag (score 5; percentiel 4 [3; 6]). In het gesprek wordt duidelijk dat hij onvrede met zichzelf ziet als uitgangspunt voor verbetering en als het startpunt voor het bedenken van haalbare doelen die hij door zijn deelname aan dagbehandeling wil bereiken. In een aantal gesprekken met de psycholoog formuleert hij de volgende doelen: lichamelijke conditie op peil houden, de namen leren van medewerkers en medebezoekers met wie hij regelmatig contact heeft, een actieve rol vervullen bij de muziektherapie, onder meer met behulp van zijn eigen muziekinstrument, medebezoekers begeleiden tijdens de wandeling, gezelligheid bevorderen door gesprekken tijdens de wandeling, en een fotografieclub vormen met medebezoekers die daarvoor belangstelling

hebben. De doelen worden met de medewerkers van het dagcentrum verwerkt in een activiteitenplan. Bij evaluatie na enkele maanden is zijn gevoel van eigenwaarde verbeterd op de items 'positief ten opzichte van mezelf', 'vertrouwen in mijn capaciteiten', 'minder lage dunk van mezelf' en 'tevreden met mezelf'. Op de Zelfwaarderingschaal behaalt hij nu een score van 9 (percentiel 15 [11; 18]).

### **Bijlage 1. De 15 trefwoorden uit de Depressielijst in volgorde van aanbieder, met ondersteunende vragen en antwoordalternatieven**

- 1 Tevreden Voelt u zich tevreden? 0=tevreden; 1=het gaat wel zo; 2=ontevreden
- 2 Slapen Hoe gaat het met slapen? 0=goed; 1=niet zo goed; 2=slecht
- 3 Eten Hoe is uw eetlust? 0=goede eetlust; 1=niet zo goede eetlust; 2=slechte eetlust
- 4 Gezond Voelt u zich gezond? 0=voelt zich gezond; 1=niet zo gezond; 2=voelt zich ziek
- 5 Moe Bent u vaak moe? 0=nooit moe; 1=wel eens of vlug moe; 2=steeds vermoeid
- 6 Oud Voelt u zich oud? 0=voelt zich nog niet oud; 1=voelt zich toch wel oud; 2=voelt zich erg oud
- 7 Eenzaam Voelt u zich eenzaam? 0=nooit of zelden eenzaam; 1=soms wel eenzaam; 2=voelt zich dikwijls eenzaam
- 8 Vrienden Heeft u vrienden? 0=enkele of veel vrienden en/of kennissen; 1=wel wat aanspraak; 2=geen vrienden of kennissen
- 9 Bezoek Krijgt u genoeg bezoek? 0=tevreden met bezoek, komt genoeg; 1=meer bezoek zou prettig zijn; 2=ontevreden over bezoek
- 10 Somber Bent u wel eens somber? 0=nooit of zelden; 1=soms; 2=dikwijls
- 11 Verveling Verveelt u zich wel eens? 0=verveelt zich zelden of nooit; 1=soms; 2=dikwijls
- 12 Opgewekt Bent u een opgewekt persoon? 0=meestal opgewekt; 1=niet zo erg opgewekt; 2=meestal niet of weinig opgewekt
- 13 Hulpeloos Voelt u zich hulpeloos? 0=voelt zich niet hulpeloos; 1=voelt zich soms wel hulpeloos; 2=voelt zich dikwijls hulpeloos
- 14 Zwak Voelt u zich lichamenlijk zwak? 0=voelt zich niet zwak; 1=voelt zich soms zwak, of vrij zwak; 2=voelt zich zwak
- 15 Toekomst De tijd die voor u ligt, kan dat nog een plezierige tijd voor u zijn? 0=verwacht nog wel wat van het leven; 1=ziet er niet zo veel meer in; 2=ziet er niets of heel weinig in



## Bijlage 2. Zelfwaarderingsvragen (en antwoordmogelijkheden) in volgorde van aanbieding

- 1 Ik ben tamelijk zeker van mezelf (nee=0; min of meer=1; ja=2)
- 2 Bij mij gaat alles fout (nee=2; min of meer=1; ja=0)
- 3 Ik sta positief ten opzichte van mezelf (nee=0; min of meer=1; ja=2)
- 4 Ik zou een heleboel aan mezelf willen veranderen (nee=2; min of meer=1; ja=0)
- 5 Soms voel ik me nutteloos (nee=2; min of meer=1; ja=0)
- 6 In het algemeen heb ik weinig vertrouwen in mijn capaciteiten (nee=2; min of meer=1; ja=0)
- 7 Ik heb een lage dunk van mezelf (nee=2; min of meer=1; ja=0)
- 8 Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf (nee=0; min of meer=1; ja=2)

## Bijlage 3

Itemscorefrequentieverdelingen voor Depressielijst en zelfwaarderingsvragen							
Depressielijst		Testgroep (n=721)			Valideringsgroep (n=721)		
Item	Inhoud	0	1	2	0	1	2
1	Tevreden ('ja'=2)	16,2%	14,3%	69,5%	13,9%	17,3%	68,8%
2	Slapen ('goed'=2)	5,7%	7,5%	86,8%	5,3%	8,6%	86,1%
3	Eten, eetlust ('goed'=2)	2,9%	7,2%	89,9%	1,7%	7,8%	90,6%
4	Gezond ('goed'=2)	0,8%	17,2%	82,0%	1,2%	20,0%	78,8%
5	Moe ('nee'=2)	9,3%	30,8%	59,9%	7,8%	33,8%	58,4%
6	Oud ('nee'=2)	2,2%	20,7%	77,1%	2,8%	18,4%	78,8%
7	Eenzaam ('nee'=2)	11,9%	23,9%	64,2%	12,6%	24,7%	62,7%
8	Vrienden ('ja'=2)	15,8%	5,3%	78,9%	16,5%	3,3%	80,2%
9	Bezoek ('ja'=2)	8,0%	12,6%	79,3%	7,1%	13,9%	79,1%
10	Somber ('nee'=2)	9,0%	33,6%	57,4%	7,8%	30,9%	61,3%
11	Verveling ('nee'=2)	3,9%	16,2%	79,9%	3,3%	14,3%	82,4%
12	Opgewekt ('ja'=2)	4,9%	17,5%	77,7%	4,6%	16,2%	79,2%
13	Hulpeloos ('nee'=2)	3,9%	18,4%	77,7%	4,0%	21,9%	74,1%
14	Zwak ('nee'=2)	5,1%	12,6%	82,2%	4,7%	14,6%	80,7%
15	Toekomst ('positief'=2)	3,1%	13,0%	83,9%	1,2%	11,8%	87,0%
Zelfwaarderingsvragen		Testgroep (n=413)			Valideringsgroep (n=412)		
Item	Inhoud	0	1	2	0	1	2
1	Zelfzeker ('ja'=2)	9,9%	43,8%	46,2%	9,0%	36,7%	54,4%
2	Alles gaat fout ('nee'=2)	2,2%	12,1%	85,7%	3,2%	9,5%	87,4%
3	Positief ('ja'=2)	9,4%	29,1%	61,5%	6,3%	26,5%	67,2%
4	Wil veranderen ('nee'=2)	18,6%	17,9%	63,4%	19,2%	15,0%	65,8%
5	Nutteloos ('nee'=2)	23,2%	14,3%	62,5%	19,2%	15,0%	65,8%
6	Weinig zelfvertrouwen ('nee'=2)	13,8%	21,8%	64,4%	12,1%	20,4%	67,5%
7	Lage dunk ('nee'=2)	7,5%	12,3%	80,1%	8,7%	10,4%	80,8%
8	Tevreden ('ja'=2)	8,0%	29,8%	62,2%	7,8%	19,7%	72,6%

## Literatuur

1. Jonker C, Gerritsen DL, Van der Steen JT, Bosboom PR, Van Campen C, Kleemans AHM, et al. Kwaliteit van leven en demencie. I. Model om welbevinden bij demente patiënten te meten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2001;32:252–258.
2. Dröes RM, Boelens-Van der Knoop ECC, Bos J, Meihuizen L, Ettema TP, Gerritsen DL, et al. Quality of life in dementia in perspective: an exploratory study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice* 2006;5:533–558.
3. Gerritsen DL, Dröes RM, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Meihuizen J, et al. Kwaliteit van leven bij demencie. Opvattingen onder mensen met demencie, hun zorgverleners en in de literatuur. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2010;41:241–255.
4. Downs M. Person-centered care as supportive care. In: Hughes JC, Lloyd-Williams M, Sachs GA, editors. *Supportive care for the person with dementia*. Oxford: Oxford University Press, 2010: 235–244.
5. Lawton MP, Moss MS, Winter L, Hoffman C. Motivation in later life: personal projects and well-being. *Psychology and Aging* 2002;17:539–547.
6. Bohlmeijer E, Westerhof G, Bolier L, Steeneveld M, Geurts M, Walburg J. Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak. Over de betekenis van de positieve psychologie. *De Psycholoog* 2013;48 (november):49–59.
7. Marcoen A, Van Cotthem K, Billiet K, Beyers W. Dimensies van subjectief welbevinden bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2002;33:156–165.
8. Van der Steen JT, Van Campen C, Bosboom PR, Gerritsen DL, Kleemans AHM, Schrijver TL, et al. Kwaliteit van leven en demencie. II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op ‘modelmaat’. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2001;32:259–264.
9. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:510–519; <http://www.dementia-assessment.com.au/quality/QOL—handout—guidelines—scale.pdf>.
10. Beekman ATF, Van Limbeek J, Deeg DJH, Wouters L, Van Tilburg W. Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de algemene bevolking: de bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994;25:95–103.
11. Kok RM, Heeren TJ, Van Hemert AM. De Geriatric Depression Scale. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1993;35:416–421.
12. Kok RM. Zelfbeoordelingsschalen voor depressie bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994;25:150–156.
13. Hulstijn EM, Deelman BG, De Graaf A, Berger H. De Zung-12: een vragenlijst voor depressiviteit bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1992;23:85–93.
14. Cahn LA, Cahn-Hut L. A new method of discovering depression in old people. In: XII. International Congress of Gerontology. Hamburg: International Association of Gerontology, 1981: 276.
15. Cahn LA. Moeilijkheden bij de diagnostiek van de depressie bij bejaarden. Nieuwe aanwinsten bij de diagnostiek. In: Bayens JP, editor. 6de Winter-Meeting. Oostende: Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, 1983: 39–53.
16. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
17. Frances A, First M. *Stemming en stoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 1999.
18. Helbing JC. Zelfwaardering: meting en validiteit. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 1982;37:257–277.
19. Diesfeldt HFA. Zelfwaardering en demencie. In: Goossens L, Hutsebaut D, Verschueren K, editors. *Ontwikkeling en levensloop*. Leuven: Universitaire Pers Leuven, 2004: 411–429.
20. Diesfeldt HFA. De Depressielijst voor stemmingsonderzoek in de psychogeriatric. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1997;28:113–118.
21. Diesfeldt HFA. De Depressielijst voor stemmingsonderzoek in de psychogeriatric: meetpretenties en schaalbaarheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2004;35:224–233.
22. Diesfeldt HFA. Globale zelfwaardering bij demencie. Betrouwbaarheid en validiteit van Brinkmans Zelfwaarderingschaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2007;38:122–133.
23. Ellis JL. *Statistiek voor de psychologie, deel 5: factoranalyse en itemanalyse*. Den Haag: Boom Lemma, 2013.
24. Dykstra PA. Loneliness among the never and formerly married: the importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1995;50B:S321–S329.
25. Van Baarsen B. Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner’s death in later life. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 2002;57b:S33–S42.
26. Cahn LA, Diesfeldt HFA. Psychologisch onderzoek van psychisch gestoorde bejaarden met behulp van diapositieven. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 1973;4:256–263.
27. De Graaf A, Deelman BG. *Cognitieve Screening Test*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.
28. Grigsby J, Kaye K. *The Behavioral Dyscontrol Scale: Manual*. Denver: University of Colorado Health Sciences Center, 1992.
29. Lindeboom J, Jonker C. *Amsterdamse Demencie-Screeningstest*. Lisse: Swets and Zeitlinger, 1989.

30. Lindeboom J, Jonker C. Een korte test voor dementie-screening. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1988;19:97–102.
31. Sijtsma K, Molenaar IW. Introduction to nonparametric item response theory. London: Sage, 2002.
32. Molenaar IW, Van Schuur WH, Sijtsma K, Mokken RJ. MSPWIN 5.0 A program for Mokken scale analysis for polytomous items. Groningen: Science Plus Group, 2002.
33. Van der Ark L. Stochastic ordering of the latent trait by the sum score under various polytomous IRT models. *Psychometrika* 2005;70:283–304.
34. Van der Ark LA. New developments in Mokken Scale Analysis in R. *Journal of Statistical Software* 2012;48:1–27.
35. Zhang Z, Yuan KH. Robust coefficient alpha for non-normal and missing data: The R Foundation for Statistical Computing, 2013.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
37. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *British Medical Journal* 2011;343:d4163.
38. Kline RB. Beyond significance testing. Washington DC: American Psychological Association, 2004.
39. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second edition. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
40. Crawford JR, Garthwaite PH, Slick DJ. On percentile norms in neuropsychology: proposed reporting standards and methods for quantifying the uncertainty over the percentile ranks of test scores. *The Clinical Neuropsychologist* 2009;23:1173–1195.
41. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: the two continua across the lifespan. *Journal of Adult Development* 2010;17:110–119.
42. Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, et al. Quality of life of and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European RightTimePlaceCare Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013.
43. Seligman ME. Helplessness. On depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman, 1975.
44. Steverink N, Lindenberg S. Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging* 2006;21:281–290.
45. Drenth PJD, Sijtsma K. Testtheorie. Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.

# Silver gaming: ter leering ende vermaeck?

Annemiek Zonneveld · Eugene F. Loos

### Samenvatting

Deze explorerende kwalitatieve studie geeft inzicht in de rol die exergames voor Nederlandse ouderen kunnen spelen. Met de vijftien participanten (53–78 jaar) die Your Shape Fitness Evolved 2 op de Xbox 360 Kinect speelden, zijn na afloop semigestructureerde interviews afgenomen. Het bleek dat de psychologische basisbehoeften autonomie en competentie (Self Determination Theory) bij hen allen vervuld werden. Het spelen van de exergame diende niet alleen ter “leering” als therapeutisch instrument met een ervaren positief effect op hun fysiek en sociaal welbevinden, maar leidde ook “ter vermaeck” tot vreugde en spanning.

**Trefwoorden** Exergames · Ouderen · Self-Determination Theory · Autonomie en competentie

### Silver gaming: serious fun for seniors?

#### Abstract

This exploratory qualitative study provides insight into the role that exergames can play for seniors. Fifteen participants (aged 53–78) engaged in playing Your Shape Fitness Evolved 2

on the Xbox 360 Kinect. We conducted semi-structured interviews with each participant and we found that in all cases, their innate psychological needs of autonomy and competence (Self Determination Theory) were met. Playing the exergame not only served as a serious therapeutic instrument with positive effects on the subjective physical and social wellbeing, but it also brought entertainment, providing excitement and fun.

**Keywords** Exergames · Seniors · Self-determination theory · Autonomy and competence

#### Inleiding

Het gebruik van silver games als instrument om ouderen te stimuleren regelmatig te gaan

---

*E. F. Loos (✉) · A. Zonneveld  
Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap,  
Universiteit Utrecht,  
Bijlhouwerstraat 6,  
3511 ZC Utrecht, Nederland  
e-mail: e.f.loos@uu.nl*

*E. F. Loos  
Afdeling Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam,  
Amsterdam, Nederland*

bewegen is de laatste jaren in opkomst [1, 2]. Voor hun gezondheid zouden zij baat kunnen hebben bij het spelen van digitale games. Daarbij is het een belangrijk gegeven dat het aantal ouderen dat van digitale media gebruik maakt snel stijgt. Zo gebruikte in 2013 maar liefst 84% van de 65–75 jarigen een PC en was 80% online, terwijl dit in 2005 nog slechts respectievelijk 50 en 36% was (CBS: statline.cbs.nl). In 2012 gebruikte een derde van de 75-plussers internet (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3834-wm.htm>). Jäger en Weiniger wijzen er in 2010 op dat het spelen van silver games niet alleen de geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen ten goede kan komen, maar dat actief leren en betrokkenheid bij de maatschappij er ook door bevorderd kan worden [1]. Uit een in 2009 gepubliceerde studie van Dollinger blijkt verder dat ouderen digitale games vooral willen gebruiken om er cognitief en motorisch op vooruit te gaan [2]. Met name exergames zouden een probaat middel zijn omdat het bij dergelijke spellen gaat om fysieke oefeningen (exercices) waarbij de spelers bewegingen maken, zichzelf op een scherm zien en digitaal direct feedback krijgen [3, 4].

Volgens Bogost zijn we inmiddels net zo gewend geraakt aan het spelen van digitale games in onze huiskamer als aan televisie kijken [5], zie ook Loos et al. voor de rol van ICT in ons dagelijks leven [6]. Steeds meer mensen kennen digitale games die “ter vermaeck” van de spelers dienen. Er zijn echter ook digitale games die worden ingezet “ter leering”, om een serieuze boodschap op de speler over te brengen, de zogeheten serious games. Wiemeyer en Kliem lichten dat als volgt toe: “The idea of “serious games” is to integrate playing games, simulation and learning or training for serious purposes like education, exercising, health, prevention, rehabilitation and advertisement” (p. 41) [7].

Uit onderzoek blijkt dat het spelen van exergames de gezondheid van jongeren kan bevorderen en waardevol kan zijn als therapeutisch instrument [8, 9]. Uit andere studies blijkt dat ouderen grote belangstelling hebben voor traditionele spellen die ingezet kunnen worden als therapeutisch instrument [10, 11] en dat zij ook baat lijken te hebben bij digitale games voor hun gezondheid [7, 12, 13]. Internationaal onderzoek naar de motivatie van ouderen om digitale games te spelen wijst uit dat fysiek en sociaal welbevinden daarbij een belangrijke rol spelen [12, 14–16]. Maar zijn dergelijke games ook zo attractief in de ogen van Nederlandse ouderen dat ze er ook daadwerkelijk gebruik van willen

maken? Daar is slechts beperkt onderzoek naar gedaan. Uit een studie van Nap et al. [17] blijkt dat plezier en ontspanning voor Nederlandse ouderen de belangrijkste drijfveren zijn om te gamen, en uit het onderzoek van Wassen blijkt ook dat plezier voor hen centraal staat [18]. Meer inzicht in de motivatie van Nederlandse ouderen voor het al dan niet spelen van exergames met het oog op hun gezondheid is wenselijk. Daarom hebben we een explorerend kwalitatief onderzoek uitgevoerd met behulp van semigestructureerde interviews onder vijftien Nederlandse ouderen direct nadat ze de Xbox Kinect’s exergame *Your Shape Fitness Evolved 2* hadden gespeeld. Voordat we de resultaten weergeven, volgt nu eerst het theoretisch framework (Self-Determination Theory) dat we gebruikt hebben voor het onderzoeksdesign.

### Self-Determination Theory

In ons onderzoek, gebaseerd op de ongepubliceerde masterscriptie van Zonneveld uit 2013 [19], staat de motivatie van Nederlandse ouderen om een exergame te spelen centraal en vormt de Self-Determination Theory (SDT) de leidraad [20–22]. Ryan en Deci [22] definiëren motivatie als volgt: ‘To be motivated means to be moved to do something’ (p. 54). De SDT onderscheidt intrinsieke motivatie (een handeling verrichten omdat deze op zich zelf interessant is en plezier teweegbrengt) en extrinsieke motivatie (een handeling verrichten omdat die tot een specifiek resultaat leidt) (p. 55) [22]. De SDT gaat uit van drie psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid. Deze zijn van invloed op motivatie en welbevinden binnen domeinen als sport en gezondheid [21]. Met behulp van de SDT kan inzicht worden gekregen in wat ouderen beweegt om exergames te spelen. Peng et al. [23] concluderen uit een in 2012 gepubliceerd onderzoek onder jongeren (met een gemiddelde leeftijd van 21 jaar) dat exergames waarbij spelelementen zijn opgenomen die de psychologische basisbehoeften autonomie en competentie ondersteunen, leiden tot hogere motivatie om deze te spelen. De derde basisbehoefte van de SDT, verbondenheid, is door hen niet onderzocht aangezien deze geen rol speelde bij de door Peng et al. onderzochte exergame. Ons onderzoek borduurt voort op deze studie en focust eveneens op de psychologische basisbehoeften competentie en autonomie. Maar waar Peng et al. jongeren met een gemiddelde leeftijd van 21 jaar als doelgroep voor hun exergame hadden, hebben wij ervoor gekozen

onderzoek te doen naar ouderen (53–74 jaar) die een exergame spelen.

#### *Autonomie en competentie*

Ryan et al. verstaan onder autonomie dat iemand op eigen initiatief een bepaalde taak uitvoert [24]. Het gevoel van autonomie kan worden bevorderd door vrijheid in keuze en de mogelijkheid voor zelfsturing. Ze geven aan dat autonomie voor spelers van digitale games zowel wordt beïnvloed door de vrijwillige keuze om een bepaald spel te spelen alsmede door factoren in het spel, zoals de mate van keuzevrijheid in het uitvoeren van de volgorde van taken en keuzevrijheid voor bepaalde doelen. Tevens hangt het ervan af of beloningen ten behoeve van feedback worden gegeven of ter controle op het gedrag van de speler.

Competentie weerspiegelt zich volgens hen in een behoefte van mensen om in staat te zijn zo te handelen dat een gewenste uitkomst wordt bereikt. Ze stellen dan ook dat competentie zich uit in de behoefte voor uitdaging en het gevoel van effectief handelen. Het gevoel van competentie kan worden bevorderd wanneer iemand in staat is nieuwe vaardigheden te ontwikkelen, positieve feedback op zijn handelen ontvangt of het gevoel heeft optimaal te worden uitgedaagd. Binnen digitale games kan competentie dus worden bevorderd wanneer spelers het spel intuïtief en gemakkelijk onder de knie kunnen krijgen en als taken binnen het spel optimale uitdagingen bieden en kansen geven voor positieve feedback.

#### **Methode**

Zoals hierboven besproken biedt het SDT framework in de studie van Peng et al. [23], uitgevoerd onder jongeren, ons een mooi handvat om ook de motivatie van Nederlandse ouderen om een digitale game te spelen, te onderzoeken. Voor ons onderzoek hebben we deze studie dan ook als uitgangspunt genomen. Uit de studie van Peng et al. is gebleken dat de psychologische basisbehoeften autonomie en competentie invloed hebben op de volgende factoren: (1) spelplezier, (2) motivatie voor toekomstig spelen, (3) aanraden van de game aan anderen en (4) eigen effectiviteit. Ten slotte hebben we (5) de participanten hun uiteindelijke spelwaardering laten uitdrukken in een schoolcijfer. Ons explorerende onderzoek is van kwalitatieve aard. Dit betekent dat wij aan de hand van semigestructureerde interviews tendensen proberen te herkennen. Het is dus niet het doel om onderzoek te doen naar significant

generaliseerbare resultaten. Dit onderzoek zou kunnen dienen als pilot voor eventueel grootschalig vervolgonderzoek waarbij de tendensen die uit dit onderzoek naar voren komen aan de hand van hypothesen kunnen worden getoetst.

#### *Participanten*

We zijn op zoek gegaan naar Nederlandse ouderen die bereid waren aan ons exergame onderzoek deel te nemen. Zo hebben we leden van de Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO) en ouderen uit ons persoonlijk netwerk benaderd. Tijdens de uitvoering van ons onderzoek bleek het saturatiepunt bij vijftien deelnemers bereikt te zijn, te weten acht ANBO-leden (vier vrouwen en vier mannen van 55 tot 78 jaar) en zeven ouderen uit ons persoonlijke netwerk (drie mannen en vier vrouwen van 53 tot 74 jaar). De gemiddelde leeftijd van de participanten is 65,3 jaar. Acht participanten waren WO opgeleid, vijf HBO, één participant MBO en één participant heeft als hoogste opleidingsniveau de Mavo afgerond. Van de vijftien participanten waren er vier werkzaam en elf met pensioen. Twee personen speelden al regelmatig exergames, de overige dertien participanten hadden er nog geen ervaring mee. Enkelen gaven aan exergames hooguit eens te hebben gezien bij hun kleinkinderen. Drie van deze dertien participanten gaven aan wel digitale games als solitaire en mahjong te spelen, de overige tien participanten hadden helemaal geen ervaring met digitale games.

Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek golden twee randvoorwaarden. Ten eerste dienden participanten 50 jaar of ouder te zijn, de leeftijdsgrens die Jäger en Weiniger in hun onderzoek hanteren voor de Silver Generation [1]. Als tweede randvoorwaarde gold dat participanten een goede balans moesten hebben en dus zonder hulpmiddelen actief konden bewegen. Dit criterium is toegelicht in een telefonisch gesprek of in een e-mail. Bovendien werd hun balans voorafgaand aan het spelen van de exergame met de fysiotherapeutische Timed-Get-Up-and-Go-Test (TGUGT) gemeten [25]. De participanten stonden op uit een stoel met armlenningen, liepen drie meter naar de muur, draaiden zich om zonder de muur te raken en gingen weer zitten in de stoel. Dit werd drie keer herhaald waarbij de tijd met een stopwatch werd opgenomen en de gemiddelde tijd over deze drie keer werd berekend. Bij de TGUGT wordt onderscheid gemaakt tussen drie categorieën voor de balans: ‘normaal’, ‘kwetsbare ouderen’ en ‘vereist verdere evaluatie’. Voor ons onderzoek

dienden de participanten in de eerste categorie (normaal) te vallen, zodat ze niet het risico zouden lopen te vallen tijdens het spelen van de exergame. Dit houdt in dat zij gemiddeld minder dan 10 seconden nodig hadden om de test uit te voeren. De exergame diende staand uitgevoerd te worden hetgeen betekende dat het belangrijk was dat ouderen een goede balans hadden. Van de vijftien participanten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen was de gemiddelde tijd voor de TGUGT 6,5 seconden. De snelste (gemiddelde) tijd was 4,8 seconden door een man van 53 jaar en de langzaamste (gemiddelde) tijd was 8,5 seconden door een vrouw van 66 jaar.

#### *Vragenlijst voorafgaand aan de gamesessie*

Behalve het uitvoeren van de TGUGT hebben de participanten voorafgaand aan het gamen een vragenlijst ingevuld met onder meer vragen over leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

#### *Gamesessie*

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de spelcomputer Xbox 360 Kinect met de exergame *Your Shape Fitness Evolved 2*. De gesproken taal van deze game is Engels, alle tekst wordt ondertiteld in het Nederlands. De bediening van dit spel gaat volledig op basis van de bewegingen van de speler. De Kinect camera's en sensoren registreren deze bewegingen, bepalen de plaats en houding van de speler, analyseren de bewegingen en brengen deze over naar het spel. Op deze manier kan de speler zonder gebruik van een gameconsole, op een paar meter afstand van het scherm, het spel bedienen op basis van handbewegingen. Op het scherm kunnen spelers met de handbewegingen menu's selecteren of kunnen ze door het hoofdmenu heen scrollen. Het gaat om algemeen bekende activiteiten als wandelen, voetballen, yoga en tai chi. In het hoofdmenu van deze exergame wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende menu's. Voor deze gamesessies met ouderen zijn spellen geselecteerd uit de menu's activiteiten en lessen. Er is bewust gekozen geen spellen te laten spelen uit het work-out menu aangezien het tempo hier hoog ligt en veel oefeningen staand op één been uitgevoerd dienen te worden, hetgeen mogelijk tot balansproblemen zou kunnen leiden (fig. 1).

#### *Interviews na afloop van de gamesessie*

Na de gamesessie is een semigestructureerd interview afgenomen aan de hand van een



**Figuur 1** Spelen met de exergame.

topiclijst, waarin topics zijn opgenomen over competentie en autonomie. Deze zijn gebaseerd op het door Ryan et al. ontwikkelde meetinstrument 'Player Experience of Need Satisfaction' (PENS) op basis van de SDT [24].

Het topic autonomie is opgesplitst in interne en externe autonomie. Het topic interne autonomie gaat over het gevoel van de participant dat deze zelf keuzes kan maken tijdens het spelen van een exergame. Het topic externe autonomie gaat over het op eigen initiatief zonder ervaren druk uitvoeren van taken om exergames te spelen. Het topic competentie is opgesplitst in competentie in het spelen van het spel en in competentie in omgang met de interface/game. Antwoorden van participanten op de vragen bij de topics over de twee psychologische basisbehoeften autonomie en competentie kunnen inzicht bieden in de mate van motivatie voor het spelen van een exergame.

In lijn met het onderzoek van onderzoek van Peng et al. uit 2012 [13], is factor (1) spelplezier bepaald aan de hand van de 'Enjoyment Scale' van Song et al. [26]. Topics voor factor (2) motivatie voor toekomstig spelen zijn gebaseerd op Ryan et al. [24] en topics voor (3) eigen effectiviteit (ervaren competentie) om de game te gebruiken voor bewegingsoefeningen zijn afkomstig van de General Exercise Self-Efficacy Scale van Shin et al. [27]. De waarschijnlijkheid dat participanten het spel aanraden aan anderen (4) is gemeten aan de hand van één vraag, namelijk hoe waarschijnlijk ze het achten dat ze anderen adviseren om het spel te gaan spelen (gebaseerd op Peng et al.) [23]. Ten slotte is de participanten gevraagd een waarderingcijfer (op een schaal van 1 tot 10) voor het spelen van exergames te geven en dit toe te lichten (5).

Per persoon was in totaal anderhalf uur ingepland voor de vragenlijst voorafgaand aan het gamen, de gamesessie zelf en het semigestructureerde interview dat na het gamen werd afgenomen.

## Resultaten

### Autonomie

Uit de interviews blijkt dat geen van de vijftien participanten druk vanuit het spel ervaart om dit op een bepaalde manier te spelen: Er is sprake van interne autonomie. Zes van de vijftien participanten geven expliciet aan veel keuzevrijheid te hebben ervaren vanwege het uitgebreide aanbod aan spellen en de verschillende niveaus daarbinnen. Ook noemen zes participanten dat het spel wel bepaalt op welke manier het gespeeld dient te worden, maar dat zij dit niet als druk ervaren. Deze participanten zien dit als positief aangezien het bijdraagt aan het bereiken van een bepaald doel.

Interne autonomie: Geen druk vanuit het spel ervaren

*“Ik ervaar geen druk tijdens het spelen, hooguit uitdaging doordat het leuk is om te spelen en doordat je wat wilt bereiken en je ziet de scores oplopen, dus dat geeft uitdaging.”* Participant 4

Uit de interviews met de vijftien participanten blijkt dat acht van hen aangeven helemaal geen druk van buiten de exergame verwachten te ervaren om deze te spelen. Bij hen is sprake van externe autonomie.

Externe autonomie: Geen druk van buitenaf om te exergamen

*“Nou, anderen zijn niet aan de orde.”* Participant 6

### Competentie

Ryan et al. [24] stellen dat competentie binnen digitale games kan worden bevorderd door spelers het spel intuïtief en gemakkelijk onder de knie te laten krijgen, als de taken binnen het spel goede uitdagingen bieden en kansen geven voor positieve feedback. Het topic competentie is bij onze interviews opgesplitst in twee subtopics. Het eerste subtopic focust op competentie in het spelen van het spel. Uit dit onderzoek komt naar voren dat veertien participanten zich tevreden voelen over hoe ze het spel gespeeld hebben. De enige participant die niet helemaal tevreden is, geeft aan dat hij er tijdens het spelen wel steeds beter in werd.

### Competentie in het spelen van het spel

*“Nou ik kon er redelijk mee overweg, dacht ik. In aanmerking genomen dat ik nog een beetje een stijve hark ben op het ogenblik, maar het viel me alles mee, het ging wel prima.”* Participant 11

In totaal geven tien van de vijftien participanten aan dat ze verwachten dat ze de volgende keer de exergame beter zullen spelen.

Het tweede subtopic focust op competentie in de omgang met de interface/game. Alle participanten voelen zich competent in het spelen van de game, de manier waarop ze deze spelen en de manier waarop ze de game bedienen.

### Competentie in de omgang met de interface/game

*“Boven verwachting. Ik dacht van tevoren dat wordt helemaal niks. Maar het zit wat dat betreft simpel in elkaar. Ik noem mijzelf een halve digibeet en het ging heel makkelijk. Maar het gaat over de rust ook, want je merkt gewoon als je je vinger naar boven doet en je wacht even, want je moet in sommige gevallen behoorlijk lang wachten tot het echt groen is, dus dan zie je de reactie van doet ie het wel of doet ie het niet [...]. Maar ik ben tevreden over hoe ik het spel heb bediend. Uitermate.”* Participant 2

Zeven van de vijftien participanten geven aan dat hun gevoel van competentie in de omgang met de interface toeneemt tijdens het spelen.

### De motivatie van de exergamende ouderen nader beschouwd

Het gemiddelde waarderingscijfer (op een schaal van 1 tot 10) dat de participanten aan het spelen van de exergame geven is een 7,7. Het laagste cijfer dat werd gegeven was een 7,0 en het hoogste een 9. Iedereen geeft dus een (ruime) voldoende aan het spelen van de exergame.

Elf van de vijf participanten spreken hun waardering uit voor de nieuwe ervaring en het ontdekken van een nieuwe manier om te bewegen. De overige vier participanten hebben uiteenlopende motivaties voor hun waarderingscijfer. Twee van hen, die al gebruik maken van exergames, geven als motivatie dat ze het leuk vonden om een andere exergame te spelen dan de Nintendo Wii die ze zelf gebruiken. Een andere participant geeft als reden voor het waarderingscijfer aan dat ze niet had verwacht het leuk te vinden aangezien ze geen spelletjesmens



is, maar tijdens het spelen van de exergame had ze zich geen moment verveeld. Ze vindt de feedback vanuit de exergame erg goed.

Vier van de elf participanten geven expliciet aan exergames als aantrekkelijk alternatief te zien ter vervanging van een huidig beweegprogramma, zoals de hometrainer of fitness. Drie van deze participanten laten daarbij verder weten de exergames met de kleinkinderen te willen spelen wanneer die op bezoek zijn. Hetzelfde geldt voor andere familieleden en vrienden. Participanten laten ook weten dat ze liever alleen spelen wanneer zij spelen om te trainen.

Vijf participanten merken expliciet op dat zij exergames op dit moment nog niet waardevol vinden. Vier van hen geven aan andere vormen van bewegen te prefereren boven het spelen van exergames. De andere participant stelt dat de games beter moeten worden afgestemd op de Nederlandse cultuur. Zij zou bijvoorbeeld liever door Amsterdam of Utrecht willen wandelen dan virtueel door New York te lopen. Ook geeft ze aan dat niet alleen de tekst op het scherm, maar ook de gesproken taal van de game Nederlands zou moeten zijn. Wanneer aan die voorwaarde voldaan zou worden, zou zij exergames wel als een waardevol instrument zien vanwege het beweegaspect.

Respondenten merken ook op dat zij exergames op dit moment nog niet als waardevol zien omdat zij traditionele beweegprogramma's (zoals wandelen, tennissen, fietsen, sporten in teamverband) aantrekkelijker vinden, en omdat zij sporten voor een scherm inferieur achten aan buitensport.

Er zijn ook participanten die benadrukken exergames waardevoller te zullen vinden wanneer zij zich in de omgeving, of in de bewegingen die ze voor het spel moeten uitvoeren, kunnen herkennen. Dit is in lijn met de uitkomsten van eerder onderzoek waaruit blijkt dat ouderen het spelen van digitale games kunnen waarderen wanneer deze hen aan spelletjes uit hun jeugd doen denken [16]. Ook liet een aantal participanten weten het een leuke ervaring te vinden om sporten die ze vroeger hebben uitgevoerd of sportbewegingen die zij van vroeger herkennen, met behulp van deze exergame weer te kunnen doen.

## Conclusie en discussie

In lijn met de in 2012 gepubliceerde studie van Peng et al. onder jongeren [23], blijkt uit ons in 2013 uitgevoerde onderzoek dat de psychologische basisbehoeften autonomie en competentie (uit

de SDT) van ouderen worden vervuld en dat zij dan ook gemotiveerd zijn om exergames te spelen. Er was slechts één persoon voor wie deze psychologische basisbehoeften wel vervuld waren, maar die geen intrinsieke motivatie had voor het spelen van digitale games en die ook niet gemotiveerd was dit in de toekomst vaker te doen.

Uit de resultaten van ons onderzoek bleek tevens dat ouderen het leuk vinden om exergames met familie (ook kleinkinderen) en vrienden te spelen, hetgeen het belang aangeeft van de rol die verbondenheid, de derde basisbehoefte uit de SDT, kan spelen. Gezien de aard van de exergame *Your Shape Fitness Evolved 2* die op spelcomputer Xbox 360 Kinect is gespeeld, lag de focus in ons onderzoek in navolging van de studie van Peng et al. [23] op de psychologische basisbehoeften competentie en autonomie en is deze derde basisbehoefte niet meegenomen. We bevelen aan om bij vervolgonderzoek verbondenheid wel te onderzoeken en exergames te onderzoeken die geschikt zijn om met anderen te spelen.

Ten slotte komt uit de resultaten naar voren dat ouderen gemotiveerd zijn om exergames te spelen wanneer de gameomgeving of de spellen herinneringen bij hen oproepen. Exergames die voor Nederlandse ouderen worden ontworpen, kunnen hier rekening mee houden, ook door er typische aspecten van de Nederlandse cultuur in te integreren. Zo zou in plaats van door New York te wandelen de game kunnen worden aangepast, zodat spelers door Nederlandse steden als Amsterdam of Utrecht kunnen lopen.

Grootschalig kwantitatief vervolgonderzoek is noodzakelijk om te bepalen of de trends die wij beschrijven ook significant zijn. Onze aanpak, gebaseerd op de SDT van Deci en Ryan [20–22], Peng et al. [23], Song et al. [26] en Shin et al. [27], kan daarvoor goed als theoretisch framework gebruikt worden. Bij dergelijk vervolgonderzoek zouden ook ouderen kunnen worden betrokken die lichamelijk minder fit zijn, en ouderen die een aanzienlijk hogere leeftijd hebben bereikt dan de oudste deelnemer (78) aan ons onderzoek.

Hoe aantrekkelijk spelers exergames vinden als beweegprogramma zal ook afhangen van het spelelement in de exergame. Voor exergames die door ouderen gespeeld worden geldt dat het spelen van een dergelijk digitaal spel niet alleen “ter leering” kan dienen als therapeutisch instrument met een ervaren positief effect op serieuze zaken als het fysiek en sociaal welbevinden, maar ook “ter vermaeck” tot vreugde en spanning kan leiden. Meer onderzoek naar het belang van educatieve en entertainment aspecten, zou via een experiment uitgevoerd kunnen worden waarin sommige deelnemers een exergame met een

voornamelijk educatieve functie spelen, anderen een exergame met een entertainment functie en een derde groep een exergame met beide functies.

Bij een dergelijk grootschalig kwantitatief vervolgonderzoek zou tevens aandacht besteed moeten worden aan de effectiviteit van het spelen van een digitale game voor de gezondheid van de spelers. Er is veel behoefte aan 'evidence based' studies op dit terrein. Uit de systematische literatuurreview van Hall et al. blijkt dat er een groot gebrek is aan dergelijke studies [12]. De

studie in Nature van Anguera et al. uit 2013, waaruit blijkt dat video game training aandacht en werkgeheugen van ouderen (60–85 jaar) ten goede komt [28], vormt de uitzondering op de regel. Ten slotte is het ook van belang de resultaten van toekomstige internationale studies die specifiek ingaan op de mogelijk positieve impact van exergames op het fysiek en sociaal welbevinden van ouderen mee te nemen bij het design van een grootschalig kwantitatief 'evidence based' Nederlands onderzoek.

## Literatuur

- Jäger K-W, Weiniger, R. Silver Gaming – ein zukunftssträchtiger Baustein gegen altersbedingte Isolation. In Tagungsband 3. Deutscher AAL-Kongress, 26–27.01.2010, Beitrag 15.1. Berlin: VDE Verlag; 2010.
- Dollinger IVV. Silver Gaming-der demografische Wandel als Chance: eine empirische Analyse der Akzeptanz digitaler Spiele im Altersgruppenvergleich [Dissertatie], München: Technische Universität München; 2009.
- Oh Y, Yang S. Defining exergames and exergaming. *Proceedings of Meaningful Play*; 1–17, 2010.
- Agmon M, Perry CK, Phelan E, Demiris G, Nguyen HQ. A pilot study of Wii Fit exergames to improve balance in older adults. *J Geriatr Phys Ther.* 2011;34(4):161–7.
- Bogost I. *Persuasive games: the expressive power of video games.* Cambridge: MIT Press; 2007.
- Loos EF, Mante-Meijer EA, Haddon L. *The social dynamics of information and communication technology.* Aldershot: Ashgate; 2008.
- Wiemeyer J, Kliem A. Serious games in prevention and rehabilitation—a new panacea for elderly people? *Eur Rev Aging Phys Act.* 2011;9(1):41–50.
- Biddiss E, Irwin J. Active video games to promote physical activity in children and youth: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(7):664–72.
- Papastergiou M. Exploring the potential of computer and video games for health and physical education: a literature review. *Comput Educ.* 2009;53(3):603–22.
- Hoppes S, Hally C, Sewell L. An interest inventory of games for older adults. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2000;18(2):71–83.
- Hoppes S, Wilcox T, Graham G. Meanings of play for older adults. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2001;18(3):57–68.
- Aarhus R, Grönvall E. Turning training into play: embodied gaming, seniors, physical training and motivation. *Gerontechnology.* 2011;10(21):110–20.
- Hall AK, Chavarria E, Maneeratana V, Chaney BH, Bernhardt JM. Health benefits of digital videogames for older adults: a systematic review of the literature. *Games for Health: Research, Development, and Clinical Applications.* 2012;1(6):402–10.
- Aison C, Davis G, Milder J, Targum E. Appeal and interest of video game use among the elderly. Harvard Graduate School of Education; 2002.
- Schutter B De. Never too old to play: the appeal of digital games to an older audience. *Games Cult.* 2011;6(2):155–70.
- Schutter B De, Vanden Abeele V. Designing meaningful play within the psycho-social context of older adults. *Proceedings of the 3rd International Conference on Fun and Games*; 84–93. ACM; 2010.
- Nap HH, De Kort, YAW I, IJsselsteijn WA. Senior gamers: preferences, motivations and needs. *Gerontechnology.* 2009;8(4):247–62.
- Wassen I. *Motiveren tot serious bewegen.* [Rapport voor minor Outreachend Maatschappelijk Werk]. Leeuwarden: NHL Hogeschool; 2010.
- Zonneveld A. *Wat beweegt ouderen? Kwalitatief onderzoek naar het gebruik van exergames onder ouderen.* Ongepubliceerde Mastercriptie. Utrecht: Universiteit Utrecht, Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap; 2013.
- Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour.* New York: Plenum; 1985.
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation on intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55:68–78.
- Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol.* 2000;25:54–67.
- Peng W, Lin J-H, Pfeiffer KA, Winn B. Need satisfaction supportive game features as motivational determinants: an experimental study of a self-determination theory guided exergame. *Media Psychol.* 2012;15:175–96.

24. Ryan R, Rigby C, Przybylski A. The motivational pull of video games: a self-determination theory approach. *Mot Emot.* 2006;30(4):344–60.
25. Fysiovrage.nl Timed Get-Up-and-Go-Test. Via Timed-Get-Up-and-Go-Test. [http://www.fysiovrage.nl/docs/pdf/Timed%20Get-Up-and-Go-Test%20\\_TGUGT\\_.pdf](http://www.fysiovrage.nl/docs/pdf/Timed%20Get-Up-and-Go-Test%20_TGUGT_.pdf). Geraadpleegd op 23 december 2013.
26. Song H, Peng W, Lee KM. Promoting exercise self-efficacy with an exergame. *J Health Commun.* 2011;16:148–62.
27. Shin Y, Jang H, Pender NJ. Psychometric evaluation of the exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic diseases. *Res Nurs Health.* 2001;24:68–76.
28. Anguera JA, Boccanfuso J, Rintoul JL, Al-Hashimi O, Faraji F, Janowich J, Gazzaley A. Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature.* 2013;501(7465):97–101.

# Een gedroomde samenwerking

Stakeholdersbevraging in Vlaams-Limburg naar samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen

Robbie Dumoulin · Leen Heylen

## Samenvatting

Dit onderzoek betreft een uitgebreide stakeholdersbevraging naar samenwerking binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Samenwerking is een belangrijk thema in het huidige beleidsplan geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen dat inzet op vermaatschappelijking van de zorg. Het overlegplatform Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL) rekruteerde vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg via de Plaatselijk Overleg Platforms (POP) en andere relevante actoren. Het onderzoek werd kwalitatief gevoerd waarbij een waarderende benadering gehanteerd werd binnen de methodiek van focusgroepen. In totaal waren er 110 deelnemers voor twaalf focusgroepen. Aan hen werd gevraagd te dromen van een ideale samenwerking. Uit de resultaten blijkt een grote bereidheid tot effectief samenwerken waarbij de patiënt centraal staat. Er is vooral vraag naar kennis, expertise en praktische ondersteuning van elkaar. De vraag naar een consultfunctie is reëel. De belangrijkste voorwaarde voor samenwerking is elkaar kennen. Daar is tijd en ruimte voor nodig. Een gedeeld patiëntendossier staat ook op de verlanglijst. De conclusie is dat er geen vraag is naar grote nieuwe projecten maar wel naar het verder inzetten op de concrete uitwerking van samenwerking.

**Trefwoorden** Geronto-psychiatrie · Psychogeriatric · Psychiatrie · Netwerken · Zorgcircuits

## A dreamed cooperation

Stakeholder query in Flemish Limburg concerning cooperation in the field of mental healthcare for older people

## Abstract

This study is an extensive stakeholder query on cooperation in the field of mental healthcare for older people. Cooperation is a key theme in the current policy on mental healthcare in Flanders which is an application of the socialisation of

---

R. Dumoulin (✉) · L. Heylen  
Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (VONK3),  
Thomas More,  
Kleinhoefstraat 4,  
2440 Geel, Belgium  
e-mail: robbie.dumoulin@thomasmore.be

DOI: 10.1007/s12439-015-0131-7  
Published Online: 30 April 2015

care. The consultative platform SPIL recruited representatives of the primary healthcare through local consultative platforms (POP) and other relevant actors. This qualitative study used the appreciative inquiry in focus groups. There were 12 focus groups with a total of 110 participants, asked to dream of an ideal cooperation. Results show a great willingness to work together effectively with a central role for the patient. Participants seek knowledge, expertise and practical support from each other. They request a consult feature to know where to turn to. The main premise to cooperation is knowing each other, for which time and space is needed. A joint patient record is another request. Conclusion: no great new projects are requested. Focus must go to further elaboration of working together.

**Keywords** Geriatric psychiatry · Psychogeriatrics · Networking

## Inleiding

De doelstelling van dit onderzoek was om op basis van een uitgebreide stakeholdersbevraging inzicht te verwerven in de verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. De werkgroep ‘Ouderenzorg’ van het overlegplatform Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL) wilde dit laten resulteren in concrete te ondernemen acties en aanbevelingen voor zowel het beleid als het werkveld. Het overlegplatform heeft de taak overleg te plegen over de mogelijke samenwerking en taakverdeling met betrekking tot een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg. Vanuit hun contact met mensen uit het werkveld werd gemerkt dat er vragen bestonden rond die samenwerking. Het onderzoek beperkte zich tot de provincie Limburg, de resultaten zijn mogelijk relevant voor de brede maatschappelijke context. Er werd nagegaan welke samenwerkingsverbanden er bestaan en hoe de toekomst van die netwerken er zou uitzien in een ideale wereld volgens de stakeholders. Binnen het thema samenwerking werd vooral gekeken naar de uitwisseling van informatie en de ondersteuning die de betrokken actoren elkaar geven.

## Achtergrond

De toenemende aandacht voor samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen is een gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen. Ten eerste blijft

de levensverwachting in België stijgen [1]. Binnen België is Vlaanderen de regio die het sterkst te maken zal krijgen met de bevolkingsveroudering. Het aantal 65-plussers zal blijven toenemen [2]. Ten tweede is één van de gevolgen van die vergrijzing een toename van het aantal zorgbehoevende ouderen [3]. Ten derde blijkt dat geestelijke gezondheidsproblemen een onderdeel van die stijgende zorgnood zijn. Mensen met psychische problemen bereiken vaker een oudere leeftijd terwijl ook steeds meer ouderen worden geconfronteerd met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit resulteert niet alleen in een groei maar ook in een toenemende heterogeniteit binnen deze groep qua ziektebeelden en verhoogt de noodzaak van (verschillende manieren van) aanpak [4].

De Vlaamse overheid zet in op ‘vermaatschappelijking van de zorg’ om de vergrijzingsproblematiek op te vangen. Hiermee wordt ook in de geestelijke gezondheidszorg een verschuiving bedoeld waarbij de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd wordt in de samenleving om iedereen daarin een zinvolle plek te geven en zij die het nodig hebben te ondersteunen [5]. Huidig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeurzen betoogt in zijn beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen dat samenwerken noodzakelijk zal zijn om geestelijke gezondheidsproblemen vroeg te detecteren en continuïteit van de zorg te garanderen [6]. In 2008 werd nog vastgesteld dat België één van de hoogste ratio’s van psychiatrische bedden per aantal inwoners had met 152 op honderdduizend inwoners [7]. Vanaf dan werd er binnen de context van de vermaatschappelijking van de zorg naar gestreefd om enerzijds dit aantal af te bouwen en anderzijds met de vrijgekomen middelen meer ondersteuning te bieden in de thuiszorg en zorgnetwerken en –circuits in te stellen, een maatregel die beter bekend is als artikel 107 [8]. Als we kijken naar de Vlaamse cijfers voor het aantal psychiatrische bedden zien we inderdaad een daling, zij het eerder een lichte, van 10.574 (2000) tot 10.202 (2012) [9]. De projecten die met deze vrijgekomen middelen worden gesteund richten zich echter in een eerste fase op (jong)volwassenen waardoor de ouderen voorlopig in de wachtkamer blijven [8]. Toch staat in het beleidsplan dat de ouderenproblematiek de volle aandacht verdient [6].

Het is hierop dat SPIL wenst te anticiperen en wilt kijken naar de verwachtingen, noden en behoeften naar samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Samenwerken is ook voor deze doelgroep de gekozen koers. Daarbij is het de bedoeling de deskundigheid van de hulpverlener te verhogen, alsook meer geeste-

lijke gezondheidszorg aan te bieden in de eerste lijn. Samenwerken en netwerking zijn absolute vereisten voor een efficiënte geestelijke gezondheidszorg [6]. Onder samenwerking wordt hier de interprofessionele variant verstaan, namelijk de uitwisseling van informatie, ideeën en aanbevelingen tussen verschillende professionals die in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak opstellen [10]. Netwerken houdt in het stichten en gebruiken van contacten die omgezet worden in relaties met stabiliteit en structuur, om via onderlinge onderhandelingsinformatie en steun te krijgen teneinde bepaalde doelen te bereiken [11, 12].

Internationaal gezien wordt er een verschuiving gezien naar een grotere maatschappelijke integratie van de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Onder andere Italië speelde een belangrijke rol in wat in de wetenschappelijke literatuur de ontwikkeling van de 'community based mental health care' genoemd wordt [13]. Hiermee wordt het proces bedoeld waarbij de grote gecentraliseerde instellingen worden afgebouwd en er ingezet wordt op gemeenschapsdiensten [14].

Een veel voorkomende vorm daarvan zijn gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidsteams. Dit zijn multidisciplinaire teams bestaande uit psychiaters, verpleegkundigen, psychologen en sociaal werkers [15]. Muijen ziet deze verschuiving optreden in landen over heel Europa, zij het met gebrek aan standaardisatie [16]. Thornicroft en Tansella spreken van een 'balanced approach', waarmee ze een evenwicht bedoelen tussen geïnstitutionaliseerde- en gemeenschapsdiensten [17, 18]. Er bestaat een brede consensus over een shift weg van traditionele grote instituties dankzij een betere toegankelijkheid, grotere gebruikerstevredenheid en tegemoetkoming van de noden, betere continuïteit van de zorg, vroegtijdiger identificeren en behandelen, grotere therapietrouw en een verhoging van de kwaliteit van leven van patiënten die wordt vastgesteld bij toepassing van meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg [17, 19]. In het Verenigd Koninkrijk ontstonden zo de 'Primary Care Mental Health Teams' [20], in Australië kennen ze de 'Mental Health Professional Networks' die ontstaan zijn nadat het beleid de huisartsen aanzette tot samenwerking met geestelijke gezondheidszorgprofessionals. Doorverwijzing werd gestimuleerd met het verplicht maken van feedback. Dit zette huisartsen aan om deze professionals te leren kennen aangezien ze wilden weten aan wie ze nu doorverwezen [21].

Factoren die bijdragen tot het succes van deze voorbeelden van teams en netwerken zijn goede communicatie, flexibiliteit bij de organisaties, duidelijke doelen, beschikbare tijd en middelen, en ondersteuning van het beleid [20, 22–24]. Bij deze toenemende verscheidenheid van actoren zijn elkaar kennen, erkennen en vertrouwen belangrijke voorwaarden [10]. Het teamspirit model van Cromwell stelt dat elkaar eerst leren kennen er voor kan zorgen dat verschillen kunnen worden besproken en aangepakt, waardoor uiteindelijk de gezamenlijke visie kan worden ontwikkeld [25]. Dit ontbreekt soms vanwege onder andere een te hoge werkdruk voor de betrokken professionals [26, 27]. Indien hiervoor wel de tijd zou genomen worden kunnen kennis en vormen van aanpak gedeeld worden en wordt de deskundigheid van het netwerk vergroot [10]. Om zo ver te komen moet men bewust zijn van de verschillen in organisatiecultuur en taalgebruik en er rekening mee te houden [10, 26, 28]. Andere kritische factoren om te kunnen samenwerken zijn voldoende financiering en opleidingen om te leren samenwerken. Het doel is een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak te ontwikkelen [10]. Deze kunnen zich dan verder vertalen in een standaardisatie van formulieren, procedures en dossiers. Het gebruik van ICT kan een bevorderende factor hiervoor zijn [26]. Samenwerken mag geen doel op zich zijn, maar het moet bijdragen tot een betere zorg. Daarbij is het belangrijk dat iedereen het gevoel heeft dat de investering in de samenwerking kan terugverdiend worden [29, 30]. Als er gewerkt wordt met overeengekomen richtlijnen en goede communicatiesystemen is het mogelijk om positieve klinische en economische gevolgen te ervaren [31]. Een verbetering in de geestelijke gezondheidszorg is waarschijnlijker wanneer er ingezet wordt op het verbeteren van de interprofessionele samenwerking, dan wanneer er nieuwe diensten ontwikkeld worden [24]. Dossier et al. stellen dat (nieuwe) professionals in de geestelijke gezondheidszorg dit beseffen maar dat ze te weinig instrumenten krijgen aangereikt om effectieve samenwerking te bereiken. Daarvoor wordt er te weinig vorming gegeven over samenwerken en te veel geschoold op de eigen taakuitvoering [22].

## Methodie

### *Gegevensverzameling*

De stakeholdersbevraging werd georganiseerd aan de hand van focusgroepen, een gestructu-

reerde discussie onder een groep van stakeholders, begeleid door een ervaren gespreksleider. De methode is ontworpen om informatie te verkrijgen over behoeften van stakeholders rond een bepaalde kwestie en om te kunnen verklaren waarom ze die meningen hebben. Daarnaast laten focusgroepen toe om uit te maken welke informatie of actie er nodig is om aan deze noden en behoeften tegemoet te komen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode is geschikt om dieper in te gaan op meningen en motieven van verschillende actoren [32]. Omdat er gezocht wordt naar verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en het de bedoeling is om aanbevelingen te formuleren naar beleid en praktijk, werd deze werkwijze geselecteerd. Binnen deze methode werd gekozen voor de waarderende benadering. Hiermee willen we oplossingen aanreiken die niet vertrekken vanuit de problemen waarop we stoten, maar van elementen die al goed werken [33]. Conform de doelstellingen van het onderzoek en het gebruik van conventionele inhoudsanalyse voor de gegevensverwerking werden de gesprekken gevoerd aan de hand van open vragen [34]. Deelnemers werden zo uitgenodigd om waarderend te spreken over praktijken van samenwerking, verder te dromen over hoe het ideaal zou verlopen en vervolgens concrete toekomstscenario's aan te reiken. Er werd gevraagd wie volgens hen daar een rol in speelt en hoe men denkt over specifieke vormen van samenwerking zoals onderlinge communicatie en informatiedoorstroming. De onderzoekers vroegen telkens te denken aan goede voorbeelden van samenwerking en hieruit de werkbare elementen te halen. Deze manier van werken biedt de mogelijkheid nadien de terugkoppeling te maken naar het werkveld met concrete aanbevelingen. Alle focusgroepen werden geleid door een wetenschappelijk onderzoeker en geregistreerd met een audiorecorder.

#### *Gegevensverwerking*

De verzamelde bestanden werden herhaaldelijk beluisterd en uitgeschreven om ze te kunnen onderwerpen aan een kwalitatieve inhoudsanalyse. Het doel hiervan is het identificeren en coderen van terugkerende thema's of patronen. Er werd meer specifiek gekozen voor een conventionele inhoudsanalyse, waarbij de categorieën uit de inhoud ontspruiten en niet vooraf zijn bepaald. Dit wordt vooral toegepast bij onderzoek waar men tot nieuwe inzichten wil komen, zoals hier het geval is [34]. Alle data worden door de onderzoeker eerst integraal doorgenomen om een algemeen beeld te krijgen. Vervolgens gaat hij er telkens gedetailleerder door om de codes en

categorieën te bepalen en ten slotte te groeperen om na te gaan in welke mate er consensus heerst of verschillen zijn [34].

#### *Onderzoeksgroep*

Aan een focusgroep namen minstens zeven en maximaal twaalf personen deel. In totaal vonden er in de periode van oktober tot december 2013 twaalf plaats binnen de organisatie van de bestaande Plaatselijk Overleg Platforms (POP), waar lokale vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg samen komen om informatie uit te wisselen en de onderlinge communicatie te verbeteren. Op een totaal van zeventien POP in Limburg kunnen we dus spreken van een vrij hoge bereidheid tot deelname. Naast de stakeholders die deel uitmaken van deze POP werden nog relevante actoren uitgenodigd. In de samenstelling van de focusgroepen werd geopteerd voor heterogene groepen van praktijkhulpverleners omdat zij op deze manier vanuit de basis kunnen aangeven wat hun verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking zijn. De heterogeniteit zorgde ervoor dat er telkens zoveel mogelijk verschillende actoren rond de tafel zaten om ervoor te zorgen dat over alle focusgroepen heen een zo compleet mogelijk beeld kon geschetst worden van de verschillende meningen over samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. In totaal waren er 110 personen aanwezig waaronder negen huisartsen, 14 verpleegkundigen, drie maatschappelijk werkers, één kinesist, één apotheker, één thuiszorgcoach en een aantal vertegenwoordigers: 11 vanuit een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), 17 van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), 12 van een woonzorgcentrum, twee van een dagzorgcentrum, 13 van een dienst gezinszorg, vier van aanvullende thuiszorg, één van een expertisecentrum, twee van een mobiel B-team voor volwassenen, twee van een seniorenforum, negen van een psychiatrisch ziekenhuis, vier van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en vier van een algemeen ziekenhuis.

#### **Resultaten**

In de volgende paragrafen gaan we in op de resultaten die zich uitsplitsen in vijf thema's als gevolg van de inhoudsanalyse. Ten eerste werd er bij de vraag naar de ideale samenwerking gehoord dat het belangrijk is dat de patiënt daarin centraal staat. Ten tweede werd er gesproken over kennis, vaardigheden en expertise, die via het netwerk

kan worden verkregen, zoals we ook al zagen in de literatuur. Het derde thema, elkaar kennen, bleek vanuit de analyse doorheen het hele gesprek aan bod te komen en dus erg belangrijk, hetgeen niet verwonderlijk is gezien het theoretisch kader over samenwerken dat hierboven beschreven staat. Een ander element dat de wetenschappelijke literatuur aanhaalt komt terug in het vierde thema, namelijk tijd en ruimte om samen te werken. Ten slotte ging een behoorlijk deel van de gesprekken in de focusgroepen over hoe het gedeeld patiëntendossier zijn plaats krijgt in de samenwerking. Uit de gesprekken leren we dat de betrokken stakeholders zich bewust zijn van de noodzaak tot samenwerking, zoals Dossier en collega's ons al leerden [22], en hier continuïteit in willen brengen in plaats van steeds projectmatig te werken. Zij reiken elementen aan om dit verder te concretiseren.

#### *Patiënt en zijn omgeving centraal*

In een gedroomde samenwerking zijn een aantal elementen aanwezig, zoals geformuleerd door een huisarts: *“De patiënt moet centraal. Wat wil die? Men moet niet zomaar allemaal hulp aanbieden maar kijken wat nodig is per geval en daarbij ook de mantelzorg betrekken”*. De twee elementen die de huisarts vermeldt, namelijk de patiënt en de mantelzorger, zijn ook volgens andere stakeholders zoals thuisverpleegkundigen en -verzorgenden relevant. Er zijn echter ook kanttekeningen van een medewerker van een woonzorgcentrum, van een psychologe van een CGG en een psycholoog van een psychiatrisch ziekenhuis. Deze laatste stelt het zo: *“het is inderdaad logisch dat het vanuit de patiënt vertrekt maar helemaal logisch is dat ook niet altijd, er zijn ook wel groepen van patiënten [...] die totaal geen ziekte-inzicht hebben”*. Stakeholders van de eerste lijn aan de ene kant en vooral de psychologen aan de andere kant kwamen tot overeenstemming dat er best een samenwerking rond de patiënt bestaat, waarbij ook de mantelzorgers kunnen worden betrokken, en een parallelsamenwerking die gericht is op de verstandhoudingen tussen verschillende actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg.

#### *Kennis, vaardigheden en expertise*

Kennis over ziektebeelden blijkt belangrijk maar niet iedereen heeft dezelfde informatie. Zo vindt de huisarts dat de thuiszorg en thuisverpleging niets heeft aan diagnoses. Deze bevestigen vooral de nood aan praktische tips en tricks over het herkennen van en omgaan met ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Er is

binnen de focusgroepen enige discussie over de manier waarop kennis zou moeten vergaard worden. Volgens zowel een psychologe van het CGG als een thuisverzorgende zouden de opleidingen van verzorgenden meer aandacht moeten schenken aan geestelijke gezondheid. De meerderheid van de stakeholders acht dit echter niet haalbaar. Het zwaartepunt ligt volgens hen op praktische ondersteuning op het moment zelf waarin anderen in het netwerk kunnen voorzien. Een medewerker van een mobiel B-team bevestigt: *“Vaak krijgen wij vragen vanuit de eerste lijn of het OCMW: wat is daar aan de hand? Welke diagnose heeft die? Maar eigenlijk moeten wij vanuit de geestelijke gezondheidszorg hen leren de juiste vragen te stellen, zoals “Ik zie daar dat, ik merk daar dat, ik voel daar dat, wat doe ik daarmee”? [...] Daar moeten wij vanuit geestelijke gezondheidszorg de expertise aandragen om meteen de vertaalslag te maken van hoe iemand daar mee om kan gaan”*. Weten waar je terecht kan, wordt als erg belangrijk ervaren. Essentieel is dat je snel terecht kan bij een persoon die kennis heeft van het geestelijke gezondheidszorg-landschap.

Zo'n consult bestaat momenteel wel ten behoeve van volwassen patiënten (tot 65) waardoor voornamelijk thuisverpleegkundigen en thuisverzorgenden zich ondersteund voelen, ook in acute situaties. Deze mogelijkheid zien ze graag uitgebreid voor ouderen, net als de gehele werking van de bestaande netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor patiënten jonger dan 65. Ze bedoelen hiermee het partnerschap van diverse voorzieningen en diensten waarvan één in West-Limburg en één in Oost-Limburg opgericht is. Complementair aan bovenvermelde meer acute consultfunctie kan kennis vergaard worden door casusbespreking, momenteel aangeboden door de CGG. Ook de mogelijkheid om mee te lopen op een andere dienst wordt als positief ervaren. Goede praktijken op dit gebied, zoals iemand van een psychiatrisch ziekenhuis die regelmatig enkele uren beschikbaar heeft voor intervisie in een woonzorgcentrum, werken bevorderlijk voor alle betrokken partijen. De uiting van verwachtingen met betrekking tot het verwerven van meer kennis, vaardigheden en expertise bevestigen dat er, zoals de literatuur stelt, meer nood is aan vorming over samenwerking dan aan scholing gericht op de taakuitvoering van de professionals.

#### *Elkaar kennen*

Al deze voorbeelden van kennisdeling hebben bovendien het grote voordeel dat verschillende actoren op deze wijze met elkaar in contact komen. Als iemand meeloopt op een andere dienst dan leert hij of zij daar de mensen kennen, hoe ze



werken en wat hij of zij ervan kan verwachten. Elkaar kennen als voorwaarde voor een goede samenwerking is dan ook de rode draad doorheen dit onderzoek naar samenwerkingsverbanden. Zo zegt ook deze thuisverpleegkundige: *“Wij kennen elkaar, wij pakken al sneller de telefoon [...] Onbekend is onbemind zeggen ze, maar dat is zo, want dan weet je niet waar je moet zijn en dan houdt heel het verhaal op”*. Vormingsmomenten worden als ontmoetingsplaats gewaardeerd. Als concreet plan gaven vooral thuisverzorgenden en thuisverpleegkundigen aan op deze manier actiever nieuwe mensen aan te spreken zodat ze later deze mensen sneller durven opbellen. Op die manier wordt de communicatie bevorderd en de samenwerking versterkt. Dit is trouwens een voorwaarde om tot een volgende stap te komen, namelijk gezamenlijke doelen te stellen. Wanneer die er zijn leeft het gevoel dat zorg efficiënter kan toegediend worden. Het gaat hier om essentiële voorwaarden om tot overleg te komen. Tijdens dit onderzoek werd er verschillende malen opgemerkt dat de focusgroepen op zich al erg handig waren om enkele nieuwe contactpersonen te leren kennen.

#### *Tijd en ruimte*

Om samen te kunnen werken moet er volgens de stakeholders tijd en ruimte zijn. In zowat alle focusgroepen wordt verwezen naar een bestaand samenwerkingsinitiatief tussen CCG, OCMW, het psychiatrisch ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg met het oog op een zorgketen voor ouderen met psychische problemen. De sterke elementen die vernoemd worden zijn het feit dat er bottom-up te werk gegaan is en er ingezet werd op wederzijdse bekendheid. Hiervoor was het wel nodig dat het lokaal beleid tijd en ruimte gaf aan de actoren om elkaar te leren kennen en netwerken te creëren. In een gedroomde samenwerking beschikken alle stakeholders in hun functie over zulke flexibiliteit en worden hun administratieve taken lichter. Men zou bij wijze van spreken de gelegenheid moeten hebben om bij elkaar op de koffie te gaan, opdat men elkaar echt kan leren kennen. Om hiertoe te komen moet er ook financiële ruimte zijn en dus zouden samenwerkingsverbanden beter erkend kunnen worden. Vele organisaties en diensten moeten momenteel goed op de middelen letten. Een creatieve oplossing die wordt aangereikt vanuit de focusgroepen was: verschillende woonzorgcentra die samen een psycholoog betalen en op deze manier toch expertise in huis kunnen halen.

#### *Gedeeld patiëntendossier*

Een ideale manier van samenwerking die ook tijdbesparend is kan het gedeeld patiëntendossier zijn. In de gesprekken werd duidelijk dat er veel tijd kruipt in administratie van systemen die niet beschikbaar zijn voor anderen in het netwerk. Een gedeeld patiëntendossier zou beter de eigen afzonderlijke dossiers vervangen. Consensus over de inhoud en vormgeving hiervan was moeilijk te vinden in de focusgroepen, hoewel er ook geen uitgesproken verschillen in mening waren tussen bepaalde actoren. Dit komt omdat het moeilijk blijkt dit te visualiseren tijdens een focusgroep. Gemeenschappelijk gewenste elementen waren dat vanwege beroepsgeheim en privacy bepaalde delen van dat dossier wel of niet zichtbaar kunnen worden gemaakt voor anderen in het netwerk. Dit wordt bij voorkeur digitaal georganiseerd met functionele informatie en voorzien van een bewakersfunctie. Dit is iemand die de toegangen kan regelen en opvolging van het dossier kan verzekeren. De optie werd besproken om, wanneer ingelogd wordt in het gedeeld patiëntendossier, er een link is naar de consultfunctie zoals hiervoor besproken. Uiteindelijk zou zulk een gedeeld patiëntendossier ertoe kunnen leiden dat de informatiedoorstroming sneller en completer gebeurt. Een thuisverpleegkundige zegt: *“wat ideaal zou zijn, is [...] vooral dat wij een degelijk ontslaginformatie krijgen na opname, want wij willen die in de thuissituatie ook heel goed verder kunnen begeleiden”*. Cruciaal element is dan ook dat er feedback kan komen op de doorgegeven informatie.

#### **Conclusie**

Deze studie betreft een uitgebreide stakeholdersbevraging om inzicht te verwerven in de verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. De stakeholders willen inzetten op samenwerking waarbij de patiënt centraal staat.

Uit de analyse van de resultaten blijkt dat er raakvlakken zijn met de beleidscontext en de internationale literatuur rond samenwerking. Zo blijkt het fundamenteel dat actoren binnen een domein elkaar leren kennen om verder samen te werken. Dan kunnen ze hun kennis en expertise vergroten door te leren van elkaar met een nadruk op praktische ondersteuning. Hiervoor vragen ze het bieden van tijd en ruimte door de beleidsvoerders en wachten ze op een digitaal informatie-uitwisselingsplatform waarin het gedeeld patiëntendossier vorm kan krijgen.

Een kanttekening die kan worden gemaakt bij dit onderzoek is dat er gerekruteerd werd via de Plaatselijk Overleg Platforms waarin eerstelijnsvertegenwoordigers samen komen om de samenwerking te bevorderen en op die manier het samenwerken al in de vingers hebben. Er moet ook benadrukt worden dat de uitgedrukte meningen zich beperken tot die van hulpverleners uit de praktijk. Om het draagvlak te vergroten zouden ook patiënten en beleidsmakers kunnen bevroegd worden. Het is waarschijnlijk ook om die reden dat er veel consensus heerste onder de verschillende stakeholders. Grote verschillen tussen groepen van stakeholders werden niet vastgesteld. Wel benadrukken vooral psychologen dat de patiënt centraal stellen bij mensen met geestelijk gezondheidsproblemen niet vanzelfsprekend is. Voornamelijk actoren uit de thuiszorg, thuisverpleegkunde en de woonzorgcentra zoeken naar kennis, vaardigheden en expertise om zo goed mogelijk de patiënt verder te helpen maar geven ook aan dat ze nu die stap niet zetten uit angst voor het onbekende terwijl CGG dan weer opmerken dat hun aanbod onvoldoende gekend is. De belemmering om de droom van het gedeeld patiëntendossier te realiseren is dat het voor alle stakeholders heel moeilijk is te bepalen hoe zoiets er exact moet uitzien en wie welke rol daarin moet spelen. Daarvoor kijken ze op dit moment vooral naar de overheid en wachten ze tot een geschikt platform wordt aangeboden.

Aan dat beleid wordt verder gevraagd om er voor te zorgen dat er meer aandacht gaat naar de thema's samenwerking, ouderen en geestelijke gezondheidszorg in de opleiding van eerstelijns-

hulpverleners en verzorgenden. De stakeholders willen zoals gezegd de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg uitbreiden voor ouderen (65+) en dan specifiek de gewaardeerde consultfunctie. Hiervoor is financiële ruimte nodig, zouden vormen van samenwerking beter erkend en de administratieve druk verlaagd moeten worden.

Advies voor de praktijk bestaat uit inzetten op meer samenwerking waarin de patiënt centraal staat en de mantelzorger betrokken wordt binnen flexibele netwerken. Alle praktijkhulpverleners wordt aangeraden in te zetten op informele contacten binnen het domein geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Deelnemen aan vormingen, bij elkaar op visite gaan, de eigen dienst en manier van werken gaan voorstellen bij anderen en sneller de telefoon durven gebruiken om ondersteuning te vragen. Kennis kan verhoogd worden door casusbespreking en het uitwisselen van praktische tips. Er wordt voorgesteld om creatief om te gaan met middelen via samenwerking zoals: verschillende woonzorgcentra die samen een psycholoog in dienst kunnen nemen, en voluit gaan voor het gebruik van het gedeeld patiëntendossier, waarbij het eigen dossier hierdoor kan vervangen worden. Ten slotte wordt gevraagd feedback te geven op verkregen informatie om samenwerking te bevorderen. Er is onmiddellijk van start gegaan met het concreet terugkoppelen van deze aanbevelingen aan het betrokken werkveld. Initiatieven zoals dit zijn nodig om de verstaalslag naar de praktijk te maken. Net als verder onderzoek over dit thema dat kan bijdragen tot een betere samenwerking.

---

## Literatuur

1. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2013.
2. Vandeurzen J. Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010–2014. Brussel: Kabinet van Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2010.
3. Mertens E. Behoefteteonderzoek bij Limburgse senioren. Antwerpen: Universiteit Antwerpen Management School; 2005.
4. Lommelen L, Heuten K, De Maesschalck L. Opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het woonzorgcentrum. Geel: Campinia Media; 2013.
5. Vanderleyden L, Moons D. Informele zorg in Vlaanderen. Brussel: Studiedienst Vlaamse Regering; 2010.
6. Vandeurzen J. Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: Kabinet van Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2010.
7. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Kopenhagen: WHO; 2009.
8. Dienst psychosociale gezondheidszorg. Gids naar een betere ggz door de zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2010.
9. Team Gegevensverwerking en Resultaatopvolging. Evolutie capaciteit ziekenhuizen. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid; 2012.

10. Tsakitzidis G, Van Royen P. *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2009.
11. Tomme N Van, Voets J, Verhoest K. *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2011.
12. Puetz B. Networking. *Public Health Nurs.* 2007;24(6):577–9.
13. Jones J. Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain? *Health Place.* 1996;2(2):125–8.
14. World Health Organization. *Mental health: a call for action by world health ministers*. Genève: World Health Organization; 2001.
15. World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe*. Kopenhagen: World Health Organization; 2008.
16. Muijen M. The state of psychiatry in Europe: facing the challenges, developing consensus. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(4):274–7.
17. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry.* 2004;185:283–90.
18. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry.* 2013;202:246–8.
19. Caldas de Almeida JM, Killaspy H. *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. Brussel: Europese Unie; 2011.
20. Miller JS, Charles-Jones HD, Barry A, Saunders T. Multidisciplinary primary care mental health teams: a challenge to communication. *Prim Care Ment Health.* 2005;3:171–80.
21. Fletcher J, King K, Christo J, et al. An evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care. *Eval Program Plann.* 2014;45:29–41.
22. Dosser DA, Handron DS, McCammon SL, Powell JY, Spencer SS. Challenges and strategies for teaching collaborative interdisciplinary practice in children's mental health care. *Fam Syst Health.* 2001;19(1):65–82.
23. King K, Christo J, Fletcher J, Machlin A, Nicholas A, Pirkis J. The sustainability of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in mental health care. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(10):1–11.
24. Ungewitter C, Böttger D, El-Jurdi J, et al. Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt.* 2013;84:307–14.
25. Cromwell DM. Building spirited multidisciplinary teams. *J Perianesth Nurs.* 2000;15(2):108–14.
26. Blok C de, Vat L, Soest-Poortvliet M van, et al. *Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT*. Utrecht: Nivel; 2012.
27. Pacquette-Warren J, Vingilis E, Greenslade J, Newnam S. What do practitioners think? A qualitative study of a shared mental health and nutrition primary care program. *Int J Integr Care.* 2006;6(9):1–9.
28. Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med.* 2007;21:347–54.
29. Hansen J, Greuning M van, Batenburg RS. *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie*. Utrecht: Nivel; 2010.
30. Plochg T. Building a tower of babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care. *Int J Integr Care.* 2006;6(4):1.
31. Fuller JD, Perkins D, Parker S, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:72–83.
32. Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C, Slocum N, Steyaert S. *Participatieve methoden: Een gids voor de gebruikers*. Brussel: Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (Vlaams Parlement); 2006.
33. Barret F, Fry R, Wittcockx H. *Appreciative Inquiry: Het basiswerk*. Tiel: Lannoo & Scriptum; 2012.
34. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analyses. *Qual Health Res.* 2005;15:1277–88.

## *Klinische les*

# Idiopathische Normale Druk Hydrocephalie en de oudere patiënt

Wilhelmina Josephina Anna Remy Maria Valckx ·  
Mariana P. Duarte Conde · Jurgen A.H.R. Claassen · Erik J. van Lindert ·  
Marcel G.M. Olde Rikkert

### **Samenvatting**

Idiopathische Normal Pressure Hydrocephalus (iNPH) wordt gekenmerkt door de trias cognitieve stoornissen, loopstoornissen en urine-incontinentie. De behandeling bestaat uit het plaatsen van een ventriculoperitoneale drain. Onder meer door verschillende onderzoeksmethoden in trials met mogelijk meerdere biasvormen, maar ook eventueel bijkomende neurodegeneratieve aandoeningen, zoals de Ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie, zijn er geen goede kwantitatieve noch kwalitatieve gegevens die de lange termijn resultaten van een drain voorspellen. Omdat deze co-morbiditeit medebepalend is of de verwachte winst van een drain opweegt tegen de complicatiekans, is een kritische multidisciplinaire analyse van de co-morbiditeit, kwetsbaarheid én wens van de patiënt voorwaardelijk om te komen tot klinische relevante meerwaarde.

**Trefwoorden** idiopathische Normale Druk Hydrocephalie · Dementie · Co-morbiditeit · Kwetsbaarheid

---

W.J. A. R. M. Valckx (✉)  
Vooropleiding Interne geneeskunde Jeroen Bosch ziekenhuis,  
Den Bosch, Nederland  
e-mail: loesvalckx@hotmail.com

M. G.M. Olde Rikkert · J. A.H.R. Claassen · W.J. A. R. M. Valckx  
Afdeling Klinische Geriatrie, Radboudumc,  
Nijmegen, Nederland

M. P. Duarte Conde  
Neurochirurg in opleiding, Radboudumc,  
Nijmegen, Nederland

J. A.H.R. Claassen · M. G.M. Olde Rikkert  
Radboud Alzheimer Centrum,  
Nijmegen, Nederland

J. A.H.R. Claassen  
Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour,  
Radboudumc,  
Nijmegen, Nederland

E. J. van Lindert  
Radboud Centrum voor Schisis en Craniofaciale afwijkingen,  
Nijmegen, Nederland

## Idiopathic normal pressure hydrocephalus and the older patient

### Abstract

Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus (iNPH) is characterized by the clinical triad of cognitive disorders, gait impairment and urinary incontinence. The treatment is the implantation of a ventriculoperitoneal shunt. At present there are still no high quality determinants to predict the long term outcome after shunt implantation, because studies are likely to be biased, use many different study methods and are difficult to interpret by potential concomitant neurodegenerative diseases, like Alzheimer and vascular dementia. Because this comorbidity also determines whether the expected positive outcome of a shunt outweighs the risk of complications, a critical multidisciplinary analysis of comorbidity, frailty and patient preferences is a precondition to realize added value.

**Keywords** Idiopathic normal pressure hydrocephalus · Dementia · Comorbidity · Frailty

Geachte Dames en Heren,

Idiopathische Normale Druk Hydrocephalie, beter bekend als idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus (iNPH) kenmerkt zich door de klinische trias van cognitieve stoornissen, loopstoornissen en urine-incontinentie [1-4]. Bij cerebrale beeldvorming worden vergrote ventrikels gezien en bij lumbaalpunctie een normale liquordruk. Na plaatsing van een ventriculoperitoneale drain, die afvloed van de ventrikels naar de buikholte realiseert, worden verbeteringspercentages van de klachten van 60-96% genoemd [2-5].

Juist vanwege deze gunstige, maar op de lange termijn sterk variërende cijfers, het toenemende aantal kwetsbare ouderen [6] en het voor zover wij weten nooit goed onderzochte natuurlijke beloop van iNPH [3, 7], willen wij door middel van deze klinische les aangeven welke factoren ons inziens een rol spelen bij het besluit wel of geen drain te plaatsen bij een kwetsbare oudere met verdenking iNPH.

Onderstaand bespreken wij de ziektegeschiedenis van een patiënte bij wie bewust is afgezien van drainplaatsing in overleg met patiënte en familie.

### Casuïstiek

Een zeventigjarige patiënte werd door de huisarts naar de valpolikliniek verwezen. Haar voorgeschiedenis vermeldde diabetes mellitus type 2, nierfunctiestoornissen, jicht en hypertensie.

Patiënte was twee maal gevallen binnen vijf weken met bij de tweede maal bewustzijnsverlies van onduidelijke duur. Sindsdien had zij valangst en was zij onzeker ter been. Haar zus bemerkte al anderhalf jaar loop- en evenwichtsproblemen. Ze liep zonder hulpmiddel.

Daarnaast verwaarloosde patiënte het huishouden en haar persoonlijke verzorging, verdwaalde ze soms en deed ze onvolledige boodschappen. Twee broers en zussen waren bekend met cognitieve problemen. Pollakisurie en urge-incontinentie bestonden reeds langer.

Patiënte nuttigde geen alcohol en rookte sinds twintig jaar niet meer. Ze gebruikte enalapril/hydrochloorthiazide, furosemide, metformine, rosuvastatine, isradipine en metoprolol.

Bij lichamelijk onderzoek werd een adipeuze, matig verzorgde vrouw gezien met een temperatuur van 37,3 °C, gewicht van 97,4 kg en lengte van 1,64 m (BMI 36,2). De bloeddruk was liggend 184/75 mmHg met een polsfrequentie van 63 slagen per minuut en na drie minuten staan 164/72 mmHg met een polsfrequentie van 66 slagen per minuut.

Onderzoek van hoofd, hals, hart, longen en buik leverde geen bijzonderheden op. Orthopedisch en neurologisch onderzoek toonden een afwijkend looppatroon met een loopsnelheid van 0,88 m/s (<0,76 m/s teken van kwetsbaarheid [8]) en afname bij dubbeltaken. Het looppatroon was breed basisch met inversiestand van de voeten, stijve romp, verminderde armzwaai en paslengte verschil bij een verlengde standfase van het rechter been. Bij de koorddansersgang en 360 graden draaien verloor patiënte het evenwicht.

In het psychiatrisch onderzoek kwam patiënte onverschillig over, leek ze veel weg te lachen en imponeerden er cognitieve hiaten, zonder dat er specifieke psychiatrische symptomen waren.

Aanvullend onderzoek bestond onder andere uit de Mini Mental State Examination (26/30, ondergrens normaalwaarde) en Tinetti test (balans 14/16 en lopen 9/12; indicatief voor verhoogd valrisico). Het ECG liet een sinusritme van 58 slagen per minuut met een normale as en geleidingstijden en premature ventriculaire complexen zien. Het laboratoriumonderzoek toonde een BSE van 68 mm/uur zonder verhoogd CRP en een normocytair anaemie van 6,9 mmol/l. De CT-hersenen (zie fig. 1) duidde de radioloog als



**Figuur 1** CT-cerebrum met verwijd symmetrisch ventrikelsysteem, verwijd gyrus-sulcuspatroon en perifere liquorruimten met algehele corticale atrofie.

passend bij een normal pressure hydrocephalus met een symmetrisch algeheel verwijd ventrikelsysteem met open basale cisternen. Het gyrus-sulcus patroon was verwijd door algehele corticale atrofie met enkele aspecifieke witte stofafwijkingen.

Na consultatie van de fysiotherapeut, neuropsycholoog en ergotherapeut, concludeerde de klinisch geriatr dat het vallen multifactorieel bepaald werd door onder andere deconditionering, loopstoornissen, valangst, polyfarmacie en orthostatische hypotensie en daarbij milde cognitieve stoornissen (Mild Cognitieve Impairment) met een subcorticaal-frontaal profiel.

Vanwege de trias van cognitieve stoornissen, loopstoornissen en incontinentie en het beeld van een normal pressure hydrocephalus op de CT-hersenen, werd als onderdeel van het 'assessment' bij iNPH een 'taptest' verricht. Hierbij wordt het looppatroon beoordeeld vóór en na afname van 30–50 cc liquor. Vanwege het postuur van patiënte werd de liquorpunctie zittend verricht en de druk niet gemeten. Na de punctie verbeterde de loopsnelheid met 20% en nam de staplengte links tot 13% en rechts tot 15% toe. Ook de Berg Balans Schaal-score verbeterde met 5 punten tot 43/56. Patiënte zelf beoordeelde het effect wisselend als wel en niet verbeterd.

Na onderling overleg van klinisch geriaters over de meerwaarde van een ventriculoperitoneale drain bij deze patiënte met mogelijk iNPH,

objectieve verbetering na de taptest (echter niet als dusdanig ervaren door patiënte), maar ook co-morbiditeit, werd samen met haar en haar zus besloten geen drain te plaatsen. Redenen waren de onduidelijkheid ten aanzien van het te verwachte effect en de noodzaak van herhaald ziekenhuisbezoek bij een patiënte die inmiddels een gipskorset droeg vanwege een osteoporotische wervelfractuur. Behandeling werd daarom toegespitst op optimalisatie van het zorg- en welzijnsnetwerk en gerapporteerde klachten van patiënte.

Een aantal maanden later revalideerde patiënte in een verpleeghuis na opname bij de klinische geriatrie vanwege pijn bij wervelfracturen. Een klein jaar na het polikliniekbezoek werd de diagnose dementie, licht van ernst, gesteld en was zij in de algemene en instrumentele dagelijkse verrichtingen nagenoeg afhankelijk.

## Beschouwing

### *Vóórkomen van iNPH en kwetsbaarheid*

Door het ontbreken van uniforme criteria varieert de internationale incidentie van iNPH van 0,2–5,5 per 100.000 personen per jaar. De prevalentie ligt rond 0,003% onder de 65 jaar en tussen de 0,2–2,9% boven de 65 jaar [2–5]. Ook cijfers van de personen met dementie die iNPH zouden hebben, variëren sterk van 1–6% [2, 4]. In Nederland hebben zo'n 245.000 personen dementie en in 2040 naar verwachting tenminste 500.000 [9].

Het Sociaal Cultureel Planbureau schatte dat er in 2007 ruim 600.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder waren en dat dit er tussen 2010 en 2030 meer dan één miljoen zullen zijn. 'Kwetsbaarheid bij ouderen' werd door hen gedefinieerd als een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten en beperkingen in het functioneren, waardoor de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) toeneemt [6].

### *Pathofysiologie*

Tot op heden is de pathofysiologie onopgehelderd, maar is er consensus dat liquoroverproductie niet de oorzaak is en er een verhoogde weerstand is tegen liquoruitstroom. Daarnaast zijn er pathologische cerebrale veranderingen gevonden die ook bij atherosclerotische en hypertensieve aandoeningen en bij Alzheimer gezien worden [3, 4].

### Diagnostisering

De loopstoornissen komen het meest voor en zijn vaak het eerste teken van iNPH. De passen worden breed basisch en schuifelend met weinig armbewegingen. De cognitieve stoornissen bestaan uit aandachtsproblemen, psychomotore traagheid en verminderde planning, organisatie en initiatiefneming. Het derde symptoom is urge-incontinentie. Slechts in 60% is deze klassieke trias volledig aanwezig [1-4].

Bij cerebrale beeldvorming (CT- dan wel MRI-scan) worden verwijde ventrikels gezien zonder obstructie van de liquorafvoer en zonder uitgebreide corticale atrofie [1-4]. De liquordruk is normaal tot licht verhoogd (in rugligging bovengrens 15 mmHg) [1, 4].

### Behandeling

De behandeling van iNPH bestaat uit permanente liquordrainage middels een ventriculoperitoneale drain [2-4, 10]. Dit is een relatief eenvoudige ingreep met complicatiepercentages van minder dan 20% op de lange termijn [4].

In de internationale richtlijnen wordt geadviseerd op basis van anamnese, neurologisch onderzoek en beeldvorming een indeling te maken in ‘waarschijnlijk’, ‘mogelijk’ en ‘onwaarschijnlijk’ iNPH [1, 11]. Zonder verder aanvullend onderzoek, zoals hieronder beschreven, varieert de voorafkans op verbetering na drainplaatsing voor de classificatie ‘waarschijnlijk’ en ‘mogelijk’ iNPH van 61% tot minder dan 50%. Indien iNPH onwaarschijnlijk wordt geacht, is dit

percentage waarschijnlijk nog lager [11]. Om de kans op verbetering na drainplaatsing beter te kunnen voorspellen kan aanvullend onderzoek verricht worden. Voorbeelden zijn: de ‘taptest’ (positief voorspellende waarde 75–92%), ‘infusie test’ (verhoogde resorptieweerstand bij iNPH; positief voorspellende waarde 57–100%) en de ‘externe lumbale drainage’ (liquorafname over langere tijd en grotere hoeveelheid dan taptest; positief voorspellende waarde 80–100%) [1, 3, 11]. Tot op heden is er echter nog geen eenduidige prognostische test [3, 4, 11].

### Effecten van de drain op korte en lange termijn

Er is een grote verscheidenheid aan succespercentages van drainplaatsing door verschillen in selectiecriteria, postoperatieve evaluaties en follow-up perioden. In de internationale iNPH richtlijnen worden verbeteringen vermeld van 64–96% na drie tot zes maanden, 41–95% na één jaar en 28–91% na drie tot vijf jaar. Hierbij lijken de korte termijnresultaten vooral beïnvloed door shuntgeassocieerde risico’s en lange termijnresultaten door morbiditeit en mortaliteit van bijkomende (cerebro)vasculaire aandoeningen [3, 5]. Zo vergeleken Malm en collega’s overlevingscurves van ouderen na drainplaatsing met ouderen na een eerste ischemisch CVA en met gezonde ouderen. Na drie jaar was 28% van de personen met drain, 32% van de personen met een eerste CVA en 8,5% van de gezonde ouderen overleden [12]. Lemcke en Meier vonden dat een score hoger dan drie op de Co-morbidity Index van Kiefer (tab. 1) een significant verminderde kans op een

**Tabel 1 Co-morbidity Index (CMI) van Kiefer (vrij vertaald) [13].**

Risicofactoren	1 punt	2 punten	3 punten
Vasculair	Hypertensie Aortofemorale bypass Stent	Diabetes Mellitus Perifere vasculaire ziekte Vasculaire occlusie	
Cerebrovasculair	Insufficiëntie posterieure circulatie Stenose arteria carotis interna	Vasculaire encephalopathie TIA	Cerebraal infarct
Cardiaal	Aritmie Klepziekte Hartfalen/stent Aortacoronaire bypass Myocardinfarct		
Anders		Parkinson	

gunstige uitkomst van drainage geeft. Bij een score hoger dan zes is een gunstige uitkomst niet meer te verwachten [13].

Koivisto en collega's volgden met een mediaan van 4,7 jaar, 146 patiënten met initieel een gunstig effect van drainplaatsing. Uiteindelijk hadden 67 patiënten (46%) dementie: 37 hadden een andere dementievorm dan iNPH (o. a. Alzheimer en vasculaire dementie) en 30 hadden klinisch mogelijk dementie, waarvan slechts 8 patiënten uitsluitend iNPH gerelateerde dementie [14].

### Besluitvorming

Resumerend, zou naar onze mening de complexe weging van de mate van waarschijnlijkheid van de diagnose iNPH, de co-morbiditeit, de objectieve uitslagen van eventuele aanvullende prognostische onderzoeken en de kwetsbaarheid van de oudere patiënt, in een multidisciplinair overleg van geriater, neurochirurg, patiënt en familie leidend moeten zijn in de afweging wel of geen drain te plaatsen (zie ook tab. 2). Hierbij zou de cumulatieve Frailty Index van Rockwood een hulpmiddel kunnen zijn om de kwetsbaarheid beter in te kunnen schatten (Index > 0,2 indicatief voor kwetsbaarheid, index van 0,25–0,40 indicatief voor snel toenemende kwetsbaarheid) [15, 16]. Indien één van deze vier bovengenoemde factoren ongunstig is, dient ons inziens afgezien te worden van drainplaatsing gezien de lage voorafkans op winst.

Voor onze patiënte was de diagnose iNPH discutabel (multifactorieel bepaalde loopstoornissen en de op CT-hersenen ook algehele corticale atrofie passende bij de ziekte van Alzheimer), waren er relevante bijkomende ziekten (score van 3 op de Co-morbidity Index) met gedurende het assessment invaliderende osteoporotische wervelfracturen en kwetsbaarheid (Frailty Index van Rockwood was 0,23). Deze ongunstige prognostische factoren, samen met de wens van patiënte zelf, wogen zwaarder in de gezamenlijke beslissing geen drain te plaatsen, dan de positieve 'taptest'. De relatief snelle toename van de Frailty Index tot 0,31 in minder dan een jaar onderstreepte haar kwetsbaarheid.

### Conclusie/aanbeveling

Dames en Heren, idiopathische Normale Druk Hydrocephalie kan goed behandelbaar zijn met

**Tabel 2 Prognostische factoren om wel/geen drain te plaatsen bij een oudere patiënt met verdenking idiopathische Normal Pressure Hydrocephalus.**

Prognostisch gunstige factor	Prognostisch ongunstige factor
Klinisch hoge verdenking op iNPH: geen andere neurodegeneratieve aandoening	Klinisch lage verdenking iNPH: grote kans bijkomende neurodegeneratieve aandoening
Aanvullende prognostische testen voorspellen gunstige resultaten na drainplaatsing <sup>a</sup>	Aanvullende prognostische testen voorspellen geen gunstige resultaten na drainplaatsing
Co-morbiditeit Index volgens Kiefer < 3	Co-morbiditeit Index volgens Kiefer > 3
Niet kwetsbaar <sup>b</sup>	Kwetsbaar <sup>b</sup>
Patiënt wenst behandeling	Patiënt aarzelt over behandeling

<sup>a</sup>Bijvoorbeeld 'taptest', 'infusie test' en 'externe lumbale drainage' [1, 3, 11] Momenteel is er geen eenduidige prognostische test [3, 4, 11]

<sup>b</sup>Bijvoorbeeld Frailty Index van Rockwood (Index > 0,2 indicatief voor kwetsbaarheid) [15, 16]

Indien één of meerdere prognostisch ongunstige factoren aanwezig zijn, adviseren wij geen drain te plaatsen, vanwege de lage voorafkans op klinisch relevante meerwaarde

een ventriculoperitoneale drain bij niet kwetsbare patiënten zonder co-morbiditeit. Bij kwetsbare patiënten met relevante bijkomende ziektelast, met name bij cerebro(vasculaire) aandoeningen, en daardoor ook een discutabele verdenking op idiopathische Normale Druk Hydrocephalie, adviseren we echter een zorgvuldige multidisciplinaire besluitvorming ten aanzien van ventriculoperitoneale drainplaatsing, vanwege de lage voorafkans op klinisch relevante meerwaarde.



## Literatuur

1. Relkin N, Marmarou A, Klinge P, et al. Diagnosing idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery*. 2005;57:4–16.
2. Wilson R, Williams M. Normal pressure hydrocephalus. *Clin Geriatr Med*. 2006;22:935–51.
3. Mori E, Ishikawa M, Kato T, et al. Guidelines for management of idiopathic normal pressure hydrocephalus: second edition. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2012;52:775–809.
4. Kiefer M, Unterberg A. The differential diagnosis and treatment of normal pressure hydrocephalus. *Dtsch Ärztebl Int*. 2012;109(1–2):15–26.
5. Klinge P, Marmarou A, Bergsneider M, et al. Outcome of shunting in idiopathic normal pressure hydrocephalus and the value of outcome assessment in shunted patients. *Neurosurgery*. 2005;57:40–52.
6. Campen C van, red. Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP; 2011.
7. Toma A, Stapleton S, Papadopoulos M, Kitchen D, Watkins L. Natural history of idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurg Rev*. 2011;24:4233–439.
8. Fried L, Tangen C, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol*. 2001;56A(3):146–56.
9. Deltaplan Dementie 2012–2020, eindversie 19 augustus 2012. [www.deltaplاندementie.nl](http://www.deltaplاندementie.nl). Geradpleegd op 24 februari 2014.
10. Bergsneider M, Black PM, Klinge P, et al. Surgical management of idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery*. 2005;57:29–39.
11. Marmarou A, Bergsneider M, Klinge P, et al. The value of supplemental prognostic tests for the preoperative assessment of idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery*. 2005;57:17–28.
12. Malm J, Kristensen B, Stegmayr B, Fagerlund M, Koskinen LO. Three-year survival and functional outcome of patients with idiopathic adult hydrocephalus syndrome. *Neurology*. 2000;55(4):576–8.
13. Lemcke J, Meier U. Idiopathic normal pressure hydrocephalus (iNPH) and co-morbidity: an outcome analysis of 134 patients. *Acta Neurochir Suppl*. 2012;114:255–9.
14. Koivisto AM, Alafuzoff I, Savolainen S, et al. Poor cognitive outcome in shunt-responsive idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Neurosurgery*. 2013;72(1):1–8.
15. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489–95.
16. Clegg A, Young J, Illife S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752–62.

## Praktijkgerichte bijdrage

# Gebruik van de RAND-36 bij zelfstandig wonende ouderen kan leiden tot een onderschatting van de ervaren gezondheidstoestand

Sil Aarts · Sebastiaan T.M. Peek · Eveline J.M. Wouters

### Samenvatting

De algemene gezondheidstoestand van de bevolking wordt veelal gemeten met de RAND-36 item Health Survey. De afkorting RAND verwijst naar de Amerikaanse onderzoeksorganisatie voor 'Research and Development' die de vragenlijst ontwikkelde. In 2012 is door Fontys en partners een longitudinaal veldonderzoek gestart met als doelstelling het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op het gebruik van technologie ter bevordering van het zelfstandig wonen door ouderen. In totaal worden 50 deelnemers van 70 jaar of ouder, vier jaar lang elke acht maanden geïnterviewd. Tevens worden er enkele vragenlijsten afgenomen waaronder twee vragen uit de RAND-36 waarvan een item luidt: 'Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken'. Tijdens dit onderzoek is gebleken dat sommige deelnemers die zichzelf gezonder vinden dan andere mensen die zij kennen, de stelling ontkennend beantwoorden maar daarmee onbedoeld een antwoordcategorie invullen die zich vertaalt in een lagere score voor de ervaren gezondheidstoestand. Het op deze manier invullen van dit item kan daardoor leiden tot een onderschatting van de algemene gezondheidstoestand van ouderen.

**Trefwoorden** RAND-36 · HRQoL · zelfstandig wonende ouderen · subjectieve gezondheid

### Using the RAND-36 among community-dwelling older adults can lead to an underestimation of self-reported health

#### Abstract

The overall health status of the population is often measured by RAND-36 item Health Survey. In 2012, Fontys and partners started a longitudinal field study in the Netherlands. This study is aimed at identifying factors that influence the use of technology by elderly individuals in order to increase independent living. A total of 50 participants aged 70 years or older, are in-

---

S. Aarts (✉) · S. T.M. Peek · E. J.M. Wouters  
Fontys Paramedische Hogeschool,  
lectoraat Health Innovations and Technology,  
Dominee Theodor Fliednerstraat 2,  
5631 BN Eindhoven, Nederland  
e-mail: s.aarts@fontys.nl

S. T.M. Peek  
Universiteit van Tilburg, Tranzo,  
Tilburg, Nederland

DOI: 10.1007/s12439-015-0124-6  
Published Online: 25 April 2015

interviewed every eight months, for a total of four years. In addition, participants are asked to fill in several questionnaires. One questionnaire that is (partly) included is the Dutch version of the RAND-36, which includes the statement; "I am as healthy as anybody I know". Some participants who find themselves healthier than other people they know (want to) fill in an answer that indicates that they find themselves less healthy than others (e.g. "I am not as healthy as anybody, I am healthier so I answer 'definitely false'"). Hence, the Dutch version of this RAND-36 statement can lead to an underestimation of the overall health status of Dutch elderly individuals

**Keywords** RAND-36 · HRQoL · community-dwelling · subjective health

Voor het meten van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking worden vaak generieke vragenlijsten gebruikt. De meest gebruikte vragenlijst is de RAND-36 item Health Survey, ofwel de RAND-36. Deze vragenlijst is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en is vrijwel identiek aan de Medical Outcome Study (MOS) Short-Form-36 (SF-36) [1]; de twee vragenlijsten verschillen alleen van elkaar in de wijze waarop sommige schaalscores berekend worden [2]. De RAND-36/SF-36 is een generieke, multidimensionale vragenlijst die bestaat uit 8 subschalen voor het in kaart brengen van fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door een fysiek probleem, rolbeperkingen door een emotioneel probleem, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving [1]. In Nederland is de RAND-36 vertaald en gevalideerd door Van der Zee & Sanderman [3] en Aaronson en collega's [4]; deze vertalingen zijn bijna identiek en worden ook als zodanig behandeld [2]. De RAND-36 is veelvuldig onderzocht, zowel in de algemene Nederlandse populatie als in diverse subpopulaties [5, 6], en wordt dan ook gezien als een betrouwbare, valide en gevoelige maat voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand.

In 2012 is door Fontys en dertien lokale partners een longitudinaal veldonderzoek gestart met als doelstelling het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op het gebruik van technologie ter bevordering van het zelfstandig wonen door ouderen. In totaal worden 50 deelnemers met een minimum leeftijd van 70 jaar, vier jaar lang elke acht maanden geïnterviewd (momenteel zijn bij alle deelnemers drie interviews afgenomen). Tijdens de interviews zijn twee onderzoekers aan-

wezig en de deelnemer is altijd bekend met ten minste een van de twee onderzoekers; dit om de deelnemer zich op zijn gemak te laten voelen en een band met de deelnemer te creëren. Tijdens deze huisbezoeken worden deelnemers geïnterviewd over factoren die leiden tot aanschaf, veranderingen in gebruik, en langdurig gebruik van verschillende typen technologie die op dat moment in de woning aanwezig zijn. Daarnaast wordt gevraagd naar de gezondheidsstatus van de deelnemer, naar mogelijke aanwezige chronische aandoeningen en naar invloedrijke levensgebeurtenissen. Tevens worden er enkele vragenlijsten afgenomen waaronder de Mini Mental State Examination (MMSE; deelnemers met een score van 24 of lager worden geëxcludeerd [7]), de Tilburg Frailty Index (TFI) [8], en twee items afkomstig uit de RAND-36 [9]. Deze laatste twee items zijn uitsluitend toegevoegd om een beeld te verschaffen van de subjectieve gezondheidstoestand van de deelnemers; het kwantificeren van de gezondheidstoestand van de deelnemers wordt dan ook niet gepoogd.

De twee items afkomstig uit de RAND-36 worden mondeling afgenomen. Echter, de deelnemers krijgen deze items ook schriftelijk voorgelegd zodat zij mee kunnen lezen. Het eerste item (d.w.z. item 1 uit de RAND-36) luidt: 'Wat vindt u, over het algemeen, van uw gezondheid? Deze vraag is te beantwoorden middels vijf antwoordmogelijkheden: (1) uitstekend, (2) zeer goed, (3) goed, (4) matig en (5) slecht. Het tweede item betreft vier stellingen (d.w.z. item 11 stelling a t/m d uit de RAND-36) waarvan stelling 11b luidt: 'Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken'. Deze stelling is te beantwoorden middels vijf antwoordmogelijkheden: (1) volkomen juist, (2) grotendeels juist, (3) weet ik niet, (4) grotendeels onjuist, en (5) volkomen onjuist [9]. Bij het horen en/of lezen van deze stelling geven sommige deelnemers aan dat zij zich juist gezonder voelen dan hun leeftijdsgenoten. Sommige deelnemers vullen vervolgens het antwoord 'volkomen onjuist' in daar zij zich juist gezonder voelen dan andere mensen die zij kennen; zij zijn het dus niet eens met de stelling. Aangezien de antwoorden op deze stelling gehercodeerd dienen te worden (d.w.z. 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 en 5=1) en een hogere score op een betere gezondheid duidt [9], behalen deze deelnemers dus een lagere score dan wanneer ze de antwoordmogelijkheid 'volkomen juist' invullen. Dit houdt in dat sommige mensen die zichzelf gezonder vinden dan andere mensen die zij kennen, een antwoord invullen dat aangeeft dat ze zichzelf juist minder gezond vinden dan anderen. Bovengenoemde stelling is onderdeel van de subschaal 'algemene gezondheidsbe-

leving' die in totaal uit één vraag en vier stellingen bestaat (d.w.z. item 1+11a t/m 11d) Als een persoon zijn gezondheid als uitstekend ervaart en dus op alle items een antwoordcategorie invult waarmee hij/zij zijn uitstekende gezondheid wil aangeven, kan de totaalscore van 100 worden behaald [9]. Echter, als het antwoord 'volkomen onjuist' wordt ingevuld, wordt een score van 80 behaald.

De RAND-36 is een meetinstrument dat in Nederlands wetenschappelijk onderzoek veelvuldig wordt gebruikt; zo noemt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM, de RAND-36 als een van de drie instrumenten inzetbaar voor het operationaliseren van 'kwaliteit van leven' [10]. Aangezien de RAND-36 voornamelijk in z'n geheel afgenomen wordt (d.w.z. heel de vragenlijst; 36 items in totaal) om de algemene gezondheidstoestand/kwaliteit van leven in kaart te brengen [9], is het niet ondenkbaar dat bovengenoemd probleem veelvuldig voorkomt. Dit kan leiden tot een algehele onderschatting van de algemene gezondheidsstatus.

De vraag rijst of dit probleem alleen bij dit project een rol speelt. Daar de RAND-36 vaak schriftelijk wordt afgenomen, is niet bekend of de deelnemer de vragen heeft ingevuld overeenkomstig zijn/haar ervaren gezondheidstoestand. Logischer is dan ook te vermoeden dat bovenstaand probleem uitsluitend aan het licht komt als de onderzoeker de visie van de deelnemer op zijn of haar eigen gezondheid weet en dit dan ook kan staven aan de antwoordmogelijkheid die de deelnemer kiest. Daarnaast is het denkbaar dat dit fenomeen vooral voorkomt als de RAND-36 wordt ingevuld door ouderen. Uit de interviews blijkt dat de deelnemers zichzelf vooral vergelijken met leeftijdsgenoten die in een slechtere gezondheid verkeren. Dit is in overeenstemming met literatuur op het gebied van gezondheidsbeleving door ouderen [11, 12]. Uit onderzoek blijkt tevens dat ouderen andere aspecten van gezondheid meenemen in hun oordeel dan jongeren [13]. Aangezien jongere mensen een kleinere kans hebben leeftijdsgenoten te kennen die in slechte gezondheid verkeren, daar een hogere leeftijd geassocieerd is met een afname in gezondheid [14, 15], is het mogelijk dat jongere mensen zichzelf niet vergelijken met leeftijdsgenoten die in een slechtere gezondheid verkeren.

Zowel de Nederlandse stelling als de Engelse stelling werden voorgelegd aan drie linguïsten (respectievelijk, 23, 61 en 75 jaar oud). Aan hen werd gevraagd hoe zij beide vragen interpreteerden en welk antwoord zij zouden invullen, mochten zij hun gezondheid als 'uitstekend' ervaren. Hieruit bleek dat vooral de Nederlandse stelling ambiguïteit opleverde:

*Als ik me dus gezonder voel dan de mensen om mij heen, dan zal ik het niet geheel eens of zelfs oneens zijn met de stelling. Echter, naar mijn mening moet hier wel een kanttekening bij worden gemaakt. Namelijk dat het ook afhangt van de mensen die ik ken. (Linguïst I, vrouw, 23 jaar)*

*Als ik mijn gezondheid uitstekend zou vinden, zou ik 'weet ik niet' aankruisen, of 'onjuist', redenerend dat ik er beter aan toe ben dan de meeste ouderen die ik ken. Deze vraag lijkt de gezondheid 'van onder af' te benaderen, alsof ongezond de basis is. (Linguïst III, vrouw, 61 jaar)*

Echter, een van de linguïsten gaf aan bovengenoemd probleem ook te ervaren bij de Engelse stelling:

*Deze vraag zou ik op dezelfde manier interpreteren als de Nederlandse variant. (Linguïst I, vrouw, 23 jaar)*

Aanbevolen wordt om na te gaan of dit fenomeen vaker voorkomt in onderzoek waarbij de RAND-36 gebruikt wordt om de algemene gezondheidsstatus van ouderen in kaart te brengen. Er dient bij een grotere groep ouderen te worden onderzocht of het in te vullen antwoord overeenkomt met de gezondheidsbeleving van de betreffende deelnemer. Dit zou voor zowel de Nederlandse versie van de RAND-36 (d.w.z. met behulp van deelnemers die Nederlands als moedertaal hebben) als voor de Engelse versie (d.w.z. met behulp van deelnemers die Engels als moedertaal hebben) moeten gebeuren. Daarnaast dient ook te worden onderzocht of dit probleem zich voordoet in andere, (jongere) populaties. Afhankelijk van de uitkomst van dergelijke onderzoeken kan worden gekozen om item 11b in de RAND-36 aan te passen. Het item kan aangepast worden door slechts het woord 'minstens' te includeren; "Ik ben minstens net zo gezond als andere mensen die ik ken". Een andere oplossing kan zijn: "Ik ben niet minder gezond dan andere mensen die ik ken". In de Engelse versie van het item kunnen de woorden 'at least' worden toegevoegd; "I am at least as healthy as anybody I know". Door het aanpassen van de vraag op bovenstaande manieren kan de antwoordkeuze behouden blijven, waardoor de andere vragen behorende bij item 11 niet dienen te worden aangepast. In afwachting van bovengenoemd onderzoek, is het van belang om, vooral bij het schriftelijk laten invullen van de Rand-36 door oudere deelnemers, het antwoord op item 11b te vergelijken met andere vragen opgenomen in de RAND-36 (bijv. item 11a 'Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen' [9]). Alleen op deze manier kan worden voorkomen dat er, op

basis van deze vraag, foutieve scores aan deelnemers worden toebedeeld.

### Dankbetuiging

Het onderzoek is gesubsidieerd door SIA-RAAK. Fontys Paramedische Hogeschool is penvoerder en werkt samen met diverse lokale partners uit

het werk- en onderwijsveld. Meer over het project is te vinden op [www.fontys.nl/langerthuis/](http://www.fontys.nl/langerthuis/). De auteurs willen alle deelnemers aan het SIA-RAAK project 'Langer thuis, wat haal je in huis' bedanken voor hun deelname. Daarnaast willen we de drie linguïsten bedanken voor hun medewerking met betrekking tot de interpretatie van de stellingen.

### Literatuur

1. Ware JE, Sherbourne CD. The RAND-36 Short-form Health Status Survey: I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473–81.
2. Eysink PED. Instrumenten voor de kwaliteit van leven. RIVM, Bilthoven; 2010.
3. Zee KI van der, Sanderman R, Heyink JW, Haes H de. Psychometric qualities of the RAND 36-Item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med*. 1996;3:104–22.
4. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res*. 1992;1:349–51.
5. Moorer P, Suurmeijer Th P, Foets M, Molenaar IW. Psychometric properties of the RAND-36 among three chronic diseases (multiple sclerosis, rheumatic diseases and COPD) in the Netherlands. *Qual Life Res*. 2001;10:637–45.
6. Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1055–68.
7. Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189–98.
8. Gobbens RJ, Assen MA van, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:344–55.
9. Zee K van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. UMCG/Rijksuniversiteit Groningen, 2012.
10. RIVM. Kwaliteit van leven. 2014. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/> en <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/methodologie/drie-instrumenten-voor-de-kwaliteit-van-leven/>. Geraadpleegd op 1 April 2015.
11. Cheng ST, Fung H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sc*. 2007;62:277–85.
12. Hoeymans N, Feskens EJM, Bos GAM van den, Kromhout D. Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *Am J Public Health*. 1997;87:1620–5.
13. Aaronson NK. Assessing the quality of life of patients in cancer clinical trials: common problems and common sense solutions. *Eur J Cancer*. 1992;28:1304–7.
14. Transforming the personal digital assistant into a useful health-enhancing technology for adults and older adults. *Generations*. 2005;28:54–6.
15. Aarts S, Akker M den, Bosma H, Tan F, Verhey F, Metsemakers J, et al. The effect of multimorbidity on health related functioning: temporary or persistent? Results from a longitudinal cohort study. *J Psychosom Res*. 2012;73:211–7.

## Recente onderzoeksliteratuur

### **Deelname aan een groepsactiviteit in een psychogeriatrisch verpleeghuis laat medisch studenten positiever denken over mensen met dementie**

George DR, Stuckey HL, Whitehead MM (2014) *How a creative storytelling intervention can improve medical student attitude towards persons with dementia: a mixed methods study. Dementia 13:318–329*

#### *Conclusie van het artikel*

De attitude over dementie veranderde bij studenten geneeskunde merkbaar in positieve zin na een intensieve kennismaking met een bijzondere groepsactiviteit voor mensen met dementie in een zorginstelling.

#### *Bespreking van de studie*

In het kader van hun opleiding aan een Amerikaanse universiteit (Penn State College of Medicine) schreven 22 vierdejaars studenten geneeskunde zich in voor een module ‘psychogeriatric’. De studenten (10 vrouwen, 12 mannen) waren gemiddeld tussen 26 en 27 jaar oud. De onderwijsmodule hield in dat zij gedurende een maand wekelijks deelnamen aan een groepsactiviteit met bewoners van een psychogeriatrisch verpleeghuis. De studenten kregen als opdracht de wekelijkse activiteit ‘creatief verhalen vertellen’ te begeleiden, volgens de TimeSlips methodiek (zie het internet voor nadere informatie). Ze volgden daarvoor eerst een middag instructie en oefening in het ondersteunen van de activiteit. Tijdens de stage zelf, in het verpleeghuis, kwamen de studenten samen met een groep van tien bewoners. Elke student begeleidde één bewoner tijdens de activiteit. ‘Creatief verhalen vertellen’ houdt in dat de deelnemers spontaan en associatief reageren op een foto of schilderij. Een activiteitenbegeleider noteert alle invallen op een whiteboard. Aan het eind construeren de deelnemers daarmee een kort verhaal en bedenken zij een pakkende titel. Voor en na hun inzet voor de verhalenactiviteit vulden de studenten een vragenlijst in (de Dementia Attitudes Scale; DAS). De DAS telt twintig items en

peilt opvattingen en gevoelens over mensen met dementie. Op een schaal van 1 tot 7 per item kunnen invullers aangeven in hoeverre zij het eens zijn met een bepaalde stelling, zoals bijvoorbeeld: ‘werken met demente mensen geeft voldoening’, ‘de gedachte aan mensen met dementie maakt me angstig’, of ‘mensen met dementie kunnen een gelukkig leven leiden’. Tijdens hun stage vulden de studenten ook een logboek in over hun belevenissen en deden zij ter afsluiting mee aan een discussiegroep over hun ervaringen in het verpleeghuis en de indruk die de bewoners op hen hadden gemaakt.

#### *Resultaten*

Nadat de studenten vier keer met bewoners van het verpleeghuis creatieve verhalen hadden gemaakt, waren hun opvattingen en gevoelens over mensen met dementie duidelijk positiever geworden. Dat werd duidelijk uit een aanmerkelijke verschuiving van de scores op de diverse onderdelen van de vragenlijst. Voor de subschaal die onbevangenheid in de omgang met mensen met dementie representeert, namen de gemiddelde scores tussen voor- en nameting met ruim anderhalf keer de standaarddeviatie toe, en met één maal de standaarddeviatie voor de subschaal die kennis over dementie representeert. Tijdens groepsdiscussies en uit persoonlijke aantekeningen van de studenten werd duidelijk dat zij er aanvankelijk tal van vooroordelen op na hielden over mensen met dementie. Zij associeerden dementie met ‘agressie’ en waren bang voor onverhoedse uitvallen van ‘mensen in de war’. Anderen dachten dat zij zich met geen mogelijkheid zouden kunnen inleven in de gevoelswereld van mensen met dementie en hen daarmee tekort zouden kunnen doen, bijvoorbeeld door een onhandige opmerking die patiënten alleen maar bozer of verdrietiger zou maken. Sommigen vermeden elke gedachte aan dementie omdat die hen alleen maar deed denken aan dood en aftakeling. De werkelijke ontmoeting met mensen met dementie, tijdens de stage en participatie aan de groepsactiviteit ‘verhalen bedenken’, leverde indrukken op die niet pasten bij het stereotype beeld van dementie. De groepsactiviteit liet de deelnemers zien als mensen die een eigen sociale en creatieve rol wisten op te pakken en zich daarin gewaardeerd voelden.

*Commentaar*

Creatief verhalen bedenken is een interessante aanvulling op de al wat langer bekende reminiscentietherapie. Reminiscentie wil de unieke persoon tot zijn recht laten komen door samen met haar of hem het verleden te reconstrueren of weer in het geheugen terug te brengen, bijvoorbeeld door een levensboek te maken. Anders dan reminiscentie is het creatieve verhaal echter een spontane improvisatie waarmee iemand zichzelf laat

zien zoals zij of hij nu is. Mensen met dementie kunnen zich daarmee op een bijzondere manier hervinden en anderen verrassen. Dat overkwam ook de medische studenten, die tijdens deze bijzondere stage mensen met dementie niet als 'categorie' leerden kennen maar als persoon in het gegeven moment en binnen de bijzondere context van een creatieve groepsactiviteit.

Han Diesfeldt

# Signalementen

## Hoe verhoudt woonzorgtechnologie (domotica) zich tot privacy en vrijheid?

De toepassing van domotica is een veelbelovende ontwikkeling in de zorg voor kwetsbare mensen en kan de zelfstandigheid van de cliënt ondersteunen en toezicht zelfs vervangen. Denk daarbij aan bewegingsmelders, detectiechips, uitluistersystemen en camerabewaking. De toepassing van domotica roept ook ethische vragen op, bijvoorbeeld over individuele vrijheid, privacy en waardigheid van de cliënt. Filosoof/ethicus *Alistair Niemeijer* probeert te verkennen wat goede zorg met toezichhoudende domotica in residentiële settings voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking inhoudt. Hij constateert dat er een omvangrijk ethisch debat gaande is en dat er nog nauwelijks consensus is onder zorgverleners en ethici. Uit zijn onderzoek blijkt dat zorgverleners enerzijds bepaalde domotica intensief gebruiken en dat zij anderzijds toepassingen juist mijden vanwege risico's rond veiligheid en privacy. Angst voor incidenten en aansprakelijkheid spelen dan een rol en ook omdat het in de medische ethiek belangrijke concept van autonomie zo moeilijk is te definiëren binnen de context van de langdurige zorg.

Een van de aanbevelingen voor het werkveld is niet te wachten op de komst van domoticaproducten om dan pas te beoordelen of ze wel of niet aan ethische normen voldoen. Professionals en ook andere stakeholders, bijvoorbeeld familieleden, moeten al meedenken bij de ontwikkeling.

Proefschrift *Surveillance autonomy, securing care. Exploring good care with surveillance technology in residential care for vulnerable people*, Vrije Universiteit Amsterdam, 28 januari 2015, 228 p, ISBN 978 90 8659 696 6. Promotor was prof. dr. C.M.P.M. Hertogh.

Praktische producten, voortkomend uit dit promotieonderzoek zijn het boekje *Toezichhoudende domotica. Een handreiking voor zorginstellingen*, ISBN 978 90 9026918 4 en de film *Besluitvorming over toezichhoudende domotica*, no 8605918 op de Amsterdam-Center-on Aging (ACA) website.

## Zorg voor mensen met dementie en mantelzorgers moet meer maatwerk worden

In de toekomst zullen minder professionele zorgverleners beschikbaar zijn voor meer mensen met dementie en is het noodzakelijk om de doelgroep op een meer adequate manier te ondersteunen. Uit onderzoek van klinisch neuropsycholoog *Lisa van Mierlo*, 29 jr, blijkt dat psychosociale zorg bij thuiswonende mensen met dementie meer maatwerk moet worden en zich vooral moet richten op subgroepen en individuele gebruikers. Lisa van Mierlo evalueerde verschillende typen persoonsgerichte zorg en hoe deze ondersteuning in de zorg werd ingevoerd. Uit haar onderzoek bijvoorbeeld naar het effect van de DementieWijzer, die mantelzorgers ondersteunt bij het vinden van geschikte zorg- en welzijnsdiensten op basis van hun behoeften en persoonlijke kenmerken, concludeert zij dat mantelzorgers die mentale gezondheidsproblemen ervaren, geen betaalde baan hebben en ouder zijn, waarschijnlijk baat zullen hebben bij het gebruik van de DementieWijzer.

Van Mierlo ontwikkelde op basis van haar onderzoeken een theoretisch model dat de invoering van persoonsgerichte dementie zorg in de praktijk kan bevorderen, ondersteunen en structureren. Zij concludeert dat interventies die uit meerdere componenten bestaan, flexibel zijn aan te passen aan individuele behoeften en die aspecten van zelfmanagement bevatten, laten zien wat belangrijk is voor de toekomstige dementiepraktijk.

Proefschrift *Personalized psychosocial interventions in dementia care; Evaluation and implementation*, Vrije Universiteit Amsterdam, 2 februari 2015, 241 p, ISBN 978 90 6464 831 1. Promotor was prof. dr. R.M. Dröes.

## Preventie en herstel van functieverlies bij oudere ziekenhuispatiënten

Oudere ziekenhuispatiënten lopen risico op een versnelde achteruitgang tijdens of na ziekenhuisopname. Dit functieverlies kan het gevolg zijn van fysieke kenmerken (zoals leeftijd, diagnose), psychologisch functioneren (delier, depressie), sociale aspecten en/of economische omgeving (mantelzorgsysteem, eenzaamheid) en leefomgeving voor ziekenhuisopname of aspecten van zorggebruik (polyfarmacie). Functieverlies kan leiden tot afhankelijkheid in dagelijkse activiteiten, lagere kwaliteit van



leven, hogere zorgbelasting voor mantelzorgers en hogere zorgkosten. In het proefschrift van klinisch psycholoog/gezondheidswetenschapper *Kirsten Asmus-Scepesi*, 36 jr, worden de resultaten beschreven van de evaluatie van het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (ZPH) voor preventie van ziekenhuisgerelateerd functieverlies bij oudere ziekenhuispatiënten door middel van onder andere vroege identificatie van de risicopatiënt; Intensieve Follow-up en behandeling voor oudere patiënten met complexe problematiek in het Centrum voor Preventie en Herstel; Integrale, multidisciplinaire geriatrische zorg, en geriatrische case management vanaf ziekenhuisopname tot 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis.

De ISAR-HP (Identification Seniors at Risk Hospitalized Patients) blijkt een nuttig instrument om oudere ziekenhuispatiënten die risico lopen op functieverlies te identificeren en voorspelt de formele en informele zorgkosten van deze patiënten in het jaar na opname. Echter, oudere ziekenhuispatiënten die behandeld zijn met het speciale Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (Prevention and Reactivation Care Program, PreCaP) verschillen niet in ADL en iADL (instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven) van patiënten die behandeld zijn met reguliere ziekenhuiszorg in het jaar na ziekenhuisopname. Ook een behandeling in het Centrum voor Preventie en Herstel draagt niet bij aan betere uitkomsten en lijkt daarom niet relevant voor de meeste oudere ziekenhuispatiënten.

Proefschrift *Prevention of functional decline among hospitalized older people*, Erasmus Universiteit Rotterdam, 18 februari 2015, 217 p, ISBN 978 94 6259 477 7. Promotores waren prof. dr. E.W. Steyerberg en prof. dr. J.P. Mackenbach

### **Depressieve ouderen hebben vooral behoefte aan sociaal contact**

Bij circa 13% van de ouderen komen depressieve klachten voor. Toch wordt er maar weinig over deze klachten gesproken, waardoor veel ouderen ermee blijven rondlopen, terwijl er diverse behandelprogramma's beschikbaar zijn. Psychogerontoloog *Ilse van Beljouw*, 30 jr, richtte zich in haar promotieonderzoek op de implementatie van het 'Levenslust'-programma, een project dat in het leven is geroepen om de herkenning en behandeling van depressieve gevoelens bij ouderen te verbeteren. Zij onderzocht hoe een behandelprogramma het beste kan worden ingezet in de dagelijkse

praktijk en of het programma de depressieve klachten ook daadwerkelijk vermindert. Ze nodigde alle ouderen, die ingeschreven stonden bij deelnemende huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties, per brief uit om mee te doen aan het onderzoek. Gedurende twee jaar vulden aanvankelijk 263 ouderen verschillende vragenlijsten in over bijvoorbeeld depressieve klachten, eenzaamheid en hun behoefte aan hulp.

Ilse van Beljouw ontdekte dat 88% van de deelnemers zich eenzaam voelde en dat behandelingsmogelijkheden met veel gelegenheid voor sociaal contact het meest aanspraken. 'Levenslust' zorgde voor een vermindering van de depressieve klachten op korte termijn, maar alleen bij ouderen die zelf hadden aangegeven hulp te willen. Ook bleek dat het uitnodigen per brief veel tijd en geld kostte, terwijl het maar weinig deelnemers opleverde. Bespreekbaar maken van depressieve gevoelens kan het beste in een persoonlijke context, bij huisarts of ervaren (praktijk)verpleegkundige.

De laatste aanbevelingen uit haar proefschrift richten zich op het bespreekbaar maken van eenzaamheidsgevoelens bij ouderen met depressieve klachten, het aanbieden van evidence-based interventies die voldoende gelegenheid bieden voor contact met anderen en het belang van nader onderzoek naar effectieve interventies die zowel eenzaamheid als depressieve klachten verminderen.

Proefschrift *Need for help for depressive symptoms from older persons' perspectives. The implementation of an outreaching intervention programme*, Vrije Universiteit Amsterdam, 6 maart 2015, 189 p, ISBN 978 94 6259 496 8. Promotor was prof. dr. M.L. Stek.

### **Alzheimer niet altijd aan geheugenstoornissen te herkennen**

Alzheimer zorgt ervoor dat de cognitieve vermogens achteruitgaan. Hiermee wordt bedoeld dat iemand problemen ondervindt met bijvoorbeeld het geheugen, taalfuncties, visueel-ruimtelijke waarneming of planning. Hoewel geheugenstoornissen vaak worden gezien als het eerste kenmerk van alzheimer, kunnen er ook andere kenmerken zijn die als eerste op de voorgrond treden. Neuropsycholoog *Lieke Sandberg-Smits*, 32 jr, heeft deze 'niet-typische' kenmerken nader onderzocht. Haar studie laat zien dat alzheimer zich op vele manieren presenteert. De ene patiënt heeft last van geheugenstoornissen terwijl een andere patiënt juist planningsproblemen heeft. Lieke

Sandberg-Smits onderscheidt grofweg twee soorten profielen, het geheugenprofiel en het niet-geheugenprofiel. Het geheugenprofiel wordt vaker bij oudere personen gezien, met prominent hersenweefselverlies van de slaapkwab en weinig afwijkingen op het EEG. Het niet-geheugenprofiel wordt daarentegen vaker bij jongere personen gezien, die afwijkingen op het EEG hebben en niet zo zeer last hebben van geheugenproblemen, maar juist van andere cognitieve problemen. Om de verschillende cognitieve problemen goed te kunnen herkennen is het dus belangrijk om uitgebreid neuropsychologisch onderzoek te doen zodat alle cognitieve domeinen goed worden onderzocht. Als je bijvoorbeeld alleen geheugentesten doet, zal je bij patiënten met een niet-geheugenprofiel moeilijker tot een diagnose komen. Door uitgebreid neuropsychologisch onderzoek vind je juist de problemen op andere vlakken en voorkom je vertraging in het stellen van de diagnose. Dan kan een geschikte begeleiding met handvatten om bijvoorbeeld om te gaan met stoornissen in de visueel-ruimtelijke waarneming snel starten.

Proefschrift *A cognitive perspective on clinical manifestations of Alzheimer's disease*, Vrije Universiteit Amsterdam, 20 maart 2015, ISBN 978 90 9028 839 0. Promotor was prof. dr. Ph. Scheltens.

### **Herstel na beroerte sneller te voorspellen, intensieve oefentherapie is belangrijk**

Al twee dagen nadat iemand een beroerte heeft gehad, is te voorspellen of hij in de toekomst weer zelfstandig zal kunnen lopen. Voorspellen in hoeverre iemand weer alledaagse activiteiten kan uitvoeren is binnen drie dagen mogelijk. Voorheen duurde dat één tot twee weken. Dit zijn enkele belangrijke conclusies uit het promotieonderzoek van bewegingswetenschapper/fysiotherapeut *Janne Veerbeek*, 33 jr, dat aan de basis heeft gestaan van de herziening van de 'nationale fysiotherapie richtlijn beroerte'.

Patiënten die op dag twee een goede zitbalans hebben en weinig uitval van het aangedane been, hebben 98% kans om in de toekomst weer zelfstandig te kunnen lopen. Patiënten met een slechte zitbalans en ernstige uitval van het aangedane been hebben 27% kans om dit weer te kunnen doen. In hoeverre een patiënt in de toekomst weer alledaagse vaardigheden kan uitvoeren blijkt binnen drie dagen na de beroerte te kunnen worden voorspeld. Wel is het belangrijk om herhaaldelijk te meten, omdat er altijd een bepaalde foutenmarge in de voorspelling zit.

Gemiddeld genomen bereiken patiënten hun maximale functioneren 3 tot 6 maanden na het CVA.

Janne Veerbeek keek ook naar de effecten van fysiotherapie op het herstel. Fysiotherapie na een beroerte verbetert de vaardigheid die wordt getraind ook daadwerkelijk. Echter door één vaardigheid te trainen verbetert een andere niet automatisch óók. Trainen van de zitbalans verbetert bijvoorbeeld het zitten, maar niet de loopsnelheid. Wereldwijd is er veel discussie over de intensiteit van het oefenen na een beroerte. Janne Veerbeek toont op basis van een groot literatuuronderzoek aan dat patiënten per werkdag twintig minuten extra moeten oefenen om een beter resultaat met fysiotherapie te behalen, in vergelijking met patiënten die zich alleen aan de richtlijn van dertig minuten houden. Het is voor het herstel na een beroerte daarom belangrijk dat patiënten de kans krijgen om intensief te oefenen.

Proefschrift *Evidence for physical therapy after stroke*, Vrije Universiteit Amsterdam, 25 maart 2015, 264 p, ISBN 978 94 9079 133 9. Promotor was prof. dr. G. Kwakkel.

### **Gewrichtspijn bij ouderen verdient meer aandacht**

Bijna de helft van alle ouderen heeft dagelijks last van gewrichtspijn. Veel ouderen hebben daarnaast ook last van andere chronische aandoeningen zoals suikerziekte en hartproblemen. De behandeling van deze ziektes krijgt vaak prioriteit en dat terwijl aannemelijk is dat de gewrichtspijn veel invloed heeft op de mobiliteit, zelfredzaamheid en het sociale leven van ouderen. Om dit inzichtelijk te krijgen heeft arts/epidemioloog *Lotte Hermsen* haar promotieonderzoek vanuit het VU medisch centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, opgestart. Zij heeft een longitudinale cohortstudie uitgevoerd waarbij 407 patiënten van 65 jaar en ouder, met gewrichtspijn en ten minste twee andere aandoeningen zijn geïncludeerd en 18 maanden zijn gevolgd. Anderhalf jaar lang wordt het lichamelijk en sociaal functioneren van deze groep ouderen in kaart gebracht. Duidelijk wordt dat de deelnemers zich fysiek en sociaal erg functioneel beperkt voelen. Wel blijft het functioneren bij 70% van de deelnemers stabiel over de tijd. Lotte Hermsen stelt vast dat vooral ouderen met depressieve klachten en minder zelfcontrole over de pijn sneller achteruitgaan of chronisch slecht blijven functioneren. Zij hebben het gevoel dat ze hun pijnklachten niet goed kunnen beïnvloeden

en minder sociale steun ontvangen uit hun omgeving. Deze voorspellers moeten worden omgezet in praktische aanwijzingen voor betere herkenning van achteruitgang in functioneren. De zorg kan hier dan op tijd op worden aangepast. Ook de ouderen zelf moeten beter worden voorgelicht. Ze moeten leren dat je je niet hoeft neer te leggen bij gewrichtspijn.

Proefschrift *Older adults with joint pain and comorbidity. Frequency, prognosis and determinants of physical and social dysfunctioning*, Vrije Universiteit Amsterdam, 19 februari 2015, 175 p, ISBN 978 94 6259 533 0. Promotores waren prof. dr. H.E. van der Horst en prof. dr. J. Dekker.

### **Het samenspel van (verminderde) nierfunctie, erythropoëtine (EPO) en Hb bij ouderen**

Al vanaf ons dertigste levensjaar nemen de functies van onze organen langzaam maar zeker af. Gelukkig is er overcapaciteit, functionele reserve, zodat wij ons leventje rustig kunnen voortzetten. Toch kan het verlies van grote invloed zijn op de gezondheid, het welbevinden en ook op de overlevingskansen. Zo is het soms noodzakelijk om bij ouderen met een verminderde nierfunctie de dosis van voorgeschreven medicijnen aan te passen of bepaalde therapieën wél of juist niet te starten. Hetzelfde geldt voor ouderen die minder EPO produceren of bloedarmoede hebben. Om het mogelijk te maken hierover gefundeerde adviezen te geven, heeft internist-ouderengeneeskunde *Jorien Willems*, 31 jr, promotieonderzoek gedaan naar nierfunctie, erythropoëtine en hemoglobine bij ouderen. Het eerste deel van haar onderzoek kijkt naar de invloed van veroudering (op hoge leeftijd) op de nierfunctie, op de capaciteit om het hormoon erythropoëtine (EPO) te produceren en op de aanmaak van hemoglobine door het beenmerg. *Jorien Willems* heeft ook gekeken naar de effecten van deze drie aspecten op de overlevingskans. Zij heeft onder andere vastgesteld dat de MDRD-formule (Modification of Diet in Renal Disease equation) het best voorspelt of een oudere als gevolg van een verminderde nierfunctie een verhoogd risico op overlijden loopt. Daarnaast zag ze dat met het toenemen van de leeftijd het hemoglobinegehalte en het aantal erythrocyten (rode bloedcellen) stabiel blijven, ondanks dat er minder nieuwe rode bloedcellen worden gevormd. Dit zou kunnen komen doordat de nieren meer erythropoëtine gaan produceren, óók als de nierfunctie afneemt. Onverklaarde bloedarmoede ten slotte, als derde belangrijk onderwerp, lijkt weinig effect te

hebben op de sterfte. Dit zou kunnen betekenen dat als bij oudere patiënten geen oorzaak voor de bloedarmoede kan worden gevonden, geen verregaande klinische onderzoeken hoeven plaats te vinden.

Proefschrift *The triad of renal function, erythropoietin and haemoglobin in old age*, Universiteit Leiden, 3 april 2014, 121 p, ISBN 978 94 6169 492 8. Promotores waren prof. dr. G.J. Blauw en prof. dr. R.G.J. Westendorp.

### **Overgewicht bij start insulinetherapie lijkt 'beschermend' tegen gewichtstoename**

Een negatief effect van insulinebehandeling is vaak gewichtstoename. Dit kan leiden tot allerlei problemen, zoals gewrichtsklachten, een verhoogd risico op kanker en op hart- en vaatziekten. Veel personen met diabetes mellitus 2 hebben al overgewicht en extra gewichtstoename is dan zeker ongewenst. Internist *Henri Jansen*, 40 jr, onderzocht voorspellers en consequenties van gewichtstoename bij personen met type 2 diabetes mellitus die behandeld worden met insuline. Voorspellers van insulinegeassocieerde gewichtstoename zijn een hogere startdosering insuline, diabetes-gerelateerde klachten zoals moeheid, stemmingsproblematiek en cognitieve problemen, en lichaamsvet (negatief gecorreleerd!). De gevolgen van deze gewichtstoename zijn onder andere een minder gunstig cardiovasculair profiel, met name bij personen die fors in gewicht aankomen bij insulinetherapie. Dit wordt verklaard doordat personen met type 2 diabetes minder gaan bewegen na de start van de therapie, veel levervet hebben en het onderhuids vetweefsel meer 'ontstoken' lijkt te zijn. Er werd verder een correlatie gevonden tussen het levervet en onderhuids vetweefsel voor wat betreft ontsteking. De gevonden resultaten kunnen leiden tot therapeutische strategieën om deze ongewenste gewichtstoename te verminderen om zo de zorg rondom personen met type 2 diabetes mellitus, die gaan starten met insulinetherapie, te verbeteren.

Proefschrift *Insulin-associated weight gain in patients with type 2 diabetes mellitus. Determinants and consequences*, Radboud Universiteit Nijmegen, 20 november 2014, 231 p, ISBN 978 90 9028 481 1. Promotor was prof. dr. C.J.J. Tack.

### **Het belang van de interactie tussen verschillende celtypes in atherosclerotische laesies**

De huidige therapieën voor patiënten met atherosclerose (aderverkalking) richten zich voornamelijk op het verlagen van cholesterol, maar deze strategie is nog niet effectief genoeg om de meerderheid van de hartinfarcten en andere cardiologische aandoeningen te voorkomen. Uit onderzoek van biofarmaceut *Erik van Kampen*, 32 jr, blijkt dat de interactie tussen de verschillende celtypes in de atherosclerotische laesies een belangrijk veld is voor het identificeren van nieuwe therapeutische strategieën om de huidige behandelingsmethoden aan te vullen. In zijn onderzoek is de rol van endotheelcellen en macrofagen tijdens de vorming van laesies bestudeerd en worden de expressiepatronen van sterol sensoren in gladde spiercellen in de laesie geïdentificeerd. Er worden ook belangrijke conclusies getrokken over de rol van ons dieet op het functioneren van het immuunsysteem. Erik van Kampen toont aan dat ongezonde voeding leidt tot veranderingen in het DNA van stamcellen in het beenmerg waardoor het risico op hart- en vaatziekten verhoogd blijft, zelfs na overschakeling naar gezonde voeding. De nieuwe inzichten in het proefschrift kunnen zo bijdragen aan het ontdekken van nieuwe richtingen voor atherosclerose onderzoek.

Proefschrift *Macrophage activation and cholesterol accumulation in atherosclerosis development*, Universiteit Leiden, 8 januari 2015, 155 p, ISBN 978 94 6203 739 7. Promotores waren prof. dr. Th.J.C. van Berkel en prof. dr. M. van Eck.

### **Nieuwe technieken om het risico op hart- en vaatziekten bij patiënten met aderverkalking beter in te schatten**

Atherosclerose, het ‘dichtslibben’ van slagaders door de afzetting van vetachtige stoffen is een

proces dat zich over een langere periode voltrekt. De plaque, een mix van onder andere dode, vet-bevattende cellen en eiwitten, ontstaat pas in de laatste fase. Een plaque die loslaat of scheurt kan tot een hart- of herseninfarct leiden. Daarom is het belangrijk om, vroegtijdig, in te schatten welke patiënten het meeste risico lopen. Door gebruik te maken van nieuwe visuele technieken is het mogelijk om beter vast te stellen welke patiënten riskante plaques met een grote kans op losraken of scheuren in hun halsslagader hebben.

Reumatoloog i.o. *Nynke Jager*, 28 jr, ontdekte dat het mogelijk is om ontstekingscellen in kwetsbare plaques in beeld te brengen en ook eiwitten die de plaque destabiliseren. Ze ontdekte welke markers in bloed of huid helpen om atherosclerose in een vroeg stadium vast te stellen.

Nynke Jager bestudeerde verschillende markers voor vroege atherosclerose, zoals endotheliale voorlopercellen (EPC's) en vasculaire endotheliale groeifactoren (VEGF). Sommige markers kunnen worden gemeten in het bloed, andere (Advanced Glycation End products, AGE's) in de huid. Die laatste markers zijn gerelateerd aan de ziekteactiviteit in patiënten met reuma en zijn daarom volgens Jager mogelijk geschikt om het risico op het ontstaan van hart- en vaatziekten in beeld te brengen. Als er eenmaal plaque is ontstaan, kan het risico op scheuring in beeld worden gebracht door de geactiveerde ‘opeetcellen’ (macrofagen) met nieuwe visuele middelen in beeld te brengen, net als de eiwitten die de plaque afbreken.

Proefschrift *Novel visualization techniques towards identification of atherosclerotic patients at risk*, Rijksuniversiteit Groningen, 10 december 2014, 162 p, ISBN 978 90 3677 398 0. Promotor was prof. dr. C.J.A.M. Zeebregts.

# Congresverslagen

## Langer thuis, mythe of nieuwe maatschappelijke modus?

Beleid ontmoet wetenschap en praktijk

Noëlle Sant · Martijn Huisman · Fleur Thomése · Rian van de Schoot · Sven Turnhout · Mirella Minkman

Jaarlijks beantwoorden onderzoekers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) relevante en actuele beleidsvraagstukken van het Ministerie van VWS en schrijven daar een rapport over. In 2014 gingen de rapporten over ervaren regie in de zorg bij Nederlandse ouderen en de invloed van sociaal functioneren op verhuizingen naar een zorginstelling. Vilans voert jaarlijks in opdracht van het Ministerie van VWS een werkprogramma uit om nieuwe praktijkgerichte kennis te ontwikkelen en verspreiden. De traditie is dat er dan ook een “Beleid ontmoet wetenschap en praktijk”-middag wordt georganiseerd om de kennis uit deze rapporten met mensen uit beleid en praktijk te delen. Het is een gelegenheid om te onderzoeken hoe wetenschappelijke kennis, beleid en praktijkervaring elkaar verder kunnen helpen bij het werken aan een specifiek maatschappelijk thema. Samen met Vilans kozen VWS en LASA dit jaar voor deze ontmoeting voor het actuele thema Langer thuis. Dit thema is zo actueel vanwege de drie nieuwe wetten die per 1 januari in gang zijn gezet. De Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet. De deelnemers aan deze middag vertegenwoordigden een breed scala aan organisaties: Movisie, SCP, Buurtzorg, Actiz, Kenniscentrum wonen-zorg Actiz-aedes, beleidsmedewerkers van verschillende directies in het Ministerie van VWS, Vilans en LASA.

---

*N. Sant (✉) · M. Huisman · F. Thomése  
LASA, VU en VUmc, Amsterdam, Nederland  
e-mail: n.sant@vumc.nl*

*R. van de Schoot · S. Turnhout · M. Minkman  
Vilans, Utrecht, Nederland*

Hieronder volgen korte samenvattingen van de resultaten uit de LASA rapporten en van de Vilans projecten die in diverse presentaties tijdens deze dag werden gegeven. Daarna volgt een impressie van de daaropvolgende discussies.

### Langer thuis bezien vanuit de wetenschap

Om langer zelfstandig te kunnen wonen, is niet alleen de fysieke en mentale hulpbehoefte van ouderen relevant. Het sociaal functioneren kan cruciaal zijn. Bekend is dat zelfstandig blijven wonen van hulpbehoevende ouderen meestal mogelijk wordt gemaakt door mantelzorg van partner, kinderen of anderen. Minder is bekend over de rol van andere aspecten van sociaal functioneren, zoals eenzaamheid en kenmerken van het persoonlijk netwerk.

Fleur Thomese en Natascha Tolkacheva vergeleken gegevens van ouderen die zelfstandig bleven wonen of juist werden opgenomen in een tehuis in de periode 1995–2008. Ook vergeleken zij de rol van het sociaal functioneren gedurende die periode. Zij onderzochten vooral de rol van eenzaamheid in het zelfstandig blijven wonen. Emotionele eenzaamheid ontstaat door het gemis van een vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld de partner. Sociale eenzaamheid wijst op een gebrek aan verbinding met de sociale wereld. Het zou heel goed kunnen dat eenzaamheid gaat toenemen als mensen langer thuis blijven en de mantelzorg zwaarder wordt belast.

Eenzaamheid vergroot de kans dat mensen zorg ontvangen, zo blijkt uit het onderzoek. Voor een groot deel komt dat doordat eenzame mensen vaak ook minder gezond zijn. Zij kunnen

ook vaak op minder mantelzorg rekenen. Rekening houdend met die verschillen, bleek dat eenzaamheid door de tijd heen belangrijker is geworden voor opname in een instelling. In 1995 was er geen verschil in opnames tussen eenzame en niet eenzame ouderen. De emotioneel meest eenzame ouderen hadden in de laatste metingen (2005–2008) daarentegen ongeveer anderhalf zo veel kans op opname als niet eenzame ouderen. Het verschil bij sociale eenzaamheid was iets kleiner.

Het lijkt er dus op dat eenzame mensen steeds meer moeite hebben om zelfstandig te blijven wonen. Mogelijk is eenzaamheid een teken van overbelasting van het netwerk, of misschien maakt eenzaamheid juist het zorgen voor de oudere extra zwaar. Dat sluit aan bij eerdere bevindingen dat eenzame ouderen vaak opknappen van een opname in een tehuis (eerder gepubliceerd in *Geron*). Toch was er ook een opvallend lichtpuntje in het netwerk van de eenzame ouderen. Juist de eenzame ouderen bleven vaker zelfstandig wonen als ze regelmatig contact hadden met drie of meer burens. Allerlei andere vormen van zorg en hulp bleken niet uit te maken. Het gaat blijkbaar niet om het ontvangen van hulp – misschien wel juist niet.

Eenzaamheid is dus een factor om rekening mee te houden in beleid en zorg gericht op langer zelfstandig blijven wonen van ouderen. Het lijkt steeds belangrijker geworden als factor bij opname. Eenzaamheid vermindert dan ook na opname. De positieve rol van burens bij eenzamen wijst er op dat een te grote druk op het zorgnetwerk hier een rol in zou kunnen spelen.

## Regie

Een centraal thema in alle veranderingen in de zorg van de afgelopen jaren is het thema 'regie'. De assumptie die aan dit thema ten grondslag ligt is dat met het terugtrekken van beschikbaarheid van langdurige zorg meer eigen regie wordt gevraagd van ouderen. De verwachting is vervolgens dat het bevorderen van eigen regie kan helpen bij het verminderen van zorggebruik en dat de zorg die gebruikt wordt beter aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. Regie is echter een breed en nog slecht afgebakend concept en een grondige wetenschappelijke discussie over hoe regie van invloed is op succesvol langer thuis wonen wordt daardoor belemmerd. Onderzoekers van de LASA studie hebben met behulp van een reeks diepte-interviews en focusgroepgesprekken met ouderen een model van regie ontworpen en een vragenlijst opgesteld waarmee ervaren regie bij

ouderen kan worden gemeten. Deze vragenlijst werd vervolgens afgenomen bij een steekproef van respondenten uit het LASA-onderzoek om te onderzoeken of regie samenhangt met gebruik van zorg, met ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.

De onderzoekers spreken van 'ervaren regie' en niet over 'eigen regie' omdat uit diepte-interviews met ouderen al snel duidelijk werd dat er bijna nooit sprake is van geheel eigen regie, maar dat bij zorgbehoefte en zorggebruik van ouderen vaak ook de directe omgeving is betrokken. Regelmatig gaven ouderen zelf aan veel regie te ervaren, terwijl hun mantelzorgers aangaven dat de regie voor een belangrijk deel in handen lag van de mantelzorgers en niet van de oudere zelf. Een interessante en markante bevinding van de onderzoekers was dat wanneer ouderen gevraagd werd om een cijfer van 0 (helemaal niet) tot 10 (volledig) toe te kennen aan de mate waarin zij regie hebben over de zorg, slechts 6% van de respondenten zichzelf daarbij een onvoldoende gaf (d.w.z. een cijfer lager dan 6). Het gebruik van een gedetailleerder en valide meetinstrument om regie te meten bij ouderen bleek dan ook noodzakelijk.

De onderzoekers concludeerden dat meer regie samenhangt met minder gezondheidsproblemen, minder gebruik van professionele huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, huisartsenhulp en verplegingshulp. In die zin lijkt de thuissituatie van ouderen met een hogere mate van regie gunstiger. De onderzoekers benadrukten met klem dat aan de hand van deze verbanden echter geen oorzakelijke conclusie kan worden verbonden. Het is mogelijk dat gezondheidsproblemen en zorggebruik zelf de regie van ouderen aantasten. Dat laatste werd in de diepte-interviews over het onderwerp ook meermaals door de ouderen aangegeven.

## Langer Thuis; reflectie vanuit de praktijk

Vilans heeft in 2014 diverse gemeenten begeleid met wijkexperimenten. Vanuit die ervaring werkt Vilans vanuit een multilevelaanpak, waarin grofweg drie niveaus of 'ringen' worden gehanteerd. De eerste ring richt zich op de praktijk rondom burgers zoals de opkomst van burger (initiatieven). De tweede ring richt zich op het samenwerkende team dat dicht bij de burger staat, zoals het sociale wijkteam. De derde ring richt zich op vraagstukken over hoe lokale zorg (vaak generalistisch) ook regionaal te verbinden is (bijvoorbeeld met meer specialistische inzet).

## Burgers

De verantwoordelijkheid van burgers is aan het veranderen door de stelselwijzigingen. Steeds meer wordt een beroep gedaan op de eigen kracht en staat zelf- of samen-redzaamheid centraal. Hoe dit door mensen ervaren wordt, brengt Vilans in beeld met het project Stelselbeleving, waarin negen burgers die te maken hebben met de wijzigingen van het stelsel hun ervaringen delen. Een andere ontwikkeling die Vilans in kaart bracht is de opkomst van de burgerinitiatieven die gericht zijn op wonen en welzijn. Focus daarbij is in kaart te brengen welke initiatieven waar ontstaan en hoe ze werken. In 2014 stelde Vilans een groei vast van dit soort burgerinitiatieven gericht op zorg en welzijn, van 80 initiatieven naar 103 in een half jaar tijd.

## Sociale wijkteams

Op het tweede niveau, dat van de samenwerkende teams, is in de praktijk vooral een vlucht ontstaan in de ontwikkeling van sociale wijkteams. Inmiddels zijn sociale wijkteams door gemeenten het gekozen instrument om toegang tot zorg en ondersteuning in te richten. Het multidisciplinaire karakter, het betrekken van burgers en de lokale verschillen zijn vernieuwende kenmerken van sociale wijkteams. In de praktijk wordt duidelijk dat het essentieel is om te duiden welke toekomstbeelden een gemeente heeft (scenario analyse) en hoe de wijk eruit ziet (een 'wijkfoto/scan' maken) alvorens aan de inrichting en inhoudelijke focus te beginnen (zie het Vilans wijkkompas). Omdat sociale wijkteams diverse verschijningsvormen kennen en relatief kort operationeel zijn, kan nog weinig vermeld worden over de effecten. Wel blijkt uit de praktijk al een behoefte aan relevante kennisproducten en het delen van ervaringen. De kennisproducten van Vilans zijn in relatief korte tijd meer dan 10.000 keer gedownload van de site over wijkgericht werken.

## Lokaal vs Regionaal

Ook op het derde niveau, is het nieuwe samenspel tussen regio en gemeenten volop in beweging. Zo worden verschillende modellen ontwikkeld waarin expertise op regionaal niveau wordt georganiseerd ter ondersteuning van sociale wijkteams op gemeentelijk niveau. Daarmee is de uitdaging om de juiste professional zo effectief mogelijk op het juiste moment in te schakelen.

De rol en invloed van de burger op dit niveau is belangrijk, maar indirecter dan op de eerder beschreven niveaus.

## De discussie

In verschillende groepen bestaande uit beleidsmedewerkers, onderzoekers en praktijkmedewerkers werd doorgepraat over het thema. De rode draad bleek te zijn dat wanneer mensen worden geacht langer thuis te blijven wonen, er allereerst aandacht moet zijn voor de individuele wensen van de ouderen waar het over gaat, en met name de diversiteit van deze wensen. Deze aandacht moet er zijn vanuit de hulpverlener, maar ook vanuit de vrijwilliger, de gemeente en de zorgverzekeraar. Het kan helpen om een aantal veel voorkomende behoeften te benoemen die zouden moeten gelden voor iedereen. Men kan daarbij denken aan de basisbehoeften binnen de Wmo: mate van zelfredzaamheid, mogelijkheid tot participeren en sociale veiligheid, maar ook kwaliteit van leven en waardigheid. De waarde die individuen hechten aan deze behoeften zal echter verschillen. Het idee dat beleid, praktijk en wetenschap van elkaar afhankelijk zijn en er alleen in goed overleg met elkaar toe kunnen bijdragen dat mensen langer thuis wonen, werd breed gedeeld. Daarom is het belangrijk om steeds opnieuw de verbinding te zoeken en kennis te delen. Beleid zou wetenschap en praktijk in staat moeten stellen om enerzijds te onderzoeken aan welke behoeften voldaan moet worden om langer thuis wonen te faciliteren en anderzijds om praktijkmedewerkers in staat te stellen deze basisbehoeften te garanderen. Belangrijke onderzoeksvragen: Wat hebben ouderen nodig om langer thuis te kunnen blijven wonen en: In welke mate verschilt dit tussen doelgroepen (o.a. hogere en lagere sociaaleconomische groepen, etnische minderheden, mannen en vrouwen, partners en alleenstaanden). En, belangrijke 'proofs of the pudding' zijn ook onderzoek naar wat vooral werkt en bijdraagt aan langer thuis wonen. Om uiteindelijk te kunnen bepalen of 'langer thuis' voldoet aan de te verwachten resultaten.

*Verder lezen:*

[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

[www.lasa-vu.nl](http://www.lasa-vu.nl)

[www.dezorgverandertmee.nl](http://www.dezorgverandertmee.nl)

Dit artikel is een coproductie van LASA en Vilans.