

Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie moet beter

Lidwien C. Lemmens · Gepke O. Delwel · Annejet P. Meijler ·
Marjolein Weda

Samenvatting

Farmacotherapeutische zorg voor ouderen en mensen met een psychiatrische aandoening is complex en risicovol, omdat deze groepen vaak te maken hebben met polyfarmacie, dat wil zeggen het chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen. Polyfarmacie is een risicofactor voor geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Voor de IGZ zijn 'het verbeteren van zorg voor ouderen' en 'het verhogen van de medicatieveiligheid' speerpunten. Om het IGZ-beleid verder vorm te geven, heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzocht welke risico's patiënten met polyfarmacie lopen en welke maatregelen beschikbaar zijn om deze risico's te beperken. Uit dit onderzoek bleek dat over- en onderbehandeling vaak voorkomen. Dit kan veroorzaakt worden doordat voorschrijvers soms niet van elkaar weten wat ze voorschrijven, wijzigen of stoppen. Verder bleek dat bij mensen met een psychiatrische aandoening sprake kan zijn van bijwerkingen of interacties die specifiek optreden bij psychiatrische medicatie, soms vanwege combinatie met somatische geneesmiddelen. Er zijn diverse richtlijnen die de medicatieveiligheid kunnen verbeteren, maar bij de implementatie is een aantal knelpunten geïdentificeerd, niet alleen op het terrein van samenwerking, regie en medicatieoverdracht, maar ook omdat ICT onvoldoende faciliterend is en voorschrijvers nog te weinig kennis hebben over polyfarmacie bij kwetsbare groepen. Het zorgveld probeert de geïdentificeerde knelpunten aan te pakken. De IGZ zal vanaf 2015 in alle domeinen van de gezondheidszorg de focus leggen op vier richtlijnen die belangrijke voorwaarden vormen voor verantwoord voorschrijven aan kwetsbare groepen met polyfarmacie.

Trefwoorden Polyfarmacie · Kwetsbare groepen · Medicatieveiligheid · Naleving richtlijnen · Inspectie

M. Weda (✉)
Centrum Gezondheidsbescherming,
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu,
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, Nederland
e-mail: marjolein.weda@rivm.nl

G. O. Delwel · A. P. Meijler
Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Utrecht, Nederland

L. C. Lemmens
Centrum Voeding, Preventie en Zorg,
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu,
Bilthoven, Nederland

Abstract

Pharmacotherapeutic care of the elderly and psychiatric patients is complex and risky, because polypharmacy, the chronic use of five or more medications by a patient, is highly prevalent in these groups. Polypharmacy is a risk factor for medication related hospital admissions. The Dutch Health Care Inspectorate (IGZ) adopted 'improving care for the elderly' and 'improving medication safety' as spearheads. In order to provide input to IGZ enforcement policy, RIVM investigated the risks of polypharmacy as well as the measures that might limit these risks. This study shows that over- and undertreatment frequently occur. This may be caused by the fact that a physician sometimes does not know which medicines for a patient were prescribed, changed or stopped by other physicians. It was also found that psychiatric patients often experience side effects or interactions that are specific to psychiatric medicines, sometimes in combination with somatic medication. Various guidelines to improve medication safety are available, but several bottlenecks hamper the implementation, for example in the area of collaboration, direction and transfer of information on medication. But also ICT is insufficiently facilitating and physicians have too little knowledge of polypharmacy in the frail populations. The health care sector is taking various initiatives to remove bottlenecks. IGZ will from 2015 in all health care domains focus on four guidelines that describe the conditions for sensibly prescribing medication to frail people with polypharmacy.

Inleiding

Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met een psychiatrische aandoening is complex. Vaak hebben deze groepen te maken met polyfarmacie, dat wil zeggen het langdurig gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen, en met verschillende voorschrijvers. Als de medicatie niet weloverwogen wordt voorgeschreven in afstemming met andere zorgverleners dan loopt de patiënt een verhoogd risico op onnodige bijwerkingen, ongewenste interacties en vermijdbare ziekenhuisopnames [1, 2]. Omdat in potentie veel winst valt te behalen met het verbeteren van de medicatieveiligheid bij kwetsbare groepen, staat dit onderwerp al enkele jaren op de prioriteitenagenda van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) [3]. Om het IGZ-beleid verder vorm te geven heeft het

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van de IGZ geïnventariseerd welke risico's kwetsbare groepen lopen en welke maatregelen (zoals richtlijnen en handreikingen) voor artsen en apothekers beschikbaar zijn om deze risico's te beperken [4]. De inventarisatie is gedaan aan de hand van een literatuuronderzoek, interviews met een zestal experts en een discussiebijeenkomst met experts uit het zorgveld en van de IGZ. De experts waren werkzaam binnen diverse disciplines en werkerreinen, waaronder de eerstelijnszorg, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg.

Dit gastcommentaar reflecteert op de resultaten van het RIVM-onderzoek en de activiteiten die het zorgveld onderneemt om de gevonden risico's te beperken, en beschrijft het voorgenomen toezichtbeleid van de IGZ om de farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie verder te verbeteren.

Kwetsbare groepen: ouderen en mensen met een psychiatrische aandoening

Kwetsbaarheid wordt bepaald door lichamelijke, psychische en sociale factoren, en vergroot de kans op negatieve gezondheidssuitkomsten [5]. Het RIVM heeft voor twee kwetsbare groepen gekeken naar de risico's rondom polyfarmacie: ouderen en mensen met een psychiatrische aandoening.

Circa twee derde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen [6]. Ouderen met multimorbiditeit gebruiken vaak meerdere geneesmiddelen tegelijk. Circa 45% van de 65-plussers gebruikt vijf of meer medicijnen en bijna 20% van de 75-plussers krijgt tien of meer medicijnen voorgeschreven [7]. De prevalentie van polyfarmacie is onder bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen het hoogst. Omdat veel meer ouderen thuis wonen dan in een instelling is het absolute aantal ouderen met polyfarmacie het grootst onder thuiswonenden [4]. Deze groep krijgt medicatie voorgeschreven van hun huisarts en soms ook van één of meer specialisten.

Mensen met een psychiatrische aandoening vormen ook een kwetsbare groep. Polyfarmacie is in deze groep vaak gerelateerd aan het type psychiatrische aandoening; psychogeriatrische patiënten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel (bv. door alcoholverslaving) hebben vaker polyfarmacie vanwege somatische comorbiditeit dan andere subgroepen. Een groot deel van deze patiëntengroepen is ambulante. Zij worden in de GGZ behandeld en krijgen daar medicatie voorgeschreven door een psychiater of

geriater. Bij somatische co-morbiditeit krijgen zij ook medicatie van de huisarts of een andere specialist dan de psychiater of geriater.

Meerdere problemen in het farmacotherapeutisch zorgproces voor kwetsbare groepen

Er komt een scala aan farmacotherapiegerelateerde problemen voor in het zorgproces voor ouderen met polyfarmacie, zo blijkt uit het RIVM-onderzoek. Vinks et al. [8] onderscheidt hierbij drie categorieën, namelijk zorgverlenergerelateerde problemen, geneesmiddelgerelateerde problemen en patiëntgerelateerde problemen. De gevonden problemen worden volgens deze indeling hieronder opgesomd:

Zorgverlenergerelateerd

- Overbehandeling;
- Onderbehandeling;
- Onjuiste dosering;
- Dubbelmedicatie;
- Off-label gebruik;
- Onjuiste/onpraktische toedieningsvorm;

Medicatiegerelateerd

- Interactie;
- Contraïndicatie;
- Vermijdbare bijwerking;
- Geneesmiddel onwerkzaam;

Patiëntgerelateerd

- Therapieontrouw.

De meest frequente, farmacotherapiegerelateerde problemen bij ouderen met polyfarmacie zijn over- of onderhandeling [4]. Bij overbehandeling krijgt de patiënt een geneesmiddel dat niet of niet meer nodig is. In geval van onderbehandeling krijgt de patiënt juist een geneesmiddel dat wel nodig is niet. De meest voorkomende geneesmiddelen die ten onrechte niet worden voorgeschreven zijn cholesterolverlagers, anticoagulantia, antihypertensiva en laxantia bij gebruik van een opiaat [9, 10]. Voor overbehandeling wordt een percentage gerapporteerd van 43% voor polyfarmaciepatiënten en voor onderbehandeling percentages variërend van 33 tot 43% [9–12]. Polyfarmacie is bovendien een grote risicofactor voor (vermijdbare) geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames [1].

De meeste farmacotherapiegerelateerde problemen zijn voor mensen met een psychiatrische

aandoening niet anders dan voor ouderen met polyfarmacie. Het is echter niet duidelijk welke problemen het meest frequent voorkomen. Wél zijn er als gevolg van het type psychiatrische medicatie en het gebruik van zowel psychiatrische als somatische geneesmiddelen specifieke problemen met bijwerkingen en interacties. Zo kunnen antipsychotica extrapiramidale bijwerkingen en verlenging van het QT-interval veroorzaken en wordt de lithiumconcentratie in het bloed beïnvloed door diuretica en NSAIDs. Bovendien speelt therapieontrouw een grotere rol mede ten gevolge van argwaan, ingegeven door de psychiatrische aandoening, tegen medicijnen. Daarnaast zijn mensen met een psychiatrische aandoening minder goed in staat om zelf bijwerkingen aan te geven. Ook worden bijwerkingen door gebrek aan kennis bij behandelaars regelmatig geduid als symptoom van het psychiatrische ziektebeeld, terwijl ze vaak een somatische oorzaak hebben.

Diverse oorzaken, verschillende verbeterpunten

Uit het RIVM-onderzoek blijkt dat de genoemde problemen ontstaan onder andere doordat meerdere artsen medicatie aan één patiënt voorschrijven. Er wordt vaak onvoldoende informatie uitgewisseld over welke medicijnen in de loop van de tijd zijn voorgeschreven, gewijzigd of gestopt. Ook kan het zijn dat de patiënt, al dan niet bewust, zijn/haar medicatie niet inneemt of vergeet zelfzorgmiddelen te melden aan zijn/haar arts of apotheker. Om verantwoord te kunnen voorschrijven is informatie over gestarte, gewijzigde en gestopte medicatie voor iedere arts essentieel. Het is daarbij niet alleen noodzakelijk om de patiënt te vragen naar zijn/haar geneesmiddelgebruik en het overdrachtsproces goed te organiseren, bijvoorbeeld met behulp van ICT, maar ook om verantwoordelijkheden en regie vast te leggen in samenwerkingsafspraken.

Daarnaast kan bij voorschrijvers en aflevers kennis over multimorbiditeit ontbreken. Gezien de toename van het aantal ouderen met multimorbiditeit, is (na-)scholing gewenst. Andere mogelijke oorzaken van problemen zijn het gebruik van risicovolle geneesmiddelen, zoals bloedverdunners en bepaalde pijnstillers, en beperkingen in de gezondheid van de patiënt, zoals een verminderde nierfunctie of verminderde cognitie. Samenwerking en overleg tussen de diverse voorschrijvers en aflevers kan voorkomen dat de patiënt problemen ondervindt. Periodieke medi-

catiebeoordelingen zijn daarbij noodzakelijk, omdat tijdens veroudering farmacodynamische/kinetische veranderingen optreden en er soms een verminderd vermogen tot zelfmanagement ontstaat.

Richtlijnen ter verbetering: wel aanwezig maar nog onvoldoende geïmplementeerd

Om farmacotherapiegerelateerde problemen bij kwetsbare groepen te voorkomen heeft het zorgveld een aantal richtlijnen ontwikkeld. Een belangrijke richtlijn is de multidisciplinaire richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ die aanwijzingen geeft voor medicatiebeoordelingen bij risicopatiënten [13]. Naast deze richtlijn zijn nog tal van andere richtlijnen beschikbaar die voorschrijvers en afleveraars willen helpen om risico’s in het farmaceutische zorgproces te ondervangen (tab. 1). Behalve (na-)scholing, worden alle hierboven genoemde verbeterpunten geadresseerd in een richtlijn. Er zijn dus in principe voldoende maatregelen beschikbaar om risico’s te beheersen.

Uit het RIVM-onderzoek blijkt echter dat door de experts uit het zorgveld een aantal knelpunten gesignaleerd wordt bij de implementatie van deze richtlijnen [4]. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk welke groep patiënten nu het hoogste risico loopt op medicatiegerelateerde problemen en dus het eerste in aanmerking komt voor verbetering van de farmaceutische zorg bijvoorbeeld door middel van een medicatiebeoordeling. Ook ontbreekt het vaak aan afspraken over samenwerking, verantwoordelijkheidsverdeling en het beleggen van een regierol. Maar ook randvoorwaarden, zoals een beter faciliterende ICT-infrastructuur en de vergoeding van medicatiebeoordelingen, zijn van belang voor bijvoorbeeld medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling. Alleen als het zorgveld deze punten gezamenlijk oppakt, zal de implementatie van richtlijnen, en daarmee de medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen, verder verbeterd kunnen worden.

Verskillende initiatieven om de farmacotherapeutische zorg te verbeteren

Het zorgveld is met verschillende initiatieven bezig om de farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren [14]. Zo is de Landelijke Huisartsen Vereniging samen met de koepelorganisatie van apothekers KNMP bezig om op basis van selectiecriteria subgroepen te identificeren voor welke medicatiebeoordelingen het meest zinvol en doelmatig zijn [15]. Verder is

er een Kwaliteitsagenda Bestuurlijk Overleg Farmacie opgesteld door het zorgveld (waaronder koepelorganisaties van patiënten, huisartsen, apothekers, ketenzorgorganisaties, farmaceutische groothandel, zorgverzekeraars en farmaceutische bedrijven) onder leiding van het ministerie van VWS [16]. Hierin staat dat per 1 januari 2015 landelijk een gestandaardiseerde wijze van medicatiebeoordeling moet worden gebruikt. Ook heeft het zorgveld de intentie om landelijke afspraken te maken over het stimuleren van samenwerking tussen zorgverleners door het meer gezamenlijk vormgeven van de opleidingen van artsen en apothekers, en over het verbeteren van elektronische gegevensuitwisseling. Tot slot zijn er diverse nascholingsmodules ontwikkeld, bijvoorbeeld de cursus ‘Polyfarmacie, hoe voorkomen we problemen’ binnen het Programma voor Individuele Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Er worden dus diverse stappen gezet om de farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren. Echter, het is nog onduidelijk in hoeverre de landelijke afspraken en activiteiten uiteindelijk worden doorgevoerd op regionaal niveau en door individuele zorgverleners. Deze regionale/individuele actie is wél noodzakelijk voor de benodigde verbeteringen en vereist een proactieve houding van zorgverleners.

Kernboodschap

Het verbeteren van de medicatieveiligheid bij kwetsbare groepen met polyfarmacie staat al enkele jaren op de prioriteitenagenda van de IGZ. Ook het zorgveld onderschrijft het belang van medicatieveiligheid en heeft hiertoe verschillende richtlijnen ontwikkeld. Uit het RIVM-onderzoek kwamen knelpunten bij de implementatie van deze richtlijnen naar voren, waaronder selectie van hoogrisicopatiënten voor medicatiebeoordeling, afspraken over samenwerking, verantwoordelijkheidsverdeling en regie, ICT, kennis over behandeling van patiënten met multimorbiditeit/polyfarmacie en de vergoeding van medicatiebeoordelingen. Deze knelpunten zijn geadresseerd in overleggen met VWS, IGZ en koepelorganisaties, en worden momenteel op landelijk niveau door koepelorganisaties vanuit het zorgveld opgepakt. Artsen en apothekers zullen daarnaast op regionaal niveau het initiatief moeten nemen voor het maken van afspraken over samenwerking, verantwoordelijkheidsverdeling en regie, het optimaliseren van medicatieoverdracht en medicatiebeoordelingen en het beter benutten van ICT-mogelijkheden. De IGZ gaat

Tabel 1 Richtlijnen, standaarden, handreikingen voor het farmaceutisch zorgproces rondom polyfarmacie.

| richtlijn | korte beschrijving | doelgroep |
|--|---|--|
| <i>zorgbreed</i> | | |
| Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten; 2008 | de richtlijn geeft het doel, bereik, de verantwoordelijkheden voor de betrokken zorgprofessionals en de basisprincipes voor overdracht van medicatiegegevens. Er worden zes overdrachtsituaties beschreven | huisartsen, apothekers, geriater, specialisten ouderengeneeskunde, overige medisch specialisten, verpleegkundig specialisten |
| Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg; 2010 | de handreiking beschrijft dertien aandachtspunten bij samenwerking in de zorg. Hierbij komen de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners aan bod | huisartsen, apothekers, ziekenhuisapothekers, poliklinisch apothekers, medisch specialisten, verpleegkundigen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, psychologen |
| Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen; 2012 | de richtlijn legt de focus op medicatiebeoordeling bij ouderen met polyfarmacie en beschrijft een stappenplan hiervoor | huisartsen, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde, verzorgenden, klinisch geriater, andere medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, ziekenhuisapothekers |
| <i>voor specifieke beroepsgroepen</i> | | |
| NHG-standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg; 2006 | het standpunt beschrijft problemen bij, uitgangspunten van, randvoorwaarden voor en aanbevelingen voor farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. Het bevat een beslismodel voor het maken van een geneesmiddelenkeuze en het NHG standpunt over off label voorschrijven | huisartsen |
| NHG-standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen; 2007 | het standpunt beschrijft de problemen, de uitgangspunten, de aanbevelingen en de randvoorwaarden voor huisartsenzorg aan ouderen met complexe problematiek. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de zorg in een samenhangend zorgnetwerk gegeven moet worden waarbij de huisarts een regierol vervult | huisartsen |
| KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen; 2010 | het standpunt beschrijft verbetervoorstellen voor medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en het verzorgingshuis, medische zorg in het ziekenhuis en transmurale medische zorg. En het beschrijft de benodigde competenties van artsen | huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten |
| LHV-handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg; 2010 | de handreiking beschrijft adviezen, praktijkvoorbeelden en tips om veiligheidsrisico's in de huisartsenzorg beter te onderkennen en daarmee schade aan de patiënt zo veel mogelijk vóór te zijn | Huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, managers |
| KNMP richtlijn Medicatiebeoordeling; 2013 | de richtlijn geeft aanbevelingen voor de specifieke taken van de openbaar apotheker bij het uitvoeren medicatiebeoordelingen, op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen | apothekers |
| KNMP Handboek Medicatiebewaking; 2013 | dit handboek beschrijft de technische, inhoudelijke en organisatorische kant van medicatiebewaking en de randvoorwaarden daarvoor. Ook worden enkele casus beschreven | apothekers |

vanaf 2015 de focus leggen op de naleving van richtlijnen die betrekking hebben op deze punten en belangrijke voorwaarden vormen om verantwoord te kunnen voorschrijven (zie kader). Met naleving wordt beoogd de farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie te verbeteren.

De IGZ gaat zich richten op voorschrijvers

In het Meerjarenbeleidsplan 2012–2015 van de IGZ worden ‘het verbeteren van zorg voor ouderen’ en ‘het verhogen van de medicatieveiligheid’ als twee van de vijf speerpunten genoemd [17]. Polyfarmacie wordt onder beide speerpunten als risico benoemd. De IGZ intensificeert haar toezicht op de naleving van diverse richtlijnen om verbetering van de farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie te stimuleren. De rol van de voorschrijver is hierbij cruciaal, onnodige fouten die worden gemaakt bij het voorschrijven werken door in de hele keten.

De IGZ gaat zich vanaf 2015 zorgbreed (in alle domeinen van de gezondheidszorg) richten op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. Het betreft elektronisch voorschrijven (conform de Richtlijn Elektronisch Voorschrijven), medicatieoverdracht (conform de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten), medicatiebeoordeling (conform de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’), en duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling en regie (conform de Handreiking Verantwoorde-

lijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg). In het zorgbrede toezicht op deze voorwaarden voor verantwoord voorschrijven volgt de IGZ een eenduidige aanpak. Tegelijkertijd houdt de IGZ rekening met het verschil in implementatiestatus van de richtlijnen in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg.

Vanaf 1 juli 2015 gaat de IGZ specifiek toezien op het naleven van de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’. De IGZ gaat toetsen of zorgprofessionals medicatiebeoordelingen uitvoeren volgens de richtlijn. Dit betekent in ieder geval het volgende: (1) Voorschrijvers en apothekers hebben samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordelingen vastgelegd. Hieruit blijkt duidelijk wat de verantwoordelijkheden van voorschrijver en apotheker zijn, wie de regie heeft en wie de contactpersoon is voor de patiënt is. (2) Zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit bij risicopatiënten. Dit betekent dat ze de stappen uit de richtlijn volgen en de patiënt hierbij betrekken. (3) De IGZ focust op die patiënten en situaties waar het risico op medicatiegerelateerde schade het hoogst is. Op basis van uitwerkingen door de eerstelijnskoepels is de IGZ op dit moment de selectiecriteria voor risicopatiënten op basis van de richtlijn aan het aanscherpen. (4) Om te zorgen dat uiteindelijk alle kwetsbare risicopatiënten een medicatiebeoordeling ontvangen, dienen zorgverleners jaarlijks een minimum aantal medicatiebeoordelingen uit te voeren. Deze minimumnorm is momenteel nog in ontwikkeling.

Literatuur

1. Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, Bemt PMLA van den, for the HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med.* 2008;168(17):1890–6.
2. Abdullah-Koolmees H, Gardarsdottir H, Stoker LJ, Vuyk J, Egberts ACG, Heerdink ER. Prevalence of medication use for somatic disease in institutionalized psychiatric patients. *Pharmacopsychiatry.* 2013;46:274–80.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag; september 2010.
4. Lemmens LC, Weda M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. RIVM Brieffrapport 080027001/2013, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; 2013.
5. Campen C van (red.). Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag; februari 2011.
6. Oostrom SH van, Picavet HSJ, Gelder BM van, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking—gegevens van huisartsenpraktijken. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;55(A3193):1–7.

7. Dijk C van, Verheij RA, Schellevis FG. Huisartsenzorg in cijfers: polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet.* 2009;52(7):315.
8. Vinks THAM, Koning FHP de, Lange TM de, Egberts ACG. Identification of potential drug-related problems in the elderly: the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci.* 2006;28(1):33–8.
9. Kuijpers MA, et al. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65(1):130–3.
10. Heuvel PM van den, et al. Polypharmacy and underprescribing in older adults: rational underprescribing by general practitioners. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(9):1750–2.
11. Finkers F, et al. A study of medication reviews to identify drug-related problems of polypharmacy patients in the Dutch nursing home setting. *J Clin Pharm Ther.* 2007;32(5):469–76.
12. Tulner LR, et al. Changes in under-treatment after comprehensive geriatric assessment: an observational study. *Drugs Aging.* 2010;27(10):831–43.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht; 2012.
14. Lambooy MS, Molema CCM, Limburg LCM, Weda M. Inventarisatie initiatieven medicatieveiligheid—Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen. RIVM briefrapport 360200001/2012, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven; 2013.
15. AxiaZ. Verkenning medicatiebeoordeling. Uitgevoerd in opdracht van Unie KBO; AxiaZ, Hoofddorp; 2014.
16. <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/04/08/kamerbrief-over-resultaten-bestuurlijk-overleg-farmacie/kamerbrief-over-resultaten-bestuurlijk-overleg-farmacie.pdf>. Geraadpleegd op 31 oktober 2014.
17. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2012–2015. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht; 2011.

Oorspronkelijk artikel

Thuis na een CVA: 'Dan begint het pas'. Een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-patiënten na terugkeer naar huis

Carolina Beunder · Jos H.M. Dekker · Jonna A. Brassier ·
Marja F.I.A. Depla

Samenvatting

Onderzoeksdoel Exploreren welke behoefte aan zorg CVA-patiënten hebben na terugkeer naar huis uit het ziekenhuis of het revalidatiecentrum.

Methode Semigestructureerde interviews met twintig CVA-patiënten en hun partners in de regio Midden-Kennemerland.

Resultaten 'Dan begint het pas': Thuis wordt het vaak pas duidelijk wat de consequenties van het CVA voor het dagelijks leven zijn. Gevolg hiervan is dat patiënten en hun mantelzorgers/partners na terugkeer naar huis (1) *meer* informatie en begeleiding hadden willen hebben en dat deze behoefte aan begeleiding *langdurig* blijft bestaan. Verder hadden ze (2) ook *later* de gelegenheid willen hebben om terug te vallen op nazorg (na aanvankelijk nee gezegd te hebben). Anderzijds zijn er ook (3) patiënten die geneigd zijn om *zelf* naar oplossingen te zoeken.

Conclusies Patiënten die een CVA doorgemaakt hebben en hun mantelzorgers/partners kunnen *thuis* pas goed beoordelen waar hun behoefte aan nazorg ligt. De behoefte aan nazorg zou daarom pas na verloop van tijd na terugkeer naar huis beoordeeld moeten worden en langdurig toegankelijk moeten blijven. Omdat patiënten wat de neuropsychologische gevolgen betreft niet beseffen dat ze hier hulp voor kunnen krijgen, is het belangrijk dat het initiatief voor de nazorg bij de hulpverlener ligt.

Trefwoorden Cerebrovasculair Accident (CVA) · Nazorg · Neuropsychologische gevolgen · Emotionele gevolgen

C. Beunder (✉)
AIOS Ouderengeneeskunde GERION/VUmc Amsterdam,
Haarlem, Nederland
e-mail: carolinabeunder@gmail.com

J. H. M. Dekker
Heliomare en Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk,
Beverwijk, Nederland

DOI 10.1007/s12439-015-0139-z
Published Online: 2 June 2015

J. A. Brassier
Ketenzorg Rode Kruis Ziekenhuis, Heliomare, Viva Zorggroep,
Dijk en Duin, Huisartsenvereniging Midden-Kennemerland en
Zorgbalans, regio Midden Kennemerland,
Kennemerland, Nederland

M. F. I. A. Depla
Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde,
VUmc Amsterdam, Amsterdam, Nederland

Home after a stroke; 'that's when it really begins'. A qualitative study into the needs for aftercare of stroke patients after being discharged home

Abstract

Aim To explore stroke patients needs of care after discharge from hospital or rehabilitation facility.

Method Semi-structured interviews with twenty stroke patients and their partners in the region Midden-Kennemerland in the Netherlands.

Results *That's when it really begins*; at home it becomes clear what the real consequences of the stroke are on daily life. After returning home patients would have liked to (1) have had *more* information/support and they have a need for support for a long time after their stroke; (2) have had the possibility to get support *later* on (after having said 'no' in the first place). On the other hand there are (3) patients who are inclined to search for solutions by *themselves*.

Conclusion Only *after returning home* stroke patients and their partners can really assess what their need for care is. Therefore the need for care of stroke patients should be assessed after a period of time after the patients return home. The care should be available for a long time after the stroke. Because patients don't realize that they can get help for the neuropsychological consequences, it is important that the initiative to organize the care lies in the hands of the caregivers.

Keywords Post stroke · Neuropsychological disorders · Emotional disorders · Aftercare

Inleiding

In heel Nederland wordt door hulpverleners hard gewerkt om de zorg voor CVA-patiënten te verbeteren. Hiertoe zijn er in het afgelopen decennium op veel plaatsen CVA-zorgketens opgericht. Dat het organiseren van de zorg voor CVA-patiënten in zorgketens de zorg verbetert,

is bevestigd in onderzoek. Patiënten zijn iets meer tevreden over de zorg en hulpverleners zijn positiever over de resultaten [1]. Daarbij nemen de kosten niet toe bij dezelfde of betere gezondheidseffecten [2, 3]. Verder blijkt het percentage getromboliseerde patiënten toe te nemen en neemt de gemiddelde opnameduur af [4].

De periode na het CVA wordt in het algemeen ingedeeld in drie fasen; de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase. De zorg aan CVA patiënten in de chronische fase wordt veelal 'nazorg' genoemd en deze fase gaat volgens de meeste definities ongeveer 6 maanden na het CVA in [5]. In de CVA-zorgketens in Nederland start de nazorg echter veelal eerder, meestal in de eerste weken na terugkeer naar huis. Onderzoek naar de benodigde zorg voor CVA-patiënten in de chronische fase is schaars. Nazorg is daardoor nu vaak ingericht aan de hand van 'veronderstelde' benodigde zorg vanuit het perspectief van zorgverleners. Deze nazorg richt zich veelal op functioneel herstel of het organiseren van de nodige zorg voor functionele problemen. Dit blijkt niet aan te sluiten bij de behoeften van CVA-patiënten [6]. Uit onderzoek blijkt onder andere dat CVA-patiënten een tekort ervaren aan begeleiding, bijvoorbeeld ten aanzien van de omgang met neuropsychologische symptomen zoals angst en depressie. Ze voelen zich vaak geïsoleerd en hebben behoefte aan langdurige nazorg om een betekenisvolle rol in de maatschappij te kunnen herwinnen [6]. Ook mantelzorgers ervaren vaak een tekort aan nazorg ten aanzien van psychologische problemen en benadrukken een langdurige behoefte aan begeleiding [7, 8].

In dit artikel wordt verslag gedaan van een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-patiënten en hun mantelzorgers. Het doel van dit onderzoek was om meer duidelijkheid te krijgen over de benodigde nazorg vanuit het perspectief van de CVA-patiënten en hun mantelzorgers *zelf*. Hoe ervaren zij de ontvangen nazorg? Welke problemen ervaren zij na terugkeer naar huis en hoe gaan ze op de lange termijn om met de gevolgen van het CVA?

Tabel 1 Selectie respondenten (n).

| | benaderd | aangemeld | geïnterviewd |
|---------------|------------|-------------------|--------------|
| ronde 1 | 40 | 9 (22,5%) | 9 |
| ronde 2 | 18 | 4 (22,2%) | 4 |
| ronde 3 | 112 | 27 (24,1%) | 7 |
| Totaal | 170 | 40 (23,5%) | 20 |

Welke behoefte aan nazorg kunnen we uit hun ervaringen afleiden? Kennis hierover is van belang om de organisatie en inhoud van de CVA-nazorg beter af te kunnen stemmen op de behoeften van patiënten.

Methode

Design

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij twintig patiënten die een CVA hebben doorgemaakt en hun partners in de regio Midden-Kennemerland. Het onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Noord-Holland (METC-registratie Mo13-007) en door de Commissie lokale toetsing medisch onderzoek van het Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk. Het onderzoek maakt deel uit van een groter kwalitatief en kwantitatief evaluatieonderzoek naar de gehele CVA-ketenzorg Midden-Kennemerland.

Deelnemers

Voor deelname aan het onderzoek kwamen alle patiënten in aanmerking bij wie in 2011 in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk een CVA is geconstateerd en die op het moment van het interview (mei-juli 2013) zelfstandig woonden ($n=221$). Bij de selectie van de deelnemers aan het onderzoek is gestreefd naar maximale variatie op de volgende patiëntkenmerken: geslacht, leeftijd, wel/niet partner, duur sinds het laatste CVA, en het gevolgde revalidatie- en nazorgtraject.

De patiënten zijn in drie ronden benaderd (zie tab. 1). Alle patiënten die zich in de eerste en tweede ronde hadden aangemeld (ca. 22%) zijn geïnterviewd. In de derde ronde zijn alle resterende patiënten aangeschreven en werden uit de aanmeldingen (24%) die patiënten geselecteerd die op dat moment in de steekproef waren ondervetegenwoordigd (ernstig aangedane patiënten). Daartoe werden de potentiële respondenten telefonisch benaderd en kort bevraagd over hun aandoening. Op het moment dat de interviews geen nieuwe informatie meer opleverden (verzadiging), zijn er geen nieuwe patiënten meer benaderd.

In tab. 2 staan de kenmerken van de aldus geselecteerde patiënten. De man-vrouw verdeling is ongeveer gelijk; de leeftijd ligt tussen de 40 en 90 jaar en 75% is gehuwd. De meesten hebben poliklinisch gerevalideerd (75%) en iets minder dan de helft heeft nazorg ontvangen van een gespecialiseerd CVA-verpleegkundige.

Tabel 2 Kenmerken Respondenten.

| | |
|---|----------|
| geslacht | <i>n</i> |
| Man | 11 |
| Vrouw | 9 |
| leeftijd | |
| 40-59 | 5 |
| 60-69 | 5 |
| 70-79 | 5 |
| 80-89 | 5 |
| burgerlijke staat | |
| gehuwd | 15 |
| verweduwd | 3 |
| gescheiden | 2 |
| duur sinds laatste CVA | |
| <18 maanden | 1 |
| 18-22 maanden | 9 |
| 23-27 maanden | 8 |
| 28-32 maanden | 2 |
| type revalidatie en nazorgtraject | |
| poliklinische revalidatie en nazorg door CVA verpleegkundige | 8 |
| poliklinische revalidatie en géén nazorg door CVA verpleegkundige | 7 |
| klinische revalidatie en nazorg door CVA verpleegkundige | 1 |
| klinische revalidatie en géén nazorg door CVA verpleegkundige | 4 |

Interviews

Om de patiënten hun ervaringen met de nazorg na het CVA zoveel mogelijk te laten vertellen vanuit hun eigen perspectief werden er voornamelijk open vragen gesteld. Onder 'nazorg' hebben we verstaan alle CVA-gerelateerde zorg die patiënten kregen na terugkeer naar huis; van fysiotherapie, de zorg van de huisarts, CVA-verpleegkundige tot huishoudelijke hulp. Middels doorvragen is geprobeerd de persoonlijke ervaringen zoveel mogelijk uit te diepen en zowel positieve als negatieve ervaringen naar boven te halen. Vooraf opgestelde interviewvragen zijn gehanteerd als checklist (zie tab. 3). Ook de ervaringen van de eventuele partner, indien aanwezig, werden zo goed mogelijk uitgevraagd en in kaart gebracht.

Tabel 3 Interviewvragen.

hoe heeft u de terugkeer naar huis ervaren?

hoe heeft u de nazorg ervaren?

- kreeg u nazorg van het ziekenhuis?
- indien van toepassing: kreeg u nazorg van het revalidatiecentrum?
- heeft u contact gehad met een CVA-verpleegkundige? Zo ja: hoe heeft u dit ervaren? Zo nee: had u dit willen hebben?
- heeft u voor of na uw terugkeer naar huis ondersteuning/hulp gekregen bij het verkrijgen van hulpmiddelen/voorzieningen/thuiszorg/begeleiding?

hoe heeft u de betrokkenheid van uw huisarts ervaren bij de zorg rondom uw CVA?

hoe gaat het nu met u?

- vindt u dat u genoeg hulp gekregen heeft om goed om te kunnen gaan met uw nieuwe situatie?
- vindt u dat u in de periode na uw CVA voldoende bent voorbereid op uw toekomst met de gevolgen van uw CVA?

Alle twintig patiënten zijn in hun eigen woning geïnterviewd. De gemiddelde duur van de interviews was 53 minuten (range 31–82 minuten). De interviews zijn digitaal opgenomen en getranscribeerd.

Analyse

De transcripties van de interviews zijn onderworpen aan een kwalitatieve analyse, met gebruikmaking van principes van de *grounded theory* van Glaser en Straus [9]. De transcripties zijn gelezen en herlezen door de eerste auteur. Er werd specifiek gezocht naar fragmenten waarin de respondent sprak over zijn/haar beleving van de nazorg na ontslag uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Deze fragmenten werden geselecteerd, gemarkeerd en gecodeerd. Alle toegekende codes werden per interview onder elkaar gezet en gestructureerd in een codeboom. Vervolgens werden de gecodeerde interviews gelezen en beoordeeld door de vierde auteur, waarna overleg plaatsvond om (1) consensus te bereiken over de toegekende codes en (2) de onderliggende thema's met betrekking tot de behoefte aan nazorg na een CVA te identificeren.

Resultaten

Na terugkeer naar huis wordt het CVA-patiënten en hun naasten vaak pas duidelijk wat de consequenties van het CVA voor het dagelijks leven zijn.

“Dan begint het pas” en “Je weet niet wat je te wachten staat” zijn vaak gehoorde uitspraken.

Uit de interviews komt naar voren dat zij achteraf gezien na terugkeer naar huis

1. *meer informatie en begeleiding hadden willen hebben en dat deze behoefte aan begeleiding langdurig blijft bestaan.* Verder hadden ze
2. ook *later* nog de gelegenheid willen hebben om terug te vallen op nazorg (na aanvankelijk nee gezegd te hebben). Anderzijds zijn er ook
3. patiënten en partners die ondanks de ervaren problemen na terugkeer naar huis geneigd zijn om *zelf* naar oplossingen te zoeken.

Ad 1: Langdurige behoefte aan informatie en begeleiding

‘Onzichtbare’ gevolgen van het CVA zoals cognitieve problemen, emotionele problemen of vermoeidheid zijn voor patiënten en hun naasten moeilijker te begrijpen en op te lossen dan de fysieke gevolgen. Vooral voor partners is het vaak erg moeilijk om met de neuropsychologische gevolgen om te gaan en zij ervaren veelal een tekort aan begeleiding hierbij. In het begin weten ze vaak niet dat deze verschijnselen een gevolg zijn van het CVA en ze hebben daardoor geen begrip voor het gedrag van hun partner. Ze hebben behoefte aan uitleg en advies over deze verschijnselen en hoe hiermee om te gaan.

Een partner zei hierover: “Ja vermoeidheid maar wat is vermoeidheid he? En dat vond ik dus voor degene die er naast staat, vond ik dat van; had mij nou eens wat meer handvatten gegeven om eh, om niet boos te worden. Want ik werd een beetje van, he verdorie zitten we hier op een verjaardag, zit je weer te slapen! Weet je. En.. als je nou eenmaal weet van joh, dat hoort er allemaal bij, het kan gebeuren. Dan maak je je omgeving ermee bekend en dan gebeurt het en dan lach je erom van ja jongens, hij kan er ook niks aan doen.”

Doordat patiënten en hun partners zich niet realiseren dat bepaalde verschijnselen een gevolg zijn van het CVA zoeken ze er geen hulp voor. Deze echtgenote kwam er bijvoorbeeld alleen door toeval achter dat traagheid een symptoom

was van het CVA: *“Er wordt niet gezegd hoe krijg je je partner thuis? Want je ziet niks aan hem. Maar op een gegeven moment, het zonnetje scheen op het parket op een zondag en ik zeg, doe jij het zonnenscherm eens omlaag, het is zo'n elektrische. Hij: zonnenscherm? Ik denk godverdee man, je weet toch wel wat een zonnenscherm is! Nou oké, lees ik toevallig op die website, dat het gesprek moet eerst landen, en dan terug, dus het gaat allemaal veel trager. En toen dacht ik oh wat erg, ik mag best wel wat opletten om niet zo bits te doen! Maar dat is mij niet medegedeeld, dus daar ben ik ook zelf achter gekomen. Eigenlijk, zijn we, heel veel zelf achter dingen moeten komen.”*

Veel patiënten voelden zich alleen staan na terugkeer naar huis. Een partner van een patiënt vertelde: *“Eerst moest ik het gaan accepteren, en hij ook, maar hij had er denk ik niet zo veel erg in. Hij vond dat ie heel gewoon deed, en dat was natuurlijk niet zo. Dat inzicht is er dan niet. En ja, dan sta je er toch wel heel alleen voor vind ik.”*

Meerdere patiënten en hun partners vinden dat ze te snel los gelaten zijn door hun hulpverleners (neuroloog, revalidatiearts, psycholoog, CVA-verpleegkundige). Het herstel van het CVA en het leren omgaan met de ontstane beperkingen is voor veel patiënten een langdurig proces en de behoefte aan begeleiding hierbij blijft langdurig bestaan. Het liefst zouden ze de mogelijkheid hebben om nog eens terug te gaan naar de hulpverlener die hen gedurende het revalidatieproces behandeld heeft. Zo vertelde een echtgenote van een patiënt: *“En eh dat verwerkingsproces...Je loopt tegen zoveel dingen aan. Dat je soms wel eens behoefte hebt om buiten die drie maanden om, om nog eens een gesprek te hebben. Om er eens over te praten. Want buiten.. het duurt, het proces is lang.”*

Patiënten zouden graag terecht willen kunnen bij de hulpverlener die hen behandeld heeft, zonder dat daar een nieuwe verwijzing van de huisarts voor nodig is. Een patiënte vertelde: *“Ja, ik heb pijn, de pijn die ik heb vind ik... Als ik naar mijn huisarts ga, die zou me toch sturen naar de andere specialist (revalidatiearts). Waarom moet ik dan de hele weg gaan bewandelen?”*

Een deel van de patiënten vindt dat er na het afsluiten van de revalidatiebehandeling nog eens controle plaats zou moeten vinden omdat na verloop van tijd weer andere problemen aan het licht kunnen komen: *“Maar ze zouden de patiënten toch nog eens een keer op moeten roepen, na zo veel tijd. Zo van hoe gaat het nou, hoe gaat het samen, een beetje screenen, en gaat het goed dan pas los laten. Maar niet plompverloren zo... Want pas als het normale leven weer begint, dan komen er ook weer andere facetten van het geheel naar boven”.*

Sommige patiënten hebben zelfs behoefte aan periodieke afspraken voor controle en begeleiding. Een echtgenoot van een patiënte

met karakterveranderingen vertelde: *“Ja ze herkent het nu zelf, dat ze zich irriteert aan dingen, dan zeg ik wat kan jou dat nou toch schelen joh. Daar heb ze nog nooit geen problemen mee gehad, dat zijn wel dingen die opvallen. En als je bij wijze van spreken vervolgspraken zou hebben, al zou dat tweemaandelijks zijn, bij een psycholoog, dat je daar een half uur zit of een uur zit. Dan zouden dit soort dingen misschien nog wel behandeld kunnen worden of wat dan ook.”*

Ad 2: Behoefte aan nazorg na verloop van tijd/bij nader inzien

Een deel van de patiënten realiseert zich pas achteraf, of na verloop van veel tijd, hoe moeilijk het adaptatie- en verwerkingsproces van het CVA eigenlijk is. In eerste instantie hebben ze de geboden nazorg afgewezen maar later dringt tot hen door dat ze wel graag hulp (hadden) willen hebben. Een echtgenote van een patiënt heeft de hulp van de CVA-verpleegkundige afgewimpeld. Achteraf gezien denkt ze dat contact met haar wel zinvol geweest was. Het telefoontje van de CVA-verpleegkundige overviel haar echter waardoor het contact geen vervolg heeft gekregen.

Echtgenote: “Nou, ondertussen werden we wel opgebeld, er zou een CVA verpleegkundige aan huis komen voor vragen waar we mee zouden kunnen zitten. Maar je werd opgebeld en ja, dan word je overvallen, en die vroeg ons of alles goed ging. Ja nou ja, alles gaat goed want ja, we zijn nogal zelfstandig en hup.”

Patiënt: “Het ging beter als daarvoor..”

Echtgenote: “Zo n gesprek overvalt je en... het is toch anders als zo n gesprek thuis plaatsvindt weet je wel, oogcontact. Ja dat praat gewoon anders.”

De vraag 'hoe gaat het?' van de CVA-verpleegkundige is achteraf gezien te snel beantwoord met 'goed': *“Nou ja kijk, je staat op nul zeg maar, en je bent al een stuk verbeterd. Dus als iemand belt van 'hoe gaat het?'. Ik zeg nou het gaat goed. Maar als je het gaat afzetten tegen een gezond iemand, dan is het helemaal nog niet goed natuurlijk. Maar goed zo denk je dan niet.”*

Ook bij een andere patiënt kregen de telefoontjes van de CVA-verpleegkundige geen vervolg, met name doordat het in eerste instantie wel redelijk goed met hem ging. Later ontstonden er echter toch problemen en behoefte aan zorg. *“Nou, nazorg heb ik eigenlijk weinig gehad. Ja ze belden later nog wel een paar keer op van 'gaat het goed?'. Ja, dan zeg ik elke keer ja, maar ik blijf wel ontiegelijk moe, maar voor de rest ging het wel. Nou ja, nou is het, nu gaat het lopen moeilijk en de controle over mijn lichaam gaat steeds meer achteruit, dus het wordt eh... in het begin dacht ik niet dat het zo ernstig was. Ik dacht nou het valt wel mee, maar ja nou achteraf denk ik toch eigenlijk dat het er best ingehakt heeft, maar goed.”*

Er is ook een patiënt die bij zichzelf ontdekt dat hij aanvankelijk te optimistisch geweest is. Hij is inmiddels werkeloos en denkt dat dit voorkomen had kunnen worden als iemand hem toen geadviseerd had met betrekking tot de terugkeer naar zijn werk: *“Ja al had ik zeg maar begeleiding gehad, nou dan hadden we erover kunnen praten van “nou joh is het verstandig dat ik volgende week aan het werk ga of eh” Dan hadden ze misschien gezegd van “joh je mag nog een jaar in de ziektewet blijven, pak, pak nog maar een tijdje”. Vreselijk. Als ik dit allemaal had geweten, had ik in de ziektewet gebleven, had ik mijn eigen af laten keuren.” Toentertijd wilde hij echter zijn gewone leven weer zo veel mogelijk oppakken en dus ook gewoon weer werken: “Ja ik ging gewoon weer ja je probeert gewoon enne eh je probeert wat in je macht ligt. Achteraf zeg ik.... Ja...”*

Ad 3. Zelfredzame patiënten en partners

Ondanks de problemen die patiënten en partners ontmoeten als zij het gewone leven weer moeten leven, heeft niet iedereen behoefte aan nazorg. Een deel van de patiënten blijkt zeer zelfredzaam te zijn en redt zich goed na terugkeer naar huis zonder (formele) hulp van buitenaf. Deels zijn dit patiënten die nauwelijks aangedaan zijn door het CVA of patiënten die zich redelijk gemakkelijk neerleggen bij de beperkingen omdat ze deze beschouwen als horende bij een normaal verouderingsproces. Er zijn echter ook patiënten die wel problemen ervaren maar die gewend zijn om hun problemen zelf op te lossen en dat ook doen met de problemen ten gevolge van het CVA. Zo vertelde een echtpaar:

Echtgenoot: “Ze had mij en daar heeft ze veel aan.”

Patiënte: “Ja daarom, we zijn met zijn tweetjes en ik heb normaal hulp (huishoudelijk) dus dat valt wel mee dus... met zijn tweetjes kunnen we een heel eind komen hoor.”

Zo lang het niet echt nodig is willen deze patiënten geen hulp van buitenaf. In plaats daarvan schakelen ze bijvoorbeeld liever familie of kennissen in: *“Ja nou ja... ik verwacht ook niet.. kijk we hebben een paar goede kennissen en als er wat is dan kunnen we die bellen. En voor de rest doen we het gewoon zelf nog... Ja als het moet dan moet het, maar zo lang we ons eigen kunnen bedruipen dan hoeft het niet.”*

Ook informatie over het CVA weet een deel van de patiënten goed zelf te vinden. Eén van de patiënten vond deze informatie via internet en vond dit prettiger dan informatie van een hulpverlener: *“Want mijn ervaring is dat als je rustig op de PC gaat zitten en je gaat goed lezen, dan vind ik dat veel prettiger als dat je met iemand gaat zitten praten.”*

Discussie en conclusie

Middels twintig interviews hebben we de behoefte aan nazorg van CVA-patiënten en hun partners in kaart gebracht. Door de explorerende opzet van de interviews hebben we de behoefte aan nazorg na terugkeer naar huis goed vanuit hun eigen perspectief kunnen beschrijven. De meeste patiënten waren goed in staat om te vertellen over hun ervaringen, de ontvangen nazorg en hun beleving daarvan. Ze waren in staat om terug te kijken op het verwerkings- en adaptatieproces en konden goed vertellen welke behoeften zij gedurende dat proces hadden gehad en/of nog steeds hadden.

Als mogelijke beperking van deze studie kan genoemd worden dat het onderzoek in één CVA-keten is uitgevoerd onder een kleine groep patiënten. Het is niet zeker dat deze groep representatief is voor CVA-patiënten in het algemeen. Daarnaast is het mogelijk dat er bij de analyse enige onderzoekersbias ontstaan is. Dit had voorkomen kunnen worden door een tweede onderzoeker de transcripties onafhankelijk te laten coderen, maar dit was vanwege tijdsbeperkingen niet mogelijk. Wel zijn de gecodeerde interviews volledig gelezen en beoordeeld door de vierde auteur. We verwachten dan ook dat de onderzoekersbias niet groot is.

De resultaten van ons onderzoek komen grotendeels overeen met bevindingen uit eerder onderzoek. Zo is bevestigd dat CVA-patiënten en hun naasten behoefte hebben aan informatie en begeleiding bij het omgaan met neuropsychologische gevolgen van het CVA [10–14]. Een belangrijke bevinding is dat de behoefte aan informatie en begeleiding grotendeels thuis ontstaat. Zoals patiënten zelf verwoordden; *‘Dan begint het pas’*. Pas bij terugkeer naar het gewone leven, wordt het patiënten en hun partners duidelijk wat de gevolgen van het CVA precies zijn en ontstaat behoefte aan begeleiding bij het leren omgaan met deze gevolgen. Dat de gevolgen van het CVA thuis duidelijker te beoordelen zijn is tevens omschreven in eerder onderzoek [15]. Dan ontstaat ook (meer) behoefte aan informatie over de gevolgen van het CVA en over mogelijkheden om met de gevolgen om te gaan. Het is goed mogelijk dat deze informatie eerder wel gegeven is, bijvoorbeeld in het ziekenhuis of tijdens de revalidatie, maar uit de interviews komt naar voren dat die informatie blijkbaar niet beklijft tot na terugkeer naar huis.

CVA-patiënten weten bovendien vaak niet waar ze terecht kunnen met hun CVA-gerelateerde problemen. Met name wat de ‘ongrijpbare’ neuropsychologische gevolgen betreft beseffen

patiënten eigenlijk niet dát ze hier hulp bij kunnen krijgen, laat staan dat ze weten bij welke hulpverlener ze hiervoor terecht kunnen.

Ook komt uit de interviews duidelijk naar voren dat het verwerkings- en adaptatieproces voor veel patiënten een zeer *langdurig* en *geleidelijk* proces is. Dit is bekend uit eerder onderzoek maar onze resultaten benadrukken de chroniciteit van dit proces. Veel onderzoek is uitgevoerd in het eerste jaar na het CVA [15, 16], terwijl veel van de patiënten die we in dit onderzoek gesproken hebben ook twee jaar na dato nog steeds bezig zijn om zich aan te passen aan hun nieuwe situatie. Gaandeweg lopen ze steeds tegen nieuwe problemen aan, juist ook doordat ze steeds meer gaan doen. Dit heeft tot gevolg dat de behoefte aan nazorg van CVA-patiënten nog *lang* na het doormaken van het CVA blijft bestaan. Sommige patiënten realiseren zich zelfs pas bij nader inzien, soms vele maanden na het CVA, dat ze eigenlijk nazorg hadden willen hebben. Ze hebben spijt dat ze in het begin hulp afgeslagen hebben en zouden graag alsnog de gelegenheid willen krijgen om een beroep te doen op nazorg.

Dat neemt niet weg dat er ook CVA-patiënten zijn die nauwelijks of geen behoefte aan nazorg hebben. Afgezien van de patiënten die nauwelijks zijn aangedaan door het CVA, zijn er ook patiënten die wel degelijk problemen ervaren, maar die zich er tamelijk gemakkelijk bij neerleggen omdat ze denken dat ze horen bij het normale verouderingsproces. Daarnaast zagen we in deze groep een aantal patiënten en mantelzorgers die gewend zijn om hun problemen zelf op te lossen en die dat ook doen met de problemen ten gevolge van het CVA. Deze zelfredzame patiënten en hun partners schakelen familie of kennissen in, of organiseren desgewenst hun eigen fysiotherapie. Zij zijn dus goed in staat om hun eigen hulp(middelen) te organiseren.

Aanbevelingen

De eerste aanbeveling die we kunnen doen is dat het *initiatief* voor de nazorg bij de hulpverlener zou moeten liggen. Met name bij neuropsychologische problemen weten patiënten de juiste hulpverleners niet te vinden terwijl er wel een behoefte bestaat aan begeleiding bij het leren omgaan met deze problemen. Omdat het veel voorkomt dat patiënten zelf geen besef hebben van de neuropsychologische problemen is het hierbij van belang om vooral ook aandacht te hebben voor de problemen die de partner signaleert en ervaart en de partner hierbij te begeleiden. Dat de aanpak van deze problemen van groot belang is wordt benadrukt door

onderzoek waaruit blijkt dat neuropsychiatrische symptomen bij CVA patiënten een negatief effect hebben op hun kwaliteit van leven en ervoor zorgt dat hun mantelzorgers zich zwaar belast voelen [17].

Ten tweede moet nazorg tot *lang* na het CVA toegankelijk blijven voor patiënten. Je zou zelfs beter wat later met nazorg kunnen beginnen, dan er te vroeg mee stoppen. Om de patiënt en zijn naaste goed te kunnen ondersteunen in hun zorgbehoefte, moeten zij zelf aan den lijve hebben kunnen ondervinden tegen welke beperkingen zij in het dagelijks leven oplopen. Om die reden zou nazorg ook *in tweede instantie* toegankelijk moeten zijn voor patiënten die daar in eerste instantie van hebben afgezien, omdat ook bij hen alsnog een behoefte aan nazorg kan ontstaan.

Ons onderzoek bevestigt dat de ervaren problematiek chronisch is en steeds verandert zoals omschreven door Cott et al. [6]. Dit geeft ondersteuning voor het gebruik van een 'chronic disease management model' waarin nazorg steeds afgestemd wordt op de veranderende behoefte van de patiënt. In feite was dit model ook leidend voor het CVA-nazorgloket in Midden-Kennemerland, de regio waar de deelnemers aan dit onderzoek zijn gerekruteerd. Van belang is dat men zich bij de toepassing van het model heel goed bewust is van de individuele verschillen in de behoefte aan nazorg tussen de patiënten. Er zijn patiënten die graag voorbereid worden op wat hen te wachten staat, patiënten die hun handicaps eerst zelf willen ervaren, en patiënten die hun hulp graag zelf willen organiseren. Met name het onderscheid tussen de laatste twee groepen kan lastig zijn. Houdt iemand de zorg af omdat hij zich groot wil houden (de latere spijtoptant) of omdat hij werkelijk geen behoefte heeft aan nazorg (de zelfredzame)? Om binnen het chronic care model maatwerk te kunnen leveren moet men zich met andere woorden rekenschap geven van de onderlinge verschillen tussen patiënten.

Ten slotte valt uit de interviews af te leiden dat CVA-patiënten na terugkeer naar huis behoefte hebben aan nazorg door een hulpverlener die goed op de hoogte is van hun situatie; iemand die weet en begrijpt wat er met hen gebeurd is. Mede op grond van de NHG-standaard 'Beroerte', die stelt dat de huisarts de begeleiding en behandeling van CVA-patiënten in de chronische fase op zich moet nemen [18], lijkt het logisch om bij deze hulpverlener in eerste instantie aan de huisarts te denken. Daarnaast willen CVA-patiënten die een revalidatietraject gevolgd hebben het liefst de mogelijkheid houden om nog eens terug te gaan naar de hulpverlener (bijvoorbeeld revalidatiearts of psycholoog) die hen tijdens dat

traject behandeld heeft. Het verdient dan ook aanbeveling om contact met deze hulpverleners laagdrempeliger mogelijk te maken dan dat nu het geval is.

Concluderend kan gesteld worden dat patiënten die een CVA hebben doorgemaakt *thuis* pas echt geconfronteerd worden met hun beperkingen. De behoefte aan nazorg moet daarom na terugkeer naar huis beoordeeld worden. Dit moet niet te vroeg gebeuren omdat patiënten dan nog te weinig gelegenheid gehad hebben om hun problemen in het dagelijks leven te ervaren en soms nog geen behoefte aan nazorg hebben kunnen ontwikkelen. Anderzijds

moet het niet te laat gebeuren omdat patiënten zich dan ‘in het diepe gegooid’ kunnen voelen. Periodieke beoordeling van de behoefte aan nazorg naast informatie over de toegang tot die nazorg, zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Daarbij is het belangrijk dat het initiatief voor de nazorg bij de hulpverlener ligt, het liefst een hulpverlener die de situatie van de patiënt goed kent. Ten slotte is het van belang dat de nazorg langdurig toegankelijk blijft, ook voor patiënten die er in eerste instantie van afgezien hebben.

Literatuur

- Minkman MMN, Schouten LMT, Huijsman R, Splunteren PT Van. Integrated care for patients with a stroke in the Netherlands: results and experiences from a national Breakthrough Collaborative Improvement project. *Int J Integr Care*. 2005;5:e14.
- Tummers JFMM, Schrijvers AJ, Visser-Meily JMA. Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012;12:1–15.
- Exel NJA Van, Koopmanschap MA, Scholte op Reimer W, Niessen LW, Huijsman R. Cost effectiveness of integrated stroke services. *QJ Med*. 2005;98:415–25.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn ‘Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte’. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008.
- Weerd L De, Rutgers WAF, Groenier KH, Meer K Van der. Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice- recommendations for quality aftercare. *BMC Neurol* 2011;11:42.
- Cott CA, Wiles R, Devitt R. Continuity, transition and participation: preparing clients for life in the community post-stroke. *Disabil Rehabil*. 2007;29:1566–74.
- Murray J, Young J, Forster A, Ashworth R. Developing a primary care-based stroke model: the prevalence of longer-term problems experienced by patients and carers. *Br J Gen Pract*. 2003;53:803–7.
- Talbot LR, Viscogliosi C, Desrosiers J, Vincent C, Rousseau J, Robichaud L. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:53.
- Glaser BG, Strauss AI. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
- Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disabil Rehabil*. 2009;31:61–72.
- Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2011;85:14–25.
- Voogdt-Pruis H, Benjaminsen S, Limburg M. Patiëntenperspectief op CVA zorg. Ervaringen en wensen van patiënten en naasten. Maastricht: Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012. p. 48.
- Dalemans R. Patiëntenperspectief op CVA zorg bij afasie: ervaringen van patiënten en naasten. Maastricht: Kennisnetwerk CVA Nederland, 2011. p. 20.
- Greenwood N, Mackenzie A. Informal caring for stroke survivors: meta-ethnographic review of qualitative literature. *Maturitas*. 2010;66:268–76.
- Dewan B, Skrypak M, Moore J, Wainscoat R. A service evaluation of the feasibility of a community based consultant and stroke navigator review of health and social care needs in stroke survivors 6 weeks after hospital discharge. *Clin Med*. 2014;14:134–40.
- Murray J, Young J, Forster A, Herbert G, Ashworth R. Feasibility study of a primary care-based model for stroke aftercare. *Br J Gen Pract*. 2006;56:775–80.
- Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RTCM. Determinants of geriatric patients’ quality of life after stroke rehabilitation. *Aging Ment Health*. 2014;18:980–5.
- Beusmans GHMI, Noortwijk-Bonga HGC Van, Risseuw NJ, Tjon-A-Tsien MRS, Verstappen WHJM, Burgers JS, Wiersma Tj, Verburg AFE. NHG-Standaard Beroerte. *Huisarts Wet*. 2013;56:626–38.

Presentaties van polymyalgia rheumatica bij oudere patienten

Rianne Lindeboom · Sophia E.J.A. de Rooij ·
Barbara C. van Munster

Samenvatting

Bij de (zeer) oude patiënt is polymyalgia rheumatica (PMR) door de comorbiditeit niet altijd eenvoudig en tijdig te herkennen. Door drie casus te beschrijven, laten we zien dat de diagnose PMR overwogen dient te worden bij een combinatie van symptomen die net anders zijn dan die passend bij de comorbiditeit van patiënt. PMR is een invaliderende aandoening die goed te behandelen is met prednison. *Doctors delay* staat tijdige en adequate behandeling vaak in de weg bij deze patiëntencategorie. Door tijdige en adequate behandeling kan worden voorkomen dat patiënten bijwerkingen van pijnstilling ontwikkelen en mobiliteitsverlies oplopen.

Trefwoorden Polymyalgia rheumatica · Ouderen · Comorbiditeit

Manifestations of polymyalgia rheumatica in elderly

Abstract

In particular in (very) old patients other comorbidities may cover symptoms evoked by polymyalgia rheumatica (PMR). By describing three different patients we show that the diagnosis PMR should be considered in the elderly when symptoms are atypical for those belonging to the comorbidity. PMR is an invalidating disease that rapidly reacts to prednisone. Doctors delay results in a later start with adequate treatment. Side effects of pain medication and loss of mobility can be prevented by starting early with adequate treatment.

R. Lindeboom (✉)
Geriatric Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn, thans AIOS Geriatrie
Catharina Ziekenhuis Eindhoven,
Apeldoorn, Nederland
e-mail: rianne.lindeboom@cze.nl

S. E.J.A. de Rooij
Hoofd afdeling Geriatrie- Ouderengeneeskunde AMC
Amsterdam, Internist-ouderengeneeskunde en klinisch geriater,
Amsterdam, Nederland

B. C. van Munster
Afdeling Geriatrie, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, Tevens postdoc
afdeling Geriatrie-Ouderengeneeskunde AMC Amsterdam,
Internist ouderengeneeskunde & klinisch geriater,
Apeldoorn, Nederland

DOI: 10.1007/s12439-015-0140-6
Published Online: 2 June 2015

Keywords Polymyalgia rheumatica · Elderly · Comorbidity

Inleiding

Doorgaans wordt er van polymyalgia rheumatica (PMR) gesproken als er sprake is van de volgende criteria: leeftijd van vijftig jaar of ouder, ten minste twee weken bilaterale pijn aan schouder- en/of heupgordel, ochtendstijfheid, BSE groter dan 40 mm/uur, verhoogde CRP en een snelle respons op prednisolon [1]. Deze criteria komen in steeds wisselende combinaties voor en betreffen bovendien kenmerken die frequent voorkomen bij ouderen ten gevolge van andere aandoeningen. In deze klinische les presenteren wij daarom drie oudere patiënten bij wie de symptomen van PMR niet direct herkend werden waardoor effectieve behandeling op zich liet wachten.

Casuïstiek

Patiënt A, een 91-jarige man, werd door de neuroloog doorverwezen naar de polikliniek geriatrie voor diagnostiek bij een progressieve loopstoornis en mentale traagheid, onvoldoende verklaard door een recent doorgemaakt lacunair herseninfarct. Op de polikliniek geriatrie vertelde patiënt zelf het meest last te hebben van pijn in de schouder en bovenarmen. De linker schouder was hierbij pijnlijker dan de rechter. De pijn was vooral in de ochtend aanwezig en verminderde na bewegen. Het was een scherpe, stekende pijn zonder tintelingen. Verspreid over de dag bestond er verminderde kracht en minder vermogen tot het sturen van de handen. Lopen en prater was trager geworden. De daginvulling was minder dan voorheen, en patiënt vertoonde initiatiefverlies. Zijn stemming was vaak somber en patiënt voelde zich steeds eenzamer.

Bij lichamelijk onderzoek viel met name op dat hij met veel moeite en met gebruik van beide handen vertraagd uit zijn stoel omhoog kwam en met kleine pasjes liep. Bij het psychiatrisch onderzoek was onder meer het affect wat vlak en reageerde patiënt traag. Initieel werd gestart met fysiotherapie omdat de verminderde mobiliteit werd toegeschreven aan deconditionering: een neerwaartse spiraal ten gevolge van pijn aan meerdere gewrichten waardoor hij steeds minder ging bewegen. De voorgeschreven pijnstillers paracetamol en diclofenac hadden onvoldoende effect op de pijn in de bovenarmen en schouder. Omdat differentiaal diagnostisch artrose in het schoudergewricht werd overwogen, werd vervolgens een röntgenfoto van de schouder

gemaakt. Hierop werden geen afwijkingen gezien. Oxycodon werd toegevoegd aan de medicatie, maar de pijn nam niet af en patiënt ontwikkelde toenemende slaperigheid overdag.

Vervolgens werd PMR overwogen omdat er geen andere verklaring voor de klachten resteerde. Hiertoe werd een BSE bepaald, welke 24 mm/uur bleek te zijn. Op proef werd toch besloten te starten met 20 mg prednison. Reeds na enkele dagen is de pijn in de schouder en bovenarmen zodanig afgezaakt dat de pijnmedicatie geheel kon worden gestopt waarna de prednison weer langzaam werd afgebouwd. Het gehele diagnostische traject had vier maanden in beslag genomen.

Patiënt B, een 70-jarige vrouw, was sinds drie jaar bekend met pijn aan beide knieën, rechts meer dan links op basis van gonartrose, pijn in beide heupen ten gevolge van coxartrose en in de rug bij forse facetartose allen bevestigd middels röntgendiagnostiek. Vanwege de klachten toegeschreven aan degeneratieve afwijkingen werd door de geraadpleegde orthofoon paracetamol in combinatie met oefentherapie geadviseerd.

Sinds drie maanden bezocht patiënte vervolgens zeer frequent de huisarts met hevige pijn, vooral in het rechterbeen doortrekkend naar de rechter knie. Inmiddels gebruikte patiënte ook oxycodon en diazepam waarvan onvoldoende effect. De orthofoon onderzocht hierop patiënte opnieuw en vond geen andere verklaring voor de klachten waarop patiënte terug werd verwezen naar de huisarts. De huisarts verwees patiënte naar de polikliniek geriatrie voor verdere evaluatie waarbij werd opgemerkt dat er mogelijk ook een depressie bestond.

Anamnestic waren de hevige klachten drie maanden geleden begonnen met pijn in de rechter knie uitbreidend naar de heupen en bovenbenen. Ook bestond pijn aan de schouder en handen en waren haar handen en voeten wisselend opgezet. Haar eetlust was slecht en in anderhalve maand was patiënte ongeveer zeven kilogram afgevallen. Patiënte had sinds de klachten volledig de hulp van haar man nodig bij aan- en uitkleden en was somber en uitte zich wanhopig. Bij lichamelijk onderzoek was er bij palpatie drukpijn in de schouder- en heupgordel. De armen kon patiënte niet boven het hoofd heffen vanwege de pijn en de beperkte kracht. Patiënte had zelfs zoveel pijn dat ze niet zelfstandig op de onderzoeksbank kon komen.

Uit aanvullend bloedonderzoek bleek een verhoogde BSE van 77 mm/uur waarna er werd gestart met 20 mg prednison. Een week later kwam patiënte voor controle op het spreekuur en toen ging het aanzienlijk beter met haar.

Ze gebruikte geen opiaten meer en hooguit een slaaptablet voor de nachtrust. Haar ADL-activiteiten kon zij met minder hulp uitvoeren. Zij reed inmiddels weer zelfstandig auto en had een BSE van 5 mm/uur. Het gehele diagnostische traject had drie maanden in beslag genomen.

Patiënt C is een 81-jarige vrouw die opgenomen werd op de afdeling geriatrie vanwege progressieve algehele malaise. Bij opname gaf patiënte aan zich erg moe te voelen. De eetlust was slecht, waardoor gewichtsverlies. Patiënte had al jaren depressieve klachten, maar sinds een maand was er volgens haar duidelijk iets veranderd. Alles deed pijn en ze voelde zich initiatiefloos en angstig. Bij het lichamelijk onderzoek werden er behoudens een traagheid geen afwijkingen gevonden. Er waren geen bewegingsbeperkingen. Bij het psychiatrisch onderzoek werd een apathische en trage vrouw gezien met een sombere stemming en een vlak affect. Bloedonderzoek gaf een BSE van 47 mm/uur, een normocytair anemie en leverenzymstoornissen. Gezien het gewichtsverlies en het ontbreken van specifieke symptomen werd in eerste instantie aanvullend onderzoek ingezet ter uitsluiting van een maligniteit. CT-hersenen, X-thorax en een echo abdomen lieten geen afwijkingen zien. Vanwege de verhoogde BSE ontstond de verdenking PMR en werd zes dagen na opname met 15 mg prednisolon gestart. Binnen twee dagen namen de klachten van patiënte af en verbeterden de BSE en normaliseerden de leverenzymen. Het gehele diagnostische traject had twee maanden in beslag genomen.

Beschouwing

De incidentie van PMR neemt toe met de leeftijd en meestal manifesteert het zich pas na het zeventigste jaar [2]. Bij de vijftigplussers ligt de incidentie rond vijftig patiënten per 100.000 per jaar [3]. De aandoening komt twee tot drie keer vaker bij vrouwen dan bij mannen voor en in Noord-Europais de incidentie van PMR het hoogst [4]. PMR kan samen voorkomen met arteriitis temporalis, waarbij hoofdpijn op de voorgrond kan staan. Snelle diagnostiek en behandeling zijn dan essentieel vanwege op de kans op complicaties zoals blindheid. De combinatie leeftijd boven de vijftig jaar, bilaterale schouderpijn en verhoogde ontstekingswaarden hebben een sensitiviteit van 68% en een specificiteit van 78% voor PMR [5]. PMR is een klinische exclusiediagnose, maar met een echo, MRI of PET-CT kunnen afwijkingen gezien worden die in de richting wijzen van een PMR. Meestal wordt een bursitis

van de schouders, heupen of rug gezien [6]. De behandeling van PMR bestaat uit dagelijks 15–20 mg orale glucocorticoïden. Na vier weken kan deze dosering langzaam worden afgebouwd door iedere twee tot vier weken de dagdosering met 2,5 mg te verminderen tot een dosering van 10 mg is bereikt. Daarna kan de dagdosering iedere vier tot zes weken met een milligram per dag worden verminderd. Een geleidelijke afbouw geeft de minste kans op een terugval [3]. De prognose van PMR is in het algemeen goed. Bij ongeveer de helft van de patiënten met PMR kan de behandeling na één jaar worden gestopt en ongeveer een derde heeft langer dan twee jaar behandeling nodig [7]. Ongeveer 10% van de patiënten laat binnen tien jaar na het voltooien van de behandeling een recidief zien [8].

Bij alle beschreven patiënten werd in eerste instantie niet gedacht aan PMR, dit leverde een vertraging in diagnostiek en behandeling op. Met name bij de oudere patiënt is er vaak sprake van comorbiditeit waardoor de symptomen van PMR in combinatie met de symptomen van andere aandoeningen moeilijker te herkennen zijn. Doordat bij patiënt A de klachten deels te verklaren waren door het doorgemaakte herseninfarct, werd PMR niet als eerste diagnose overwogen. In het geval van patiënt B werden door de al langer bestaande gonartrose de klachten passend bij PMR niet meteen herkend. Patiënt A gebruikte op het moment dat na vier maanden de diagnose werd gesteld, diverse soorten pijnstilling zonder dat dit vermindering van de pijnklachten opleverde.

Aanvullend laboratorium onderzoek is lang niet altijd bijdragend in het stellen van de diagnose. Meestal is de bezinking verhoogd, maar ook zonder verhoogde bezinking, zoals bij patiënt A, kan er sprake zijn van PMR. In verschillende studies werd bij 6 tot 20% van de patiënten met PMR een normale BSE gevonden [9].

Bij patiënt C waren de klachten dermate atypisch dat slechts door een verhoogde BSE aan PMR werd gedacht. Patiënte had eerder depressieve episoden doorgemaakt en haar huidige klachten pasten binnen die context. Depressieve klachten kunnen ook bestaan in het kader van een PMR [10].

Conclusie

PMR presenteert zich in wisselende combinaties van de criteria en symptomen. Bij de (zeer) oude patiënt is PMR door de frequent optredende comorbiditeit niet altijd eenvoudig en tijdig te herkennen. Soms zijn de symptomen zo algemeen,

dat slechts een verhoogde bezinking in de richting van een PMR doet denken. Bij vage, algemene klachten is het als eerste stap aan te raden om de comorbiditeit opnieuw in kaart te brengen, en te kijken of progressie dan wel een recidief van eerder ziekte een waarschijnlijke verklaring vormt. Bij een combinatie van symptomen die net anders zijn dan die passend bij de comorbiditeit van de patiënt is het verstandig om in een vroeg stadium PMR als diagnose te overwegen. Wanneer PMR differentiaal diagnostisch wordt overwogen kan het zinvol zijn afhankelijk van

prognose en noodzakelijke diagnostiek voor de comorbiditeit als eerste pragmatische stap een proefbehandeling met prednison te starten. PMR is voor ouderen een invaliderende aandoening die goed te behandelen is met prednison, vaak treedt een spectaculaire verbetering binnen één tot twee dagen op. *Doctors delay* staat tijdige en adequate behandeling in de weg. Door een tijdige en adequate behandeling kan worden voorkomen dat bij deze patiëntengroep overbodige diagnostiek verricht wordt en bijwerkingen van pijnstilling en mobiliteitsverlies optreden.

Literatuur

1. Dasgupta B, Salvarani C, Schirmer M, et al. Developing classification criteria for polymyalgia rheumatica: comparison of views from an expert panel and wider survey. *J Rheumatol.* 2008;35:270–7.
2. Gonzalez-Gay MA, Vazquez-Rodriguez TR, Lopez-Diaz MJ, et al. Epidemiology of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum.* 2009;61:1454–61.
3. Vos PAJM, Bijlsma JWJ, Derksen RHWM. Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149:1932–7.
4. Cimmino MA, Zaccaria A. Epidemiology of polymyalgia rheumatica. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18:9–11.
5. Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, et al. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2012;64:943–54.
6. Wlazlo N, Bravenboer B, Pijpers R, Rijk MC de. Lage rugpijn en MRI-afwijkingen: atypische polymyalgia rheumatica. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;155:A2300.
7. Folmer H. Farmacotherapeutische richtlijn Polymyalgia rheumatica. *Huisarts Wet.* 2007;1:20–2.
8. Kremers HM, Reinalda MS, Crowson CS, Zinsmeister AR, Hunder GG, Gabriel SE. Relapse in a population based cohort of patients with polymyalgia rheumatica. *J Rheumatol.* 2005;32:65–73.
9. Kermani TA, Warrington KJ. Polymyalgia rheumatica. *Lancet.* 2013;381:63–72.
10. Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS, Mowat AG, Wood PH. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis.* 1979;38:434–9.

Recente onderzoeksliteratuur

Wat betekent verpleeghuisopname van een naaste met dementie voor de mantelzorg?

Mausbach BT, Chattillion EA, Ho J, Flynn LM, Tiznado D, Von Känel R, Patterson TL, Grant I (2014) *Why does placement of persons with Alzheimer's disease into long-term care improve caregivers' well-being? Examination of psychological mediators.* *Psychol Aging* 29:776–786

Conclusie van het artikel

Depressiesymptomen van mantelzorgers nemen af nadat hun naaste is verhuisd naar een zorginstelling. Verbetering van de stemming hangt nauw samen met hervatting van vroegere sociale activiteiten en hobby's, en met een toegenomen gevoel weer baas te zijn over het eigen leven.

Bespreking van de studie

In een longitudinaal onderzoek werden 126 mantelzorgers die thuis zorgden voor hun partner met dementie, jaarlijks geïnterviewd, gedurende vijf jaar. Tussen het tweede en het derde jaar verhuisden 15 patiënten naar een verpleeghuis, en tussen het derde en het laatste jaar van het onderzoek nog eens 29, zodat in totaal 44 mantelzorgers (71% vrouw; gemiddeld 74 jaar) de dagelijkse zorg voor hun naaste hadden overgedragen aan een verpleeghuis. Eventuele symptomen van depressie werden vastgesteld met de 10-itemversie van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Naast vragen over subjectieve gezondheid, ervaren netwerksteun, gebruik van medicatie of psychotherapie, ernst van dementie en moeilijk hanteerbaar gedrag van de zorgvra-

ger, vulden de deelnemers een Activity Restriction Scale (9 items) en een Personal Mastery Scale (7 items) in. Met een multilevel, mixed regressiemodel onderzochten de auteurs het directe verband tussen verhuizing van de zorgvragende naar een instelling en verandering van de CES-D score bij de mantelzorgers. Naast enkele contextvariabelen (leeftijd, gender, duur van de mantelzorg) werden de andere hierboven genoemde variabelen ingevoerd in een analysemodel met verhuizing naar een verpleeghuis als onafhankelijke variabele en veranderingen in stemming als uitkomstvariabele, waarbij veranderingen in sociale activiteiten en ervaren persoonlijke controle als mediërende variabelen werd ingevoerd.

Resultaten

De 44 mantelzorgers van wie de partner in de loop van het onderzoek verhuisde naar een verpleeghuis lieten nadien, en in vergelijking met de 82 mantelzorgers die hun naaste thuis bleven verzorgen, een duidelijke afname van depressiesymptomen zien. De stemming verbeterde vooral bij mantelzorgers die na de opname van hun naaste hun normale activiteitenpatroon weer konden oppakken, zoals contact opnemen met vrienden en ontspannende activiteiten hervinden. Wanneer bovendien het gevoel terugkwam om weer enige controle te krijgen over het eigen leven, was dat eveneens bevorderlijk voor een betere stemming.

Commentaar

Mantelzorg voor een hulpbehoevende partner heeft ingrijpende en langdurige gevolgen voor het privéleven. Veertig procent van de mantelzorgers in het hier besproken onderzoek vertoonde symptomen van depressie. Het is geen uitgemakte zaak dat depressiesymptomen verminderen wanneer de zorgvragende partner naar een zorginstelling verhuist. Het ziet ernaar uit dat mantelzorgers die hun vroegere activiteiten en hobby's kunnen hervatten, en die zich weer wat meer meester voelen van de situatie, een stemmingsverbetering ervaren. Voor anderen blijft de stemming gedrukt, ook nadat hun naaste het

huis verlaten heeft. De hulpverlening is in het algemeen niet goed ingesteld op deze problematiek. Er zou veel meer gedaan kunnen worden met de resultaten van onderzoek. Er zijn tal van interventies ontwikkeld om mantelzorgers te leren omgaan met gevoelens van depressiviteit en agressie, hen beter toe te rusten voor de verzorging van mensen met dementie en hen te helpen zo goed mogelijk voor zichzelf te blijven zorgen. Psychologische interventies voor mantelzorgers verdienen dan ook een vaste plaats in het behandel aanbod van centra voor dagbehandeling en verpleeghuizen.

Han Diesfeldt

Signalementen

Naar een beter onderscheid tussen verschillende vormen van dementie

De ziekte van Alzheimer (AD) en de gedragsvariant van FrontoTemporale Dementie (bvFTD) zijn de twee meest voorkomende vormen van dementie op jonge leeftijd. Het sluipende begin van de ziektes en de overlap van symptomen staan een vroege en accurate diagnose in de weg. Klinisch neuropsycholoog *Christiane Möller*, 31 jr., paste geavanceerde beeldanalysetechnieken toe op MRI-scans van dementiepatiënten in een vroeg stadium van de ziekte om hersenschades te meten die met het blote oog niet zichtbaar zijn. Het bleek dat het meten van de beschadigingen van de witte stof banen (de verbindingen tussen de neuronen in de hersenen) belangrijk is voor het onderscheid tussen AD en bvFTD en meer inzicht geeft in de onderliggende pathologische processen die een rol spelen bij deze ziektes. Het grote voordeel is dat afwijkingen in de witte stof, gemeten met de nieuwe beeldvormingstechniek DTI (Diffusion Tensor Imaging), al vroeg in het ziekteproces zichtbaar zijn en daarom het beginpunt van een ziekte kunnen tonen en een vroeg onderscheid van ziektes kan ondersteunen voor groepen van patiënten. Vooral de witte stof was duidelijk meer beschadigd in bvFTD, met name in de frontale gebieden. Helaas zijn DTI-scans nog geen onderdeel van het standaard MRI-protocol in de meeste ziekenhuizen en vergen de analyses veel expertise en precisie. De toepasbaarheid op de individuele patiënt is ook nog een probleem, maar de eerste stappen zijn gezet. Voor de toekomst is het belangrijk om MRI-evaluatiemethodes te ontwikkelen, die in de dagelijkse praktijk en voor de individuele patiënt kunnen worden toegepast. Hiermee kan het diagnostisch proces versneld en nauwkeuriger worden zodat er tijdig adequate zorg en in de toekomst hopelijk ook medicatie kan worden gegeven.

Proefschrift *Imaging patterns of tissue destruction. Towards a better discrimination between types of dementia*, Vrije Universiteit Amsterdam, 1 mei 2015, 206 p, ISBN 978 94 6108 948 9. Promotores waren prof. dr. Ph. Scheltens en prof. dr. F. Barkhof.

Genetische achtergrond voor het ontwikkelen van Type 2 diabetes deels ontrafeld

Type 2 diabetes (T2D) komt wereldwijd voor bij 340 miljoen mensen (8% van de wereldbevolking). Landen met een laag of gemiddeld inkomen dragen voor meer dan 80% bij aan de sterfte door T2D. Het is inmiddels duidelijk dat genetische factoren een rol spelen omdat T2D drie-en-een-half keer vaker voorkomt bij mensen met een eerstegraads verwant met T2D.

Naast de genetische aanleg is er bij het ontstaan en de progressie van de diabetes een grote rol weggelegd voor leefstijl en omgevingsfactoren. Een slecht voedingspatroon en te weinig beweging dragen in hoge mate bij tot de kans om T2D te ontwikkelen. Daarmee is T2D een uitstekend voorbeeld van een veel voorkomende complexe aandoening waarbij meerdere genen zijn betrokken. Om in kaart te brengen om welke genetische variaties het precies gaat, werden verschillende, grote genoom-wijde associatiestudies (GWAS studies) uitgevoerd.

Biochemicus *Mike Erdos*, 59 jr., beschrijft zulke GWAS studies in zijn proefschrift. Het gaat hierbij steeds vaker om internationale samenwerkingsverbanden. Door acht studies samen te voegen, ontstond een ongekend groot cohort van 34.412 diabetespatiënten en 59.925 gezonde proefpersonen. Op basis van deze cohort wisten de promovendus en zijn medeonderzoekers maar liefst twaalf 'loci' te identificeren, genetische variaties die samenhangen met een hoger risico op het krijgen van T2D. Mike Erdos pleit voor een meer integratieve benadering in vervolgonderzoek, waarbij niet alleen wordt gekeken naar genetica, maar ook naar genoomstructuur en genexpressie. Zo'n studie wordt momenteel uitgevoerd in Finland.

Proefschrift *Genetic Etiology of Type 2 Diabetes. From Gene Identification to Functional Genomics*, Rijksuniversiteit Groningen, 18 maart 2015, 182 p, ISBN 978 90 3677 596 0. Promotores waren prof. dr. T.N. Wilmenga, prof. dr. M.H. Hofker en prof. F.S Collins.

De rol van de biologische klok in geheugenprocessen bij veroudering

Veel klinische studies hebben een direct verband aangetoond tussen abnormale circadiane klokfuncties, dat wil zeggen verstoring van het 24-uurs ritme, veroudering en de ernst van neurodegeneratieve aandoeningen.

Biomedisch wetenschapper *Kees Mulder*, 32 jr., deed verrassende ontdekkingen over de rol van de biologische klok bij het geheugen voor tijd en plaats (het Tijd Plaats Leren, TPL) dat zeer gevoelig is voor de effecten van veroudering en neurodegeneratieve aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer. Uit verschillende experimenten met muizen bleek dat op middelbare leeftijd (17 maanden) de meeste muizen niet meer in staat zijn om TPL te verwerven, hoewel sommige toch goed presteren door een alternatieve, ordinale strategie (aangeleerde volgorde van juiste handelingen) toe te passen. Deze strategie is niet afhankelijk van het circadiane systeem en vermoedelijk ook minder cognitief belastend dan de circadiane strategie (cTPL). Kennelijk is op deze leeftijd zowel het circadiane systeem als het cognitief vermogen zo verslechterd dat de dieren niet meer in staat zijn tot TPL. Opvallend is dat muizen die van jongs af aan getraind zijn in cTPL, de circadiane strategie cTPL wel aanhielden, tot op de oude leeftijd van 22 maanden. Dit toont de positieve effecten van cognitieve training van de betrokken hersensystemen. Op de leeftijd van 22 maanden lieten de muizen echter cTPL gebreken zien in de vorm van rigide/ingesleten TPL geheugen, waarvan de tijdscomponent niet meer aangepast leek te kunnen worden.

Samengenomen tonen deze resultaten de positieve effecten van herhaalde cognitieve training en werpen ze een nieuw licht op het verlies van plasticiteit bij veroudering op het gebied van het (episodisch) geheugen. Misschien nog belangrijker is dat de leeftijdsgevoeligheid van TPL kon worden aangetoond. Daarmee heeft TPL de potentie van diermodel voor episodisch geheugen en veroudering. Hiermee kan dan de effectiviteit van interventies die de nadelige effecten van veroudering en episodisch geheugen gerelateerde ziekten zoals alzheimer kunnen verbeteren, worden getest. Proefschrift *Time-Place learning. Consequences of circadian system perturbations and aging*, Rijksuniversiteit Groningen, 17 april 2015, ISBN 978 90 3677 739 1. Promotores prof. dr. E.A. van der Zee en prof. dr. M.P. Gerkema.

Zorg of preventie op maat voor ouderen dankzij goede meetinstrumenten

Twee meetinstrumenten, de Groningen Frailty Indicator (GFI) en de INTERMED Elderly Self Assessment (IM-E-SA), blijken nauwkeurig te kunnen vaststellen welke ouderen kwetsbaar zijn en of zij complexe (zorg)behoefte hebben. Ook kunnen beide meetinstrumenten zorgkosten in het daaropvolgend jaar accuraat voorspellen. Een

andere conclusie uit het promotieonderzoek van gezondheidswetenschapper *Lilian Peters*, 35 jr., is dat ouderen die in het daaropvolgend jaar overleden driemaal hogere zorgkosten hebben gemaakt dan ouderen die in leven bleven.

Om in te kunnen schatten welke groepen ouderen het meest kwetsbaar zijn en de meeste zorg nodig zullen hebben, werken zorgverleners in Nederland met vragenlijsten die ouderen zelf invullen, zoals de GFI voor kwetsbaarheid en de IM-E-SA voor zorgcomplexiteit. Lilian Peters ging na hoe bruikbaar en betrouwbaar deze vragenlijsten zijn in de praktijk. In een groep van 353 ouderen waren 296 ouderen (84%) in staat om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. Uit het Lifelines onderzoek onder bijna 6000 ouderen bleek vervolgens dat de hoogste GFI-scores werden gevonden voor de alleroudsten, alleenstaanden, ouderen die in een zorginstelling wonen en ouderen met meerdere ziekten en aandoeningen. De conclusie is verder dat beide vragenlijsten meten wat ze behoren te meten.

In het tweede deel van haar onderzoek ontwikkelde Lilian Peters een voorspellingsmodel op basis van kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en andere individuele kenmerken. Deze modellen bleken in 40% van de gevallen in staat om zorgkosten nauwkeurig in te schatten, de helft daarvan kon ook met de GFI of IM-E-SA worden voorspeld. De nieuwe predictiemodellen laten een aanzienlijke verbetering zien ten opzichte van andere voorspellingsmodellen. Minstens zo opvallend is dat de kwetsbaarheidsscore GFI accuraat AWBZ-zorgkosten kan voorspellen en de zorgcomplexiteitsscore IM-E-SA de ziektekosten onder de zorgverzekeringswet. De inzichten uit dit onderzoek kunnen beleidsmakers, ziekenhuizen, zorgverleners en zorgverzekeraars helpen om de juiste zorg in te kopen en te leveren.

Proefschrift *Towards tailored elderly care with self-assessment measures of frailty and case complexity*, Rijksuniversiteit Groningen, 15 april 2015, 191 p, ISBN 978 90 3677 712 4. Promotores waren prof. dr. E. Buskens en prof. dr. J.P.J. Slaets.

Het patiëntperspectief bij de benefit-risk evaluatie van medicijngebruik

Artsen schrijven in mindere mate (extra) medicijnen voor in de oudere populatie dan bij jongeren. Dit behoudende voorschrijfgedrag weerspiegelt mogelijk de bezorgdheid over de noodzaak van intensieve medicatiebehandeling van ouderen, evenals een geringere bereidheid van oudere patiënten om extra medicijnen te gebruiken. Gezondheidspsycholoog *Sieta de Vries*, 29 jr., deed in haar

promotieonderzoek een *discrete choice experiment*, waarin patiënten zich moesten voorstellen dat hun bloeddruk onvoldoende was gereguleerd. Het ging om 151 patiënten met diabetes type 2, die in ieder geval al een oraal glucoseverlagend en een bloeddrukverlagend medicijn gebruikten en een vragenlijst invulden. Het aantal patiënten dat bereid was een bloeddrukverlagend medicijn toe te voegen was significant lager bij oudere patiënten.

Verschillen patiënten in hun voorkeur voor een bepaalde behandeling? En wat gebeurt er nadat een patiënt een bepaald medicijn mee naar huis heeft gekregen? Artsen en andere zorgverleners zouden het graag willen weten om er bij het voorschrijven van medicijnen rekening mee te houden. Zo gebruiken patiënten medicijnen soms anders dan de dokter voorschrijft en rapporteren ze bijwerkingen vaak niet. Om patiëntervaringen over bijwerkingen te kunnen meten, ontwikkelde Sieta de Vries een vragenlijst die ze na onderzoek in de praktijk aanpaste tot een begrijpelijke en volledige lijst. De lijst bevat 252 bijwerkingen verdeeld over 16 lichaamscategorieën (bijvoorbeeld hart en longen, maar ook duizeligheid en zweeten). Van de 135 patiënten vond 75% de (digitale) vragenlijst eenvoudig om in te vullen. De Vries concludeert dat de lijst goed te gebruiken is om bijwerkingen op algemeen niveau vast te stellen, maar dat deze nog verder moet worden verfijnd om alle door patiënten ervaren bijwerkingen op te sporen. Zij doet suggesties hoe dat verfijnen volgens haar kan gebeuren.

Proefschrift *Patient perspectives in the benefit-risk evaluation of drugs*, Rijksuniversiteit Groningen, 22 april 2015, 249 p, ISBN 978 90 3677 683. Promotoren waren prof. dr. P. Denig, prof. dr. F.M. Haaijer-Ruskamp en prof. dr. D. de Zeeuw.

Het Geriatrisch Zorgmodel als interventie bij kwetsbaarheid nog weinig effectief

Om in te spelen op de toenemende zorgvraag van kwetsbare ouderen heeft het ministerie van VWS het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) opgezet. Het proefschrift van epidemioloog/socioloog *Emiel Hoogendijk*, 31 jr., is geschreven als onderdeel van een groot onderzoeksproject binnen het NPO en draagt bij aan het onderzoek naar risicofactoren, meetinstrumenten en interventies bij kwetsbaarheid. In het bijzonder doet hij onderzoek naar de effectiviteit van het Geriatrisch Zorgmodel, een programma om de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen te verbeteren. Het programma bestond uit huisbezoeken, het systematisch in kaart brengen van gezondheids-

risico's en gepersonaliseerde zorgplannen. Praktijkverpleegkundigen werkten nauw samen met huisartsen en werden begeleid en getraind door geriatrische expert teams.

In deze studie worden geen effecten van het Geriatrisch Zorgmodel gevonden op de primaire uitkomstmaat kwaliteit van leven en op de meeste secundaire uitkomstmaten: gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, ADL-beperkingen, psychologisch welbevinden, zelf gerapporteerde gezondheid, sociaal functioneren en ziekenhuisopnames. Een klein effect op de iADL (instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven) beperkingen werd gevonden: Ouderen die de interventie gedurende 18 maanden ontvingen, vertoonden meer functiebehoud van alledaagse activiteiten, vooral bij bepaalde subgroepen zoals alleenstaande ouderen en tachtigplussers. Grootchalig invoeren van gepersonaliseerde zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk is dus nog niet aan de orde. Proefschrift *The challenge of frailty in older adults. Risk factors, assessment instruments and comprehensive community care*, Vrije Universiteit Amsterdam, 21 april 2015, 186 p, ISBN 978 94 6299 015 9. Promotoren waren prof. dr. H.E. van der Horst en prof. dr. D.J.H. Deeg.

Valrisico correct in te schatten door het meten van lopen in het dagelijks leven

In het laboratorium is al eerder aangetoond dat de manier van lopen van ouderen van invloed is op hun kans om te vallen. Daarom heeft bewegingswetenschapper *Sietse Rispen* onderzocht of de manier van lopen ook in het dagelijks leven kan worden gekarakteriseerd en of deze informatie bevat over het valrisico. Met een bewegingsmeter werden de loopkenmerken zoals snelheid, regelmatigheid, symmetrie en stabiliteit een week lang gemeten. Het blijkt dat op deze manier de loopkenmerken goed kunnen worden bepaald en dat er een betere inschatting van het valrisico kan worden gemaakt. Een goede bepaling van het valrisico bij ouderen kan helpen bij het aanbieden van meer gerichte preventieve maatregelen. Eerder onderzoek naar bewegen bij ouderen toonde aan dat de kwaliteit van lopen samenhangt met gezondheid, leeftijd en het risico te vallen. Zulk onderzoek was echter nog niet buiten de kliniek of het laboratorium gedaan.

Ruim tweehonderd ouderen droegen een week lang een bewegingsmeter om het valrisico te bepalen. Daarnaast hielden zij een half jaar via een vragenlijst bij hoe vaak ze waren gevallen. Loopkenmerken van het dagelijks leven zoals snelheid

en stabiliteit bleken samen te hangen met vallen. De bevindingen van dit onderzoek kunnen nu in een nieuw instrument worden gebruikt om het valrisico van ouderen te schatten op basis van hun bewegingen in het dagelijks leven. Hierdoor worden professionals in de zorg ondersteund bij het meer gericht kunnen aanbieden van valpreventie.

Om te weten of en hoe de kwaliteit van lopen in het dagelijks leven goed kan worden bepaald, keek Rispens met wiskundige simulaties of de methoden voor het bepalen van de stabiliteit van lopen correcte schattingen gaven. Vervolgens onderzocht hij het effect van mogelijk verschuiven of verkeerd plaatsen van de bewegingsmeter door de ouderen. Dit vond plaats door de loopkenmerken te vergelijken die waren geschat met metingen op verschillende plaatsen op de romp. Voor het toetsen van de betrouwbaarheid van de schattingen van deze loopkenmerken vergeleek Rispens de schattingen van een groep ouderen tussen twee verschillende weken waarin zij de bewegingsmeter droegen.

Proefschrift *A walk on the wild side. Fall-risk assessment from daily-life gait*, Vrije Universiteit Amsterdam, 27 mei 2015, 143 p. Promotores waren prof. dr. J.H. van Dieën en prof. dr. P.J. Beek.

Grote Europese subsidies voor onderzoek ouderengeneeskunde VUmc

De Europese Commissie heeft via het programma *Horizon 2020* grote subsidies toegekend aan twee VUmc-onderzoeksprojecten binnen de ouderengeneeskunde. Het eerste onderzoek gaat over de effectiviteit en veiligheid van een goedkoop middel tegen reumatoïde artritis. Het tweede project richt zich op geïntegreerde zorg voor oudere patiënten met meerdere kwalen die nog thuis wonen.

Prof. dr. Maarten Boers, reumatoloog en hoogleraar klinische epidemiologie bij VUmc, krijgt zes miljoen euro voor een groot onderzoek (5 jaar, 8 landen, 800 patiënten) naar de effecten van een lage dosis prednisolon bij reumapatiënten van 65 jaar of ouder. Reumatoïde artritis kan leiden tot ernstige invaliditeit, maar is dankzij moderne en vaak dure behandeling steeds beter onder controle te krijgen. Prednisolon is een veelgebruikt en goedkoop middel, juist bij ouderen, maar de balans tussen effectiviteit en veiligheid is nog steeds onzeker.

Prof. dr. Giel Nijpels, hoogleraar huisartsgeneeskunde en diabeteszorg bij VUmc en prof. dr. Caroline Baan van het RIVM en hun team krijgen zes miljoen euro voor een internationaal onderzoek in acht landen, samen met 13 partners, naar de effecten van geïntegreerde zorg voor oudere

patiënten die thuis wonen, vaak eenzaam zijn en lijden aan meerdere ziekten. Met hun onderzoek willen Nijpels en Baan komen tot een samenhangende behandeling op een manier die ook toepasbaar is in de gezondheidszorg in andere Europese landen.

Horizon 2020 is het Europese financieringsprogramma voor onderzoek en innovatie met een voorgesteld budget van 20 miljard euro. Het programma richt zich onder meer op het onderzoeken van sociale vraagstukken zoals het gezond omgaan met de vergrijzing van de bevolking binnen de Europese Unie.

Genuanceerd denken over ouder worden

Op 5 juni jl. nam prof. dr. Dorly Deeg afscheid als wetenschappelijk directeur van LASA, de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Een mijlpaal in de geschiedenis van LASA, omdat Dorly Deeg vanaf de start van het onderzoek in 1991 deze functie bekleedde. Zij stopt omdat zij de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Dit brengt ambivalente gevoelens met zich mee.

In haar rede, getiteld: *Oud worden is normaal*, betoogt zij dan ook dat leeftijd maar een getal is, behalve als het aankomt op pensionering. Maar een hogere leeftijd brengt ook gebreken met zich mee. Dit is zelfs in toenemende mate zo, omdat de verbeteringen in de medische zorg ons in staat stellen om langer met onze ziekten te leven. Er komen niet alleen steeds meer ouderen, maar ook steeds meer ouderen met gebreken. Gebreken treffen ook oudere werknemers: naast de bekende lichamelijke slijtage, worden geheugenklachten en andere cognitieve problemen prominenter nu er, door de automatisering, steeds minder lichamelijke en steeds meer cognitieve arbeid komt. Ouderen in de leeftijdsgroep die langer door moet werken, krijgen bovendien door de overheid steeds meer rollen toebedeeld zoals mantelzorg en vrijwilligerswerk. Dorly Deeg stelt dan ook de vraag hoe houdbaar deze situatie is.

Voorafgaand aan de rede vond het LASA symposium plaats, *Ouder worden: geen kunst*, naar de regel: *Het is geen kunst oud te worden, het is een kunst ermee te leven* (J.W. von Goethe). Een zestal sprekers vertegenwoordigden verschillende invalshoeken van het ouder worden. Frits de Lange pleitte voor het accepteren van het ouder worden, en hield ons voor dat het goed is om onder ogen te zien dat we allen vergankelijk zijn. Johan Polder betoogde dat de vaste pensioenleeftijd de ongelijkheid bevordert en dat gezond ouder worden tot hogere kosten leidt. Marieke Schuurmans stelde dat elke mens op eigen wijze veroudert en dat het voor de zorg

essentieel is om daarop aan te sluiten. *Mirjam de Klerk* waarschuwde dat de kwetsbare ouderen zonder netwerk het erg moeilijk zullen krijgen. *Arjan Braam* benadrukte spiritualiteit en transcendentie als kwaliteiten van de ouderdom. *Yvonne Kroonenberg* las voor uit haar recente boek: *Wees blij dat je ze nog hebt*, waarin zij – vaak negatieve – ervaringen van mantelzorgers beschrijft. *Martijn Huisman*, de opvolger van Dorly Deeg, liet zien hoe met LASA-gegevens de heterogeniteit van het ouder worden kan worden gekwantificeerd.

Tijdens de middag is goed naar voren gekomen dat ouder worden voor iedereen verschillend is,

en dat ouderen een zeer heterogene groep zijn. Enkele reacties van de bezoekers: Ouderen zouden meer gewaardeerd moeten worden, ‘de senior als google’. Dat het goed zou zijn om de pensioenleeftijd flexibel te maken, en dat het mogelijk moet zijn om eerder in deeltijd of anderszins anders te werken. Bezig blijven en een rol vervullen in de maatschappij draagt bij aan het welbevinden.

Dorly Deeg neemt nog geen afscheid als hoogleraar en zij blijft de komende jaren aan het LASA-onderzoek verbonden.

Programma 13e Nationaal Gerontologiecongres

Vrijdag 2 oktober 2015

Hotel & Congrescentrum De Reehorst, Ede

08.30–09.00 Ontvangst

09.00–09.30 Plenaire lezing

De kwieke oudere, ook geëngageerd?

Prof. dr. Theo van Tilburg, hoogleraar Sociologie en Sociale Gerontologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Uitreiking Professor Joep Munnichs Scriptieprijs

09.35–10.45 Eerste ronde symposia

S1 Future Gerontologists of Applied Sciences: het voorop stellen van kwaliteit van leven en de rol van de oudere zelf, de informele zorg en de formele zorg

S2 Introductie van het concept veerkracht in onderzoek binnen de gerontologie

S3 Verouderingsonderzoek met de Doetinchem Cohort Studie

S4 Sedentair gedrag bij ouderen: vóórkomen, negatieve consequenties en innovatieve aanpak

S5 Verbinding preventie, zorg en welzijn, wat willen ouderen?

10.50–11.40 Ochtendpauze & postersessie

Groep PA: Psychosociaal en cognitief functioneren

Groep PB: Gezond ouder worden

Groep PC: Ontwikkelingen in de ouderenzorg

Groep PD: Technologie voor goede zorg

11.45–12.55 Tweede ronde symposia

S6 Nurses on the Move: verbetering van zorgkwaliteit in verpleeghuizen

S7 Het interdisciplinaire onderzoeksprogramma HAPS:

Healthy Ageing, Population and Society

S8 Competenties van de Toegepast Gerontoloog in Nederland en Europa

S9 Voedingsinterventies voor ouderen

S10 Netwerken, steun en zorg in een participatiesamenleving: kansen en uitdagingen

13.00–13.55 Lunch

14.00–14.30 Plenaire lezing

Participatie van en voor ouderen van vitaal belang

Prof. dr. Betty Meyboom-de Jong, voorzitter programmacommissie NPO

Uitreiking Professor Schreuder Dissertatieprijs

14.35–15.45 Derde ronde symposia

S11 Het GRIP&GLANS® interventieprogramma: implementatie, effectiviteit en nieuwe ontwikkelingen

S12 Ontwikkelingen in de geriatrische revalidatiezorg

S13 Technologie en verhalen: Evaluatie van onderzoek en behandeling gericht op herinneringen

S14 Interventies voor eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen: ervaringen met formele en informele vormen van hulp

S15 Ouderenmishandeling in Nederland

15.50–16.10 Middagpauze

16.15–16.45 Muziek en het (ouder wordende) brein

Prof. dr. Erik Scherder, hoogleraar Klinische Neuropsychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Uitreiking Janneke Witsenburg Posterprijs

16.45–17.00 Sluiting

Congresbijlage

13^e NATIONAAL GERONTOLOGIECONGRES van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie – Kennisnetwerk Ouder Worden en Samenleving

2 oktober 2015
Symposia

09:35–10:45
Eerste ronde symposia

S1 Future Gerontologists of Applied Sciences: het voorop stellen van kwaliteit van leven en de rol van de oudere zelf, de informele zorg en de formele zorg

FC Bakker, JS Jukema, D Maathuis, N Wolthuis,
J van der Bijl
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

In toenemende mate zijn vergrijzingsvraagstukken in zorg- en dienstverlening aan de orde van de dag. Voor toegepast gerontologen (TG) speelt het optimaliseren van de kwaliteit van leven een essentiële rol in deze vraagstukken. TG-ers benaderen vraagstukken daarom als eerste vanuit het perspectief van de oudere en diens sociale netwerk, en bekijken deze vervolgens in de context van de professional, meespelende maatschappelijke ontwikkelingen en mogelijkheden tot innovatie. Tijdens dit symposium delen toekomstige en kersverse TG-ers hun kennis over de rol van de oudere zelf, de informele zorg en de formele zorg in het nastreven van optimale kwaliteit van leven van de ouder wordende mens. Het symposium start met de rol van de oudere zelf. Participatie en eigen regie zijn een bevorderende factor voor gezondheid en welzijn, en daarmee voor kwaliteit van leven. Hoe kijken ouderen aan tegen 'naberschap' en het stimuleren hiervan? Welke rol speelt dit in het bevorderen van een sterke sociale samenhang in de buurt? Hierna volgt een presentatie over wat vrijwilligers nodig hebben om verantwoorde en cliëntgerichte zorg te geven, in het bijzonder voor mensen in een palliatief terminale fase en hun netwerk waarbij dementie speelt. Het

symposium sluit af met een presentatie over de omgang van casemanagers dementie met levensvragen van mensen met beginnende dementie, omdat aandacht voor levensvragen noodzakelijk is voor het waarborgen van kwaliteit van leven en voor persoonsgerichte invulling van zorg en welzijn.

S1.1 Naberschap in de participatiesamenleving volgens 60-plussers

D Maathuis, FC Bakker
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond: Maatschappelijke participatie is een bevorderende factor voor gezondheid en welzijn, en daarmee voor kwaliteit van leven. De huidige beleidsontwikkelingen in zorg en welzijn raken hieraan door het expliciet stimuleren van een sterke sociale samenhang in de buurt. Echter, de lokale omgeving is een steeds minder grote rol gaan spelen voor burgers. Doel van dit onderzoek was daarom inzicht te krijgen in hoe 60-plussers denken over naberschap en welke ideeën zij hebben om dit naberschap in hun nabije omgeving te stimuleren.

Methode: Er zijn 16 zestigplussers in het Betuwse dorp Zetten geïnterviewd (7 mannen, 9 vrouwen, 60–82 jaar). De interviews waren halfgestructureerd (34–52 minuten). Topics waren omgeving, naberschap, sociale participatie, sociaal contact en stimulatie.

Resultaten: Derespondenten gaven aan dat de term naberschap niet erg leeft, men het druk heeft met andere sociale relaties, en het naberschap niet gestimuleerd hoeft te worden. Het contact met burens wordt over het algemeen oppervlakkig bevonden. Hulp wordt vooral gezocht bij familie en vrienden elders. In geval van nood willen de respondenten wel praktische hulp bieden aan de burens en dat verwachten zij ook andersom, zolang het niet structureel is en niet zorg-gerelateerd.

Conclusie: Ouderen denken dat naberschap als concept niet erg leeft in hun buurt en voelen zich niet geroepen dit te stimuleren. Dit heeft mogelijk invloed op het stimuleren/ondersteunen van burgerinitiatieven. Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken of de beelden voortkomen uit de term naberschap an sich of dat er ongemerkt en impliciet meer naberschap aanwezig is dan expliciet benoemd wordt.

S1.2**Goede en verantwoorde vrijwilligersondersteuning in de palliatieve terminale fase aan mensen met dementie en aan hun mantelzorgers**

N Wolthuis, FC Bakker
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond: De rol van mantelzorgers en vrijwilligers bij de ondersteuning van mensen in hun eigen omgeving wordt steeds meer benadrukt. Hierbij staan – naast het bieden van verantwoorde zorg – welzijn en kwaliteit van leven voorop. De vraag is echter hoe een goede ondersteuning vanuit informele zorg gegeven kan worden, in het bijzonder voor vrijwilligers die mensen in de palliatieve fase en hun mantelzorgers ondersteunen, wanneer daarbij sprake is van dementie.

Methode: Er zijn 12 half-gestructureerde interviews gehouden met vrijwilligerscoördinatoren van VPTZ (Vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg)-lidorganisaties verspreid over Nederland, om te verkennen hoe zij vrijwilligers inzetten om mensen te ondersteunen die thuis en in hospices sterven als er sprake is van dementie.

Resultaten: Bij gedragsproblemen is de veiligheid voor cliënt én vrijwilliger een aandachtspunt; goede begeleiding is belangrijk om te bepalen of de inzet van vrijwilligers thuis verantwoord is. Soms zijn VPTZ-vrijwilligers lokaal opgeleid m.b.t. dementie, hebben ervaring met dementie, of worden er door de coördinator hulplijnen ingeschakeld. In de toekomst ontstaat meer behoefte aan structurele kennis over sterven met dementie. Belangrijk is daarnaast vooraf duidelijke afspraken te maken tussen mantelzorg, vrijwilligerszorg en beroepszorg over taken en verantwoordelijkheden en daarbij het vertrouwen in elkaars competenties.

Conclusie: Een belangrijk aspect om goede en verantwoorde ondersteuning te kunnen geven aan cliënten en hun naasten door vrijwilligers als dementie een rol speelt in de palliatief terminale fase, is herkenning van dementie en het ontwikkelen van kennis en kunde van vrijwilligers rondom sterven met dementie om cliëntgerichte ondersteuning te kunnen bieden. Ontwikkeling van een richtlijn kan hierbij helpend zijn.

S1.3**De omgang van casemanagers met levensvragen van mensen met beginnende dementie**

J Van der Bijl, FC Bakker
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond: De diagnose dementie heeft een groot effect op de identiteit van de persoon met dementie. De diagnose levert levensvragen op als ‘waarom moet mij dit overkomen?’. Omgaan met levensvragen is niet makkelijk, maar wel noodzakelijk voor het waarborgen van kwaliteit van leven en voor persoonsgerichte invulling van zorg en welzijn. Doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de manier waarop casemanagers dementie omgaan met levensvragen van mensen met beginnende dementie.

Methode: Door middel van participerende observaties in vijf cliëntsituaties is gekeken naar de omgang van casemanagers met levensvragen. Vervolgens zijn met de casemanagers diepte-interviews gehouden om zicht te krijgen op het eigen perspectief van casemanagers op de omgang met levensvragen.

Resultaten: Vanuit de observaties en interviews werd zichtbaar dat voor de persoon met dementie met name de thema's onzekerheid, vasthouden en loslaten en het zelfbeeld diepe vragen oproepen. Vanuit het inlevingsvermogen toont de casemanager hiervoor begrip en erkenning. Echter werd ook zichtbaar dat de wil van de casemanager om het lijden van de persoon met dementie te verminderen en het beroep dat concretere praktische problemen doen op de taakuitvoering van de casemanager belemmerend kan werken voor een diepgaander gesprek over levensvragen.

Conclusie: Levensvragen worden door casemanagers gehoord en ervaren als belangrijke vragen. Echter, om de levensvragen zorgvuldig in kaart te brengen en passende actie te ondernemen is het nodig dat de casemanager zich vrij kan verhouden tot de levensvragen. Inbedding van zorg voor de levensvragen in de praktijk van de casemanager verdienen dan ook verder onderzoek.

S2**Introductie van het concept veerkracht in onderzoek binnen de gerontologie**

M Huisman
VUmc/Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Het thema veerkracht is in enkele wetenschappelijke disciplines al behoorlijk uitgewerkt. Inte-

resse voor het thema binnen de gerontologie en geriatrie is echter pas recent opgekomen. Onderzoek naar veerkracht in de gerontologie is de wetenschap die verklaart waarom sommige ouderen relatief goed functioneren ondanks dat zij zijn blootgesteld aan een of meerdere risicofactoren. Het doel van dit symposium is het introduceren van het concept veerkracht en het verhelderen van dit concept aan de hand van praktische voorbeelden uit wetenschappelijk onderzoek op uiteenlopende onderwerpen. De bestaande literatuur geeft aan dat er over veerkracht gesproken kan worden wanneer aan de volgende condities wordt voldaan: (a) er moet sprake zijn van blootstelling aan een risico of achterstandssituatie, (b) er moet sprake zijn van een positieve uitkomst of aanpassing aan dat risico of die achterstandssituatie, en (c) er zijn factoren die hebben bijgedragen aan bereiken van die positieve uitkomst of aanpassing. Aan de hand van veerkracht bij mantelzorgers van mensen met dementie en aan de hand van veerkracht bij ouderen met een lage sociaal-economische positie worden deze beginselen uitgediept. Daarnaast wordt vanuit een theoretisch kader bekeken hoe zorgverleners (mantelzorgers) en zorgontvangers (ouderen) veerkracht kunnen ontlenuen aan de relationele netwerken waartoe zij behoren, of waarop zij zijn aangewezen, en hoe hun veerkracht via interventies kan worden bevorderd. In dit symposium worden bezoekers gereedschappen aangereikt om het thema veerkracht in hun eigen onderzoek toe te passen.

S2.1

Veerkracht bij mantelzorgers van mensen met dementie

KJ Joling¹, G Windle², RM Dröes³, M Huisman⁴, C Hertogh³, F Meiland³, J MacNeil Vroomen⁵, H Van Hout³, E Moniz-Cook⁶, B Woods²

¹VUmc-EMGO instituut, Amsterdam, Nederland

²Bangor University, Bangor, Verenigd Koninkrijk

³VUmc, Amsterdam, Nederland

⁴VUmc/Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

⁵AMC, Amsterdam, Nederland

⁶University of Hull, Kingston upon Hull, Verenigd Koninkrijk

Achtergrond: Het merendeel van de mensen met dementie woont thuis met hulp van mantelzorgers waarop steeds meer beroep zal worden gedaan. Inzicht in hun veerkracht tijdens de uitdagingen die de zorg voor iemand met dementie met zich meebrengt kan helpen om effectieve ondersteuningsmogelijkheden te vinden die mantelzorgers in staat stellen om deze zorg vol te houden.

Methoden: In een Delphi studie werd een panel van mantelzorgers en (zorg)professionals geconsulteerd om de belangrijke kenmerken van veerkracht bij mantelzorgers te exploreren. Vervolgens werd met kwantitatieve gegevens van 1311 mantelzorgers en mensen met dementie geanalyseerd hoe vaak veerkracht voorkomt, welke factoren bepalend zijn en of veerkracht invloed heeft op de gezondheid van mantelzorgers op langere termijn.

Resultaten: Het panel beschouwde een hoog gevoel van competentie bij de mantelzorger als belangrijk kenmerk van veerkracht en gaf aan dat gedragsproblemen van de patiënt de zorg extra zwaar maken. De mantelzorgers benadrukten het belang van sociale steun en het ervaren van een goede relatie met hun naaste, terwijl professionals een goede kwaliteit van leven als belangrijk kenmerk van veerkracht benoemden. Kwantitatieve analyses toonden aan dat 29–61% van de mantelzorgers een hoge mate van veerkracht toonde. Zowel achtergrondkenmerken, omgevingskenmerken en persoonskenmerken speelden een rol. Deze veerkracht had geen significante invloed op de gezondheid van mantelzorgers op de langere termijn.

Conclusie: Ondanks de zware omstandigheden is er een groep mantelzorgers die de zorg voor hun naaste met dementie goed volhoudt. De determinanten van veerkracht bieden aanknopingspunten voor het ontwikkelen van interventies om mantelzorgers effectief te ondersteunen.

S2.2

Veerkracht bij ouderen met een lage sociaal-economische status

A Kok¹, M Aartsen¹, D Deeg¹, M Huisman²

¹VUmc & Longitudinal Aging Study Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

²VUmc/Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Gemiddeld is een lage sociaal-economische status (SES) gerelateerd aan hogere risico's op gezondheidsproblemen en een lager welbevinden op latere leeftijd. Deze studie zoekt naar aanwijzingen voor waarom sommige ouderen ondanks een lage SES toch succesvol oud zijn geworden.

Methoden: Analyses zijn gebaseerd op gegevens van 2185 respondenten die gedurende van 1992–2008 deelnamen aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Vier groepen werden onderscheiden op basis van hoge versus lage scores op een Successful Aging(SA)-index (bereik 0–9) en

hoge versus lage SES. ‘Veerkrachtige’ ouderen hadden de combinatie lage SES én hoge SA. Psychosociale eigenschappen op baseline van de veerkrachtige groep werden vergeleken met die van de andere drie groepen door middel van Multivariate Analysis of COVariance.

Resultaten: Respondenten in de veerkrachtige groep hadden minder chronische ziekten, hogere mastery, hoger zelfvertrouwen, lager neuroticisme en hogere self-efficacy dan zowel de groep met lage SES/lage SA als hoge SES/lage SA. De veerkrachtige respondenten waren op de meeste psychologische en sociale kenmerken vergelijkbaar met de hoge SES/hoge SA-groep. Echter, self-efficacy en opleidingsniveau van de partner waren hoger voor de groep met hoge SES/hoge SA dan in de veerkrachtige groep. Van alle groepen was in de veerkrachtige groep het hoogste percentage getrouwd.

Discussie: Zowel psychologische als sociale hulpbronnen vormen mogelijke verklaringen voor de succesvolle veroudering van veerkrachtige ouderen met lage SES. In enkele psychosociale aspecten waren ouderen met hoge SES die tevens succesvol oud werden echter nog steeds in het voordeel, wat de resterende kleine verschillen in SA met de veerkrachtige groep zou kunnen verklaren.

S2.3

Theorievorming over veerkracht

J Duyndam
Universiteit van Humanistiek, Utrecht,
Nederland

Achtergrond: Gangbare theorievorming over veerkracht – opgevat als het vermogen om diverse vormen van tegenslag en druk te doorstaan (van verdragen tot overwinnen) – steunt overwegend op onderzoek naar groepen en individuen die worden vergeleken op de eigenschap ‘veerkracht’. Ons theoretisch onderzoek focust echter op relationele netwerken, en vraagt hoe deze veerkracht biedend zou kunnen zijn. Zo voegt het meerwaarde toe aan bestaand onderzoek.

Methode: Theorieontwikkeling over veerkracht vanuit relationeel mensbeeld.

Resultaten: Een van de resultaten van dit onderzoek is het begrip sociale ecologie, dat is geconstrueerd naar analogie van natuurlijke ecologieën. Zoals een natuurlijke ecologie – een bos, een eiland, of zelfs de aarde als geheel – zich na een interne (ziekte) of externe (meteorietinslag) ontregeling of ramp kan herstellen, en zich tot een nieuw gevormde ecologie kan ontwikkelen, zo kunnen ook bepaalde sociale verbanden, zoals

families, schoolklassen, buurten, organisaties, coöperatieve projecten, expedities, onderzoeksgroepen, legereenheden, enzovoort, zich herstellen van interne of externe crises, en zo als sociale ecologie veerkracht tonen. Veerkracht is dan niet in de eerste plaats een eigenschap of competentie van individuen, maar van een sociale ecologie. Individuen ontlenen hun veerkracht aan de sociale ecologieën waartoe zij behoren, of waarop zij zijn aangewezen.

Conclusie: Toegepast op zorg, kan de veerkracht van zowel zorgverleners (mantelzorgers) als zorgontvangers (ouderen) vanuit dit theoretisch kader worden verklaard, en via interventies worden bevorderd. Als voorwaarden, tevens tools, van sociale ecologieën komen uit ons onderzoek naar voren: meervoudige betekenisgeving, gedeelde doelen, gezamenlijke verantwoordelijkheid, wederzijds respect, openheid, empathie.

S3

Verouderingsonderzoek met de Doetinchem Cohort Studie

HSJ Picavet, WMM Verschuren
RIVM, Bilthoven, Nederland

Met de Doetinchem Cohort Studie zijn meer dan 4000 mensen tijdens hun veroudering over een periode van 25 jaar, elke 5 jaar onderzocht. Bij de start waren ze tussen de 20 en de 60 jaar oud, en bij de huidige uitvoering van de 6^e meetronde tussen de 45 en 85 jaar. Tijdens dit minisymposium presenteren we vier voorbeelden hoe we met deze studie onderzoek doen naar de veroudering: (1) Trajecten van veroudering: de toepassing van latente class growth modelling voor longfunctie metingen over de levensloop, (2) Koffie en thee consumptie en nierfunctie, (3) Trajecten van metabole risicofactoren voor het optreden van diabetes en (4) Mediterrane voeding en cognitieve achteruitgang.

S3.1

Trajecten over de levensloop: een verkenning van ‘latent class growth modelling’ met gegevens van de longfunctie

SH van Oostrom¹, G-CM Herber-Gast¹,
P Engelfriet¹, HSJ Picavet¹, T Hoekstra², AMW
Spijkerman¹, H Boshuizen¹
¹RIVM, Bilthoven, Nederland
²EMGO/VU, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Het identificeren van verschillende verouderingstrajecten, zoals ‘ongezonde veroudering’, is één van de doelen van de levens-

loopbenadering. Met toepassing van de methode van 'latent class growth modelling' (LCGM) op longitudinale longfunctie data is nagegaan welke informatie bepaalt hoe de modellen trajecten identificeren, de verandering of juist de absolute waarden?

Methode: De gegevens komen van de Doetinchem Cohort Study, een prospectieve cohort studie bij 3106 mannen en vrouwen (26–65 jaar bij de start) van wie de longfunctie 4 keer is gemeten over een periode van 15 jaar (1994–2012). Variatie tussen individuen in de veranderende longfunctie over de tijd werden geanalyseerd met 'mixed models'. Vervolgens is geanalyseerd of het toepassen van verschillende vormen van LCGM deze variatie in verandering (de helling) ook laat zien.

Resultaten: De verandering in de tijd tussen individuen blijkt sterk te verschillen, met een variatie in de helling van 0 tot $-0,06$ en in de intercept van 3 tot 6 (l). Toch worden er alleen trajecten gevonden die verschillen in de absolute waarde van de longfunctie, resulterend in parallelle trajecten. Verschillende methoden om te corrigeren voor het absolute niveau leveren wel trajecten op waarbij verschillen in verandering over de tijd zichtbaar worden.

Conclusie: Bij de LCGM toepassing kan het absolute niveau van de onderzochte variabele zo sterk bepalend zijn bij het definiëren van trajecten, dat daarbij andere relevante verschillen verdwijnen. Dat is mogelijk niet altijd wenselijk en dan kunnen diverse sensitiviteitsanalyses worden gebruikt om inzicht te krijgen in de interpretatie van de gevonden resultaten.

S3.2

Consumptie van koffie en thee in relatie tot nierfunctie: resultaten van de longitudinale Doetinchem Cohort Studie

G-CM Herber-Gast¹, H van Essen¹,
WMM Verschuren¹, CDA Stehouwer²,
RT Gansevoort³, SJL Bakker³, AMW Spijkerman¹
¹RIVM, Bilthoven, Nederland
²Maastricht University, Maastricht, Nederland
³UMC Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: Consumptie van koffie en thee zijn geassocieerd met type 2 diabetes en hart- en vaatziekten, maar de relatie met de nierfunctie is minder bekend. Met longitudinale gegevens onderzochten we de relatie tussen koffie en/of thee en de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR), een maat voor de functie van de nieren.

Methode: 4722 deelnemers (tussen de 26–65 jaar) van de tweede ronde van de Doetinchem

Cohort studie (baseline voor deze analyses), zijn elke vijf jaar onderzocht gedurende 15 jaar. De associatie tussen kopjes koffie/thee per dag met (1) eGFR en (2) jaarlijkse veranderingen in eGFR gedurende follow-up, werd geanalyseerd met generalised estimating equations.

Resultaten: De gemiddelde eGFR op baseline was $108,0 (\pm 14,7)$ mL/min/1,73 m². Meer dan 6 koppen koffie/dag geeft een hogere eGFR dan <1 kopje koffie/dag, met $1,33$ [95% BI $0,24-2,43$] mL/min/1,73 m² (P -trend = $0,02$), vooral voor deelnemers boven de 46 jaar (de mediane leeftijd in deze populatie) met een hogere eGFR van zelfs $2,47$ [95% CI $0,63-0,95$] mL/min/1,73 m² (P -trend = $0,02$). Rekening houden met biologische risicofactoren en verschillende koffiebestanddelen gaf geen verschillen. Thee consumptie was niet gerelateerd aan eGFR. Ook was er geen associatie tussen koffie of thee consumptie en daarop volgende jaarlijkse veranderingen in eGFR.

Conclusie: Koffie consumptie is geassocieerd met een iets hogere eGFR, met name bij 46-plusers. Omdat er geen associatie was tussen koffie consumptie en jaarlijkse veranderingen in eGFR lijkt de hogere eGFR onder koffie drinkers te wijzen op een licht verbeterde nierfunctie in plaats van op glomerulaire hyperfiltratie.

S3.3

Trajecten van metabole risicofactoren voor het ontstaan van type 2 diabetes - de Doetinchem Cohort Studie

G Hulsegge¹, AMW Spijkerman¹,
YT van der Schouw², SJL Bakker³,
RT Gansevoort³, HA Smit², WMM Verschuren¹
¹RIVM, Bilthoven, Nederland
²UMCU, Utrecht, Nederland
³UMC Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: In deze studie is onderzocht of trajecten in metabole risicofactoren over een periode van 15 tot 20 jaar verschillen voor personen die type 2 diabetes (T2D) ontwikkelen vergeleken met controlepersonen.

Methode: In een prospectieve populatie-gebaseerde studie zijn 355 nieuwe gevallen van T2D (285 op basis van zelfrapportage en 70 op basis van niet-nuchtere glucose $\geq 11,1$ mmol/L) en 2130 controlepersonen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht vastgesteld tussen 1987 en 2012. Metabole risicofactoren zijn elke vijf jaar gemeten. De trajecten van metabole risicofactoren voor de vaststelling van T2D zijn geanalyseerd met behulp van generalised estimating equations.

Resultaten: Deelnemers met T2D hadden een hoger niveau van metabole risicofac-

toren 15–20 jaar voor vaststelling van T2D. De daaropvolgende trajecten van body mass index (BMI), HDL-cholesterol, glucose en in mindere mate diastolische bloeddruk, systolische bloeddruk, middelomtrek, triglyceriden, alanine aminotransferase, gamma glutamyltransferase, C-reactive protein, urinezuur en de geschatte nierfunctie waren ongunstiger bij deelnemers die T2D ontwikkelden dan bij controlepersonen. Bij deelnemers met T2D nam de BMI toe met 5–8% gedurende de 15-jaars periode, terwijl de toename in BMI slechts 0–2% was bij controlepersonen. De verschillen in trajecten van metabole risicofactoren werden grotendeels verklaard door ongunstige veranderingen in BMI. De resultaten waren vergelijkbaar voor mannen en vrouwen.

Conclusie: Vergeleken met controlepersonen hadden personen met T2D al ongunstigere niveaus en daaropvolgende trajecten van metabole risicofactoren 15–20 jaar voor diagnose. Deze resultaten benadrukken het belang van het behouden van een gezond gewicht vanaf jongvolwassenheid voor de preventie van T2D.

S3.4 Mediterraan voedingspatroon en cognitieve achteruitgang op middelbare leeftijd: de Doetinchem Cohort Studie

LG Hendriks¹, ACJ Nooyens¹, JMA Boer¹,
MPJ van Boxtel², WMM Verschuren¹
¹RIVM, Bilthoven, Nederland
²Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond: Het Mediterraan voedingspatroon is geassocieerd met minder cognitieve achteruitgang tijdens het ouder worden en minder kans op dementie in oudere populaties. Wij onderzochten of een Mediterraan voedingspatroon ook samenhangt met minder cognitieve achteruitgang in een Nederlandse populatie van voornamelijk middelbare leeftijd.

Methode: Van 2971 mannen en vrouwen uit de Doetinchem Cohort Studie, 41–74 jaar bij de eerste cognitieve meting (1995–2007), is voeding twee maal vastgesteld met een 178-item gevalideerde voedselfrequentie vragenlijst. Op basis van hun gebruikelijke voeding zijn deelnemers ingedeeld in drie groepen: laag, gemiddeld of hoog scoren op het volgen van een Mediterraan voedingspatroon. Globale cognitieve functie, geheugen, cognitieve snelheid, en cognitieve flexibiliteit zijn 2–4 keer bepaald, telkens met 5 jaar ertussen. Associaties tussen een Mediterraan voedingspatroon en verandering in cognitieve

functies is geanalyseerd met multivariate lineaire regressie analyses. Longitudinale regressie analyses op herhaalde metingen zijn gebruikt om te kijken naar het effect van een Mediterraan voedingspatroon op de longitudinale associatie tussen leeftijd en cognitieve functie.

Resultaten: Na 10 jaar was een hogere score op het Mediterraan voedingspatroon geassocieerd met minder achteruitgang in globale cognitieve en geheugen (p 's < 0,01). Ook in het longitudinale model was de achteruitgang in globale cognitieve (p < 0,05) en geheugen (p = 0,06) kleiner voor mensen met een hoge score op het Mediterraan voedingspatroon vergeleken met mensen met een gemiddelde score.

Conclusie: In onze populatie was een Mediterraan voedingspatroon geassocieerd met minder achteruitgang in globale cognitieve functie en geheugen. Deze resultaten benadrukken de mogelijke rol van voeding in de preventie van cognitieve achteruitgang.

S4 Sedentair gedrag bij ouderen: vóórkomen, negatieve consequenties en innovatieve aanpak

M Visser¹, L Preller², ECPM Tak³
¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland
²NISB, Ede, Nederland
³TNO Life Style, Leiden, Nederland

Onder sedentair gedrag wordt gedrag verstaan met een erg laag energieverbruik, zoals zitten en liggen gedurende de wakende uren. Iemand die lichamelijk actief is, kan toch erg sedentair zijn. Sedentair gedrag neemt toe met de leeftijd. Er zijn echter nog weinig gegevens beschikbaar over de mate van sedentair gedrag van Nederlandse ouderen. In dit symposium worden unieke Nederlandse gegevens over het sedentaire gedrag van zowel thuiswonende ouderen als ouderen in een instelling gepresenteerd. Daarnaast zullen enkele belangrijke consequenties van sedentair gedrag (waaronder mobiliteit en sterfte) worden gepresenteerd, aan de hand van de resultaten van de Nederlandse Longitudinal Aging Study Amsterdam. Daarna worden innovatieve, praktische strategieën verkend om sedentair gedrag van ouderen in instellingen tegen te gaan. Dit symposium geeft daarmee een compleet beeld van het vóórkomen, de negatieve consequenties en de mogelijke aanpak van sedentair gedrag bij ouderen.

S4.1 Sedentair gedrag van Nederlandse ouderen: wie zijn sedentair en wat zijn de consequenties?

M Visser
Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Er zijn weinig gegevens over de mate van sedentair gedrag van Nederlandse ouderen en de prospectieve gevolgen van een hoge mate van sedentair gedrag. Het doel van dit onderzoek was (a) de mate van sedentair gedrag van Nederlandse ouderen vaststellen, (b) specifieke groepen ouderen met een hoge mate van sedentair gedrag identificeren en (c) de gevolgen van sedentair gedrag bestuderen.

Methode In totaal vulden 1278 deelnemers (leeftijd 60–98 jaar) aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam in 2008/09 een gevalideerde vragenlijst naar sedentair gedrag in. Demografische en overige determinanten van sedentair gedrag (hoogste kwartiel) werden met logistische regressie onderzocht. De gevolgen van een hoge mate van sedentair gedrag voor de 3-jaars verandering in mobiliteit (looptest) en de 4,5-jaars sterfte werden ook onderzocht.

Resultaten Nederlandse ouderen zijn gemiddeld 10 uur per dag sedentair. Ouderen in de stad (Odds Ratio = 1,49) en ouderen met een hogere BMI (OR = 1,08) hadden na correctie meer kans op een hoge mate van sedentair gedrag, terwijl bij ouderen met een partner (OR = 0,68) en ouderen met een goede mobiliteit (OR = 0,91) de kans hierop lager was. De meest sedentaire ouderen gingen sneller achteruit in mobiliteit (–0,53 punten) vergeleken met de minst sedentaire ouderen (–0,30, *p* trend 0,07) en hadden een hogere sterftekans (Hazard Ratio = 1,83).

Conclusie Het onderzoek suggereert dat specifieke groepen Nederlandse ouderen met een hoge mate van sedentair gedrag kunnen worden geïdentificeerd. Gezien de negatieve gevolgen van sedentair gedrag voor de mobiliteit en het vroegtijdig sterfterisico, lijkt een aanpak van sedentair gedrag bij ouderen wenselijk.

S4.2 Opstaan tegen zitten in de zorg: sedentair gedrag bij ouderen in zorginstellingen

ECPM Tak
TNO Life Style, Leiden, Nederland

Achtergrond Sedentair gedrag, laag actief gedrag, gecombineerd met zittende of liggende houding, komt in Nederland en wereldwijd veel

voor. Er is veel aandacht en onderzoek voor bijvoorbeeld werknemers met sedentaire werkzaamheden. Een groep die veel zittend en liggend gedrag vertoont maar relatief weinig in onderzoek betrokken worden, zijn ouderen die in een zorginstelling wonen. Deze studie geeft inzicht in de mate van sedentair gedrag onder ouderen in zorginstellingen (verpleeghuis en GGZ instelling), en de relatie met kwaliteit van leven en bespreekt potentiële strategieën om sedentair gedrag te verminderen.

Methode Objectieve registratie van sedentair gedrag met Actigraphs bij verpleeghuisbewoners ($n=20$) en oudere patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) in de langdurige GGZ ($n=184$), en medewerkers van de GGZ instelling ($n=54$). Meting kwaliteit van leven (EQ-5D, WHO QOLbref). Verkenning van innovatieve strategieën om sedentair gedrag binnen de context van langdurige zorg tegen te gaan.

Resultaten 84% van de patiënten met EPA is als sedentair te classificeren, tegen 76% van het personeel. Meer sedentair gedrag bij patiënten is geassocieerd met leeftijd ($r=.53$) en de diagnose schizofrenie ($r=.27$). Kwaliteit van leven is geassocieerd met de mate van sedentair gedrag ($r=.22$).

Conclusie Sedentair gedrag komt veel voor in zorginstellingen voor ouderen en beïnvloedt daarmee de kwaliteit van leven negatief. Binnen deze sedentaire context zijn er verschillende initiatieven om het zit- en liggedrag te verminderen waaronder priming van beweeggedrag via filmpjes, exergaming en benutten maaltijdsituatie voor ADL training.

S4.3 Terugdringen van sedentair gedrag in woonzorgcentra: hoe werkt het in de praktijk?

L Preller
NISB, Ede, Nederland

Achtergrond Hoewel weinig kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn, is bekend dat veel ouderen in woonzorgcentra (WZC) sedentair zijn. Naast de eventueel aanwezige fysieke of mentale problemen zijn het vooral culturele aspecten en regelgeving die sedentair gedrag in de hand werken: zorg betekent werk uit handen nemen en valincidenten zijn ogenschijnlijk te voorkomen door bewoners niet zelfstandig in beweging te laten komen. De grote mate van inactiviteit was voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg IGZ aanleiding zeven bouwstenen te definiëren die bijdragen aan het terugdringen van lichamelijke inactiviteit.

Methode NISB heeft informatie in de praktijk verzameld en verspreid over invulling van de bouwstenen. Dit gebeurde medio 2014 via de nieuwsbrief van Vilans. Verder is in bijeenkomsten en in samenwerking met het werkveld is de inhoud van de bouwstenen getoetst.

Resultaten Een derde van de 143 lezers van de Vilans nieuwsbrief gaf aan de bouwstenen te kennen. Inhoudelijke informatie blijkt onvoldoende om dit te kunnen implementeren. Op basis van ervaringen kan aangegeven worden dat het aantal organisaties dat werkt en wil werken aan een beter beweegbeleid, mede op basis van de bouwstenen, sterk groeiende is. Daar waar het beweegbeleid sterk is aangepast, geeft personeel aan positieve effecten te ervaren bij de bewoners. De omslag blijkt niet te leiden tot meer tijdsintensieve zorg.

Conclusie: Veel professionals lijken nog niet op de hoogte van de bouwstenen als kapstok voor het beweegbeleid in WZC. Terugdringen van sedentair gedrag vraagt om een cultuuromslag in WZC maar dat blijkt in de praktijk mogelijk. Goed beweegbeleid lijkt zowel een positieve uitwerking te hebben op bewoners als op mensen op de werkvloer.

S5

Verbinding preventie, zorg en welzijn, wat willen ouderen?

CA Baan, HW Drewes, M Lette, SR De Bruin
RIVM, Bilthoven, Nederland

Het Nederlandse zorgsysteem staat voor de uitdaging om zorg en ondersteuning te bieden aan een toenemend aantal ouderen. Ouderen worden gestimuleerd om zo lang mogelijk te participeren in de maatschappij en thuis te blijven wonen met ondersteuning uit het eigen netwerk en voorzieningen in de buurt. Ouderen hebben vaak te maken met meerdere problemen op het gebied van gezondheid en welzijn. In de afgelopen jaren zijn in Nederland diverse initiatieven in gang gezet om (verdere) problemen bij ouderen uit te stellen of te voorkomen, waardoor zij mogelijk langer zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen. Voorbeelden hiervan zijn vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen en regionale populatiegerichte initiatieven voor ouderen. Gemene delers van dit soort initiatieven zijn het streven naar het centraal zetten van de behoeften van ouderen, en betere samenwerking en afstemming tussen verschillende actoren (bijv. gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties) met als doel preventie, zorg en welzijn beter met elkaar te verbinden. Het

uiteindelijke streven is om zowel de gezondheid als de kwaliteit van zorg te verbeteren, en tegelijkertijd de groei in zorgkosten te verminderen. Tijdens de eerste twee presentaties van dit symposium vertellen we wat er in Nederland gaande is op het gebied van preventie (vroegopsporing) en de verbinding van zorg en welzijn. In de derde presentatie geven we aan in hoeverre in dit soort initiatieven de behoeften van ouderen worden meegenomen. Na de inleidende presentaties gaan we met de aanwezigen graag in discussie over hoe in preventie, zorg en welzijn beter kan worden aangesloten bij de behoeften van ouderen.

S5.1

Vroegopsporing, wat zijn de ervaringen in Nederland?

M Lette, CA Baan, SR De Bruin
RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond: Het geven van een overzicht van initiatieven op het gebied van vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen in Nederland, en de ervaringen van professionals met deze initiatieven.

Methode: Individuele interviews werden afgenomen bij zeventien experts op het gebied van preventieve ouderenzorg, waaronder beleidsmakers, onderzoekers en zorgverleners. Daarnaast werd literatuuronderzoek gedaan.

Resultaten: Er bestaat een grote variëteit aan vormen van vroegopsporing, grofweg in te delen in initiatieven die gericht zijn op: (1) Het opsporen van ouderen met een risico op achteruitgang, zodat hen een preventief aanbod geboden kan worden en (2) Het opsporen van problemen bij kwetsbare ouderen om de huidige zorg en ondersteuning te verbeteren. De initiatieven lopen sterk uiteen voor wat betreft de setting waarin ze worden aangeboden (bijv. huisartsenpraktijk, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie) en aanpak. Experts gaven aan dat het nog onduidelijk is welke ouderen op welk moment het meest gebaat zijn bij vroegopsporing en dat zorgverleners moeite hebben om de psychische gezondheid met ouderen te bespreken. Hierdoor blijft bepaalde problematiek (bijv. eenzaamheid, depressie) soms onderbelicht. Daarnaast werken instanties die bij de verschillende initiatieven betrokken zijn vaak niet met elkaar samen en weten daarom niet goed van elkaar wat ze doen. Dit staat eventuele integratie van initiatieven in de weg.

Conclusie: Er is meer inzicht nodig in wie op welk moment het meest gebaat is bij vroegopsporing. Daarnaast is meer aandacht nodig voor risico's en problemen op het gebied van psychische gezondheid en welzijn van ouderen. Betere

afstemming tussen initiatieven is belangrijk om versnippering in het aanbod te verminderen.

S5.2

Regio-initiatieven in Nederland, welke interventies bieden zij aan ouderen?

HW Drewes, R Heijink, JN Struijs, CA Baan
RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond: Regio-initiatieven zijn ontstaan om preventie, zorg en ondersteuning in de buurt geïntegreerd vorm te geven. Negen van deze regio-initiatieven (proeftuinen) worden door het RIVM gemonitord. Het doel van deze presentatie is om inzicht te geven in welke mate er integrale interventies binnen deze proeftuinen worden vormgegeven specifiek voor (kwetsbare) ouderen.

Methode De ontwikkeling en organisatie van de negen proeftuinen wordt sinds januari 2014 gevolgd. Daarnaast worden de geïmplementeerde interventies binnen deze proeftuinen geïnventariseerd. De interventies worden beschreven via de methodiek van TIDIER en EPOC.

Resultaten De proeftuinen zijn regionale netwerken van actoren op het gebied van zorg, ondersteuning en welzijn met veelal een stuurgroep, één of meerdere werkgroepen en eventueel een dagelijks bestuur of regiegroep. In vijf proeftuinen zijn er interventies voorhanden die zich richten op (kwetsbare) ouderen. Zo worden er interventies rondom ontslag uit het ziekenhuis geïntroduceerd (bijvoorbeeld 'Better-In Better-Out' en 'Goed Thuiskomen'), screening van ouderen op kwetsbaarheid, en vroegtijdig bespreken van einde levensfase. Kenmerkend voor de interventies binnen de proeftuinen is dat deze ontplooid worden vanuit een samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten. Nieuwe vormen van bekostiging worden geïntroduceerd om prikkels voor optimale integratie in te richten.

Conclusie Een aantal regionale initiatieven werkt met enkele concrete interventies aan de basis om preventie, zorg en welzijn voor (kwetsbare) ouderen geïntegreerd vorm te geven. Elke interventie kent haar eigen uitdagingen. Verder onderzoek moet uitwijzen wat het effect van de interventies is op de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten.

S5.3

Wat zijn de behoeften van ouderen, en in hoeverre sluiten zorg en ondersteuning hierbij aan?

SR De Bruin, M Lette, LC Lemmens, CA Baan
RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond Het geven van inzicht in de mate waarin huidige initiatieven op het gebied van vroegopsporing aansluiten bij de daadwerkelijke hulpvraag van (kwetsbare) ouderen.

Methode Drie groepsinterviews met 21 vrijwillige ouderenadviseurs (VOA's). VOA's zijn mensen van veelal 65 jaar of ouder die kwetsbare ouderen thuis bezoeken om na te gaan of zij een hulpvraag hebben. De VOA's werden gestimuleerd om zowel namens de kwetsbare ouderen die zij bezoeken als namens zichzelf als oudere te spreken.

Resultaten De VOA's gaven aan dat de manier waarop vroegopsporing nu wordt georganiseerd niet altijd goed aansluit bij de wensen en behoeften van ouderen. Uit het onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat vroegopsporing soms "betuttelend" overkomt en niet aansluit bij de eigen regie die ouderen nog (willen) voeren. Verder noemden zij dat de nadruk vaak ligt op de fysieke gezondheid van ouderen en mogelijke risico's in de thuissituatie (bijv. valgevaar). Zaken die voor ouderen belangrijk zijn (bijv. ondersteuning bij administratie, hulp bij financiën en het aanvragen van voorzieningen, advies over het onderhouden van sociale contacten) komen daarom soms onvoldoende aan de orde in de huidige initiatieven rondom vroegopsporing. Veel ouderen hebben hier echter wel ondersteuning bij nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en wonen.

Conclusie Er is een discrepantie tussen vraag en aanbod. Meer inzicht is nodig in hoe in preventie, zorg en welzijn beter kan worden aangesloten op de behoeften van ouderen, zodat vroegopsporing optimaal kan worden ingezet.

11:45-12:55

Tweede ronde symposia

S6

Nurses on the Move: verbetering van zorgkwaliteit in verpleeghuizen

GAR Zijlstra¹, SMG Zwakhalen¹, M den Ouden¹,
MHC Bleijlevens¹, JMM Meijers¹, SM Braun²,
NO Kuk¹, GJJW Bours², GIJM Kempen¹,

R Backhaus¹, H Verbeek¹, E van Rossum²,
E Capezuti³, JPH Hamers¹

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

³Hunter College, City University of New York,
New York, Verenigde Staten

De complexiteit van zorg in verpleeghuizen neemt toe. Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen is een nieuwe verpleegkundige aanpak nodig waarbij behoud van zelfredzaamheid van bewoners centraal staat. Van belang is dat deze bewoners zo zelfstandig mogelijk activiteiten uitvoeren en dat ze hierbij worden gestimuleerd door verzorgenden en verpleegkundigen. Het project Nurses on the Move dat wordt uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg van de Universiteit Maastricht, richt zich hier op. Wetenschappers, docenten, verpleegkundigen en andere zorgverleners werken samen aan drie aan elkaar gerelateerde deelprojecten. In dit symposium worden resultaten van drie deelprojecten gepresenteerd. De eerste presentatie geeft inzicht in de dagelijkse activiteiten van verpleeghuisbewoners die door middel van observaties in kaart zijn gebracht. In de tweede presentatie zullen de uitkomsten van een landelijk onderzoek naar het gedrag van verzorgenden en verpleegkundigen ten aanzien van het bevorderen van het functioneren van bewoners worden besproken evenals de barrières die zij hierbij ervaren. De laatste presentatie gaat over de onderscheidende competenties van HBO-verpleegkundigen die werkzaam zijn in het verpleeghuis (van de toekomst).

S6.1

Dagelijkse activiteiten van verpleeghuisbewoners: resultaten van een observatiestudie

M den Ouden¹, MHC Bleijlevens¹, JMM Meijers¹,
SMG Zwakhalen¹, SM Braun², JPH Hamers¹

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

Achtergrond: Ondanks dat is aangetoond dat bewegen belangrijk is voor het behoud van o. a. fysiek functioneren, autonomie, fitheid en kwaliteit van leven blijkt uit literatuur dat verpleeghuisbewoners voornamelijk inactief zijn. Het is echter onduidelijk wat verpleeghuisbewoners doen gedurende de dag. Het doel van deze studie was daarom om inzicht te krijgen in de dagelijkse activiteiten en de houding van verpleeghuisbewoners. Dit inzicht kan aankno-

pingspunten opleveren voor toekomstige interventies om activiteit te stimuleren.

Methode: In een cross-sectionele observatiestudie zijn zowel somatische als psychogeriatrische verpleeghuisbewoners van 30 afdelingen (7 verpleeghuizen, 723 bewoners) geobserveerd. De verpleeghuisafdelingen werden elk gedurende vijf observatiemomenten in een willekeurige volgorde geobserveerd tussen 7:00 en 23:00 uur. Per observatiemoment werd iedere op de afdeling aanwezige bewoner 1 minuut op gestandaardiseerde wijze geobserveerd, waarna de hoofdactiviteit en de houding (liggen, zitten, staan, lopen, transfer) werden genoteerd op een voor deze studie ontwikkelde observatielijst. Per observatiemoment zijn percentages activiteiten en houdingen berekend voor het hele cohort (range).

Resultaten: In totaal zijn er 3282 observaties uitgevoerd. De verpleeghuisbewoners waren grotendeels inactief (range 45–77%). Bewoners waren betrokken in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals mobiliteit, eten en drinken, gedurende 15–38% van de observatiemomenten. Huishoudelijke activiteiten werden zelden geobserveerd (maximaal 3%). Bewoners bevonden zich meestal in een liggende of zittende houding (range 89–92%).

Conclusie: Deze studie bevestigt het beeld dat verpleeghuisbewoners inactief zijn. Gezien de resultaten zouden toekomstige interventies zich kunnen richten op het stimuleren van ADL en huishoudelijke activiteiten en het stimuleren van staan en lopen bij verpleeghuisbewoners.

S6.2

Gedrag en waargenomen barrières van verzorgenden en verpleegkundigen om het functioneren van verpleeghuisbewoners te stimuleren

NO Kuk¹, GJJW Bours², GAR Zijlstra¹,
JPH Hamers¹, GIJM Kempen¹

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

Achtergrond: Verpleeghuisbewoners ervaren vaak een achteruitgang in functioneren. Om deze achteruitgang te verminderen is het belangrijk dat bewoners door verzorgenden en verpleegkundigen (V&V) worden gestimuleerd om zo zelfstandig mogelijk (huishoudelijke) activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren. Het is onbekend in welke mate V&V dit stimuleren en welke barrières ze hierbij ervaren. Doel van deze studie is daarom in kaart te brengen (a) in welke mate V&V het functioneren van bewoners stimuleren en (b) welke barrières V&V hierbij ervaren.

Methode: Cross-sectionele studie onder 368 V&V uit 44 verpleeghuizen verspreid over Nederland. Data zijn verzameld met behulp van de MAAstricht Nurses Activities INventory (MAINtAIN), een speciaal voor dit doel ontwikkelde vragenlijst. De MAINtAIN inventariseert welke (huishoudelijke) activiteiten van het dagelijks leven (HDL en ADL) V&V stimuleren en welke barrières ze hierbij ervaren. Barrières kunnen gerelateerd zijn aan de bewoners, de professional, de sociale context of de organisatorische context.

Resultaten: V&V zeggen ADL meer te stimuleren dan HDL. De 3 meest genoemde waargenomen barrières ten aanzien van het stimuleren waren ‘een te kort aan personeel’ (39%), ‘capaciteiten van bewoners’ (39%) en ‘de organisatie is er niet op ingesteld om bewoners te betrekken bij HDL’ (36%).

Conclusie: Uit deze studie komt naar voren dat V&V het door bewoners uitvoeren van HDL mogelijk meer zouden kunnen stimuleren. De door V&V meest ervaren barrières zijn gerelateerd aan de organisatie. De resultaten van deze studie bieden richting voor te ontwikkelen strategieën die V&V ondersteunen in het stimuleren van het functioneren van verpleeghuisbewoners.

S6.3 Toekomstige onderscheidende competenties van HBO-verpleegkundigen in verpleeghuizen

R Backhaus¹, H Verbeek¹, E Van Rossum²,

E Capezuti³, JPH Hamers¹

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

³Hunter College, City University of New York, New York, Verenigde Staten

Achtergrond: Naar verwachting neemt de complexiteit van verpleeghuiscliënten in de toekomst verder toe, terwijl het opleidingsniveau van medewerkers in verpleeghuizen naar verwachting laag blijft. Vooral het geringe aantal HBO-verpleegkundigen in verpleeghuizen vraagt om een duidelijke positionering van deze professionals. Om dit in de toekomst goed te kunnen realiseren, is het belangrijk eerst hun toekomstige onderscheidende competenties in kaart te brengen.

Methode: Een internationaal expertpanel werd opgezet om de onderscheidende competenties in kaart te brengen. Eenendertig internationale experts, geselecteerd op basis van literatuur en ons professioneel netwerk, vulden twee keer een online vragenlijst in en werden tussendoor uitgenodigd voor een additionele focus groep.

Resultaten: Consensus werd bereikt over 16 wenselijke onderscheidende competenties van HBO-verpleegkundigen in verpleeghuizen. Voorbeelden zijn competenties gerelateerd aan het verpleegkundig leiderschaps- en rolmodelgedrag van HBO-verpleegkundigen en het coachen van het directe zorg team. Uit de resultaten blijkt dat het belang van competenties die de traditionele verpleegkundige expertrol overstijgen toeneemt. De helft van alle genoemde competenties is gerelateerd aan taken en verantwoordelijkheden op het gebied van coaching en verpleegkundig leiderschap.

Conclusie: De resultaten ondersteunen het belang van herzieningen van opleidingsprofielen, zoals ingezet in *Bachelor Nursing 2020*, alsook herzieningen van functieomschrijvingen van HBO-verpleegkundigen werkzaam in verpleeghuizen.

S7 Het interdisciplinaire onderzoeksprogramma HAPS: Healthy Ageing, Population and Society

F Jansen¹, N Smidt², N Steverink¹

¹Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

²Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Gezond en gelukkig ouder worden (“Healthy Ageing”) is een speerpunt van Noord-Nederland, waarvoor onder andere de RuG en het UMCG zich sterk maken. In het interdisciplinaire onderzoeksprogramma Healthy Ageing, Population and Society (HAPS) bundelen epidemiologen, sociologen en demografen hun expertise op het gebied van veroudering. Dat resulteert in innovatief interdisciplinair onderzoek naar de rol van de sociale context bij gezond en gelukkig ouder worden. De missie van HAPS is kennis genereren die helpt de gezondheid en het welbevinden van mensen te bevorderen. In het HAPS programma staan sociale contextfactoren centraal, op verschillende niveaus. Op macroniveau is dat bijvoorbeeld sociale ongelijkheid in landen. Op mesoniveau zijn dat bijvoorbeeld kenmerken van buurten, op microniveau bijvoorbeeld iemands persoonlijke sociale ervaringen. Wat betreft het begrip gezondheid richt HAPS zich niet alleen op gezondheidsindicatoren zoals ziekte of cognitief functioneren, maar ook op kwaliteit van leven en subjectief welbevinden. Verder gebruiken HAPS-onderzoekers verschillende onderzoeksmethoden, waaronder de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In dit symposium wordt een beeld gegeven van het onderzoek dat wordt uitgevoerd

binnen HAPS vanuit de drie betrokken disciplines. In de eerste presentatie zal ingegaan worden op de rol van de buurt voor de kwaliteit van leven en de mogelijk bufferende rol van sociale contacten. De tweede presentatie toont onderzoek naar de rol van subjectieve sociale status op de ervaren gezondheid en de rol van positief affect als mogelijk mechanisme. De derde presentatie gaat in op het concept ‘subjectief welbevinden’, zoals ouderen dat zelf ervaren en dat onderzocht is met kwalitatieve onderzoeksmethoden.

S7.1

58

Beschermen sociale contacten tegen de negatieve invloed van het wonen in een achterstandsbuurt op kwaliteit van leven? De LifeLines Cohort Studie

B Klijs¹, CF Mendes de Leon², EUB Kibele³, RP Stolk¹, N Smidt¹

¹Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

²Michigan Center of the Demography of Aging, Michigan, Verenigde Staten

³Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: Een goede kwaliteit van leven is afhankelijk van factoren in de omgeving. In dit onderzoek gaan we na of het wonen in een achterstandsbuurt invloed heeft op de kwaliteit van leven. Hiernaast onderzoeken we of persoonlijke contacten en vervulling van sociale behoeften beschermen tegen de mogelijk negatieve invloed van de buurt op de kwaliteit van leven.

Methode: De baseline sample van de LifeLines Cohort Studie ($n=67.830$) is gelinkt met informatie over buurten van het CBS. Buurtachterstand werd gedefinieerd op basis van samengestelde indices voor sociaal-economische deprivatie, sociale isolatie en voorzieningen. Fysieke en mentale kwaliteit van leven zijn gemeen met de RAND-36. Met mixed effects lineaire regressie is de samenhang tussen buurtkenmerken en kwaliteit van leven onderzocht en is nagegaan of deze samenhang verschilt naar aantal persoonlijke contacten en vervulling van sociale behoeften.

Resultaten: Sociaal-economische deprivatie en sociale isolatie hangen samen ($p < 0,05$) met een slechtere fysieke (beta's $-0,30$ en $-0,29$) en mentale (beta's $-0,20$ en $-0,37$) kwaliteit van leven. Minder voorzieningen in de buurt hangt samen ($p < 0,05$) met een slechtere fysieke kwaliteit van leven (beta $-0,24$). De associaties van sociaal-economische deprivatie en sociale isolatie met

een slechte mentale kwaliteit van leven zijn minder sterk of afwezig voor mensen met een groot sociaal netwerk of sterke vervulling van sociale behoeften.

Conclusie: Wonen in een achterstandsbuurt hangt samen met een lagere kwaliteit van leven. Onze resultaten suggereren dat sociale contacten bescherming kunnen bieden tegen de negatieve invloed van de buurt.

S7.2

Subjectieve sociale status en gezondheid: spelen positief affect en leeftijd een rol?

N Steverink¹, T Spiegel¹, L Ellwardt², RPM Wittek¹

¹Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

²University of Cologne, Cologne, Duitsland

Achtergrond: Naast onderzoek naar bekende leefstijlfactoren, zoals voeding en beweging, wordt steeds meer aandacht besteed aan de rol van sociaal-relatieve factoren in de gezondheid over het leven heen. Deze factoren blijken van groot belang, maar het onderzoek is zeer divers en vaak worden twee clusters van deze factoren afzonderlijk onderzocht: enerzijds het cluster rond sociale steun en sociale behoeften, anderzijds dat rond sociale status en ongelijkheid. Deze studie richt zich expliciet op beide. Daarnaast is het doel om na te gaan of positief affect een deel van met name het verband tussen (subjectieve) sociale status en gezondheid kan verklaren, en of leeftijd een rol speelt in dit mechanisme.

Methode: De eerste uitgifte ($n=13.301$) van de baseline data van de LifeLines studie is gebruikt om de hypothesen te toetsen. Er zijn zowel lineaire regressie als moderated mediation analyses uitgevoerd.

Resultaten: Er werden zowel positieve directe als indirecte (mediatie) verbanden gevonden tussen sociale behoeftenbevrediging en subjectieve status enerzijds en gezondheid anderzijds. Echter, alleen voor subjectieve sociale status werd een volledige mediatie gevonden via positief affect. Er werden geen moderatie-effecten gevonden van leeftijd.

Conclusie: Aspecten van sociale behoeftenbevrediging en sociale status blijken gerelateerd aan gezondheid, maar de mediatie via positief affect blijkt vooral voor subjectieve sociale status te gelden. Dit duidt op “het genereren van positieve emoties” als een mogelijk antwoord op de vraag waarom subjectieve status positief doorwerkt op de ervaren gezondheid. Bovendien blijkt deze associatie niet afhankelijk van leef-

tijd, wat impliceert dat ook voor ouderen subjectieve status nog van belang is.

S7.3

Subjectief welbevinden van ouderen onderzocht met behulp van woordwebben

LB Meijering, LE Douma, N Steverink, I Hutter
Rijksuniversiteit Groningen, Groningen,
Nederland

Achtergrond: Het doel van dit onderzoek is inzichtelijk te maken (1) welke aspecten, als onderdeel van overkoepelende domeinen, belangrijk zijn voor het subjectief welbevinden van ouderen, zoals ervaren door ouderen zelf; en (2) welke domeinen en aspecten belangrijk zijn voor ouderen in verschillende woonsituaties en met verschillende kenmerken (zoals mannen en vrouwen van verschillende leeftijden en in verschillende zelfstandige of geïnstitutionaliseerde woonvormen).

Method: Aan dit onderzoek namen 66 participanten (65+) deel. De data zijn verzameld met behulp van een innovatieve, kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk woordwebben gemaakt door de onderzoeksdeelnemers zelf. Op deze manier kunnen deelnemers zelf de aspecten benoemen die zij als belangrijk ervaren voor hun subjectief welbevinden.

Resultaten: Er bleken dertien verschillende domeinen belangrijk te zijn voor het subjectief welbevinden van de deelnemende ouderen. Hiervan bleken de domeinen 'het sociale leven', 'activiteiten', 'gezondheid' en 'woon- en leefomgeving' het belangrijkste te zijn. Daarnaast bleek dat verschillende groepen participanten de domeinen en onderliggende aspecten verschillend definieerden en prioriteerden.

Conclusie: Het onderzoek toont aan dat als subjectief welbevinden wordt benaderd als een veelomvattend, individueel en context-specifiek proces, er een realistische, empirische basis kan worden geboden voor toekomstig onderzoek en beleid met betrekking tot welbevinden op oudere leeftijd.

S8

Competenties van de Toegepast Gerontoloog in Nederland en Europa

EC Schoenmakers¹, J Jukema²

¹Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

²Windesheim Hogeschool, Zwolle, Nederland

Achtergrond: De bachelor opleiding Toegepaste Gerontologie, onderwezen op de Fontys

Hogeschool Eindhoven en Hogeschool Windesheim Zwolle, bestaat 5 jaar. Studenten worden opgeleid tot professionals die dienstverlening met en voor ouderen ontwikkelen en verbeteren. Nu de opleiding vijf jaar bestaat is het tijd om in de spiegel te kijken en kritisch te onderzoeken wat haar fundamenteën zijn en welke verbeteringen aan te brengen zijn. In dit symposium worden deze onderzoeken gepresenteerd. Dit zal resulteren in een presentatie van het vernieuwde competentieprofiel van de opleiding toegepaste gerontologie.

Bijdrage 1: In de eerste bijdrage wordt een kwantitatief en kwalitatief onderzoek gepresenteerd naar het beoogde werkveld en beroep van de toegepast gerontoloog. Hierbij is aandacht voor de afstemming tussen het antwoord van de opleiding op de behoeften van het werkveld.

Bijdrage 2: In de tweede bijdrage wordt de focus verbreed en worden de competentieprofielen van Europese gerontologie opleidingen onderzocht middels een document analyse. Hierbij stellen de onderzoekers zich de vraag in welke mate Europese gerontologie opleidingen gezamenlijke thema's centraal stellen.

Bijdrage 3: In de laatste bijdrage volgt een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de competenties waarover een toegepast gerontoloog dient te beschikken om het beroep uit te kunnen oefenen. Alumni, studenten, docenten en stakeholders uit het werkveld zijn hierbij ondervraagd.

S8.1

Verkenning van het beroepenveld van toegepast gerontoloog

EC Schoenmakers¹, A Harps-Timmerman²,
H Van Duuren¹

¹Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

²Windesheim Hogeschool, Zwolle, Nederland

Achtergrond: Nu de opleiding Toegepaste Gerontologie vijf jaar oud is, is het tijd om het beroepenveld van de toegepast gerontoloog opnieuw te onderzoeken. De onderzoeksvraag is: Hoe zien de opleidingen (studenten, alumni, docenten) en bedrijven en organisaties het werkveld en het beroep van de toegepast gerontoloog?

Method: Kwantitatief onderzoek is uitgevoerd om de visie van de opleiding in kaart te brengen. Alumni, studenten en docenten ($N=113$) hebben een vragenlijst over geschikte werkvelden en beroepen voor de toegepast gerontoloog ingevuld. Met bedrijven en organisaties uit het werkveld ($N=8$) zijn diepte-interviews afgenomen met

als doel nagaan of de visie van de opleidingen wordt herkend.

Resultaten: De opleidingen zien een breed werkveld voor de toegepast gerontoloog (zowel in de profit als non-profit sector) waarbij deze verschillende beroepen kan uitoefenen. De vooraf geschetste werkvelden worden in uiteenlopende mate herkend (van 98% voor het werkveld ‘welzijn’ tot 26% voor het werkveld ‘horeca’). De mate waarin de respondenten beroepen geschikt acht voor de toegepast gerontoloog loopt uiteen van consultant/adviseur (96%) tot verzorgende (15%). Bedrijven en organisaties geven aan een rol voor de toegepast gerontoloog te zien binnen het eigen werkveld. De invulling van deze rol wisselt per respondent. Hiermee bevestigen bedrijven en organisaties het beeld van de opleiding.

Discussie: De opleidingen en het werkveld zijn het in grote mate eens over wat het werkveld van de toegepast gerontoloog is en welke beroepen daarbij horen. De consensus is dat er sprake is van een breed werkveld, waarbinnen verschillende beroepen worden uitgevoerd.

S8.2

Gerontologische competenties in Europees hoger onderwijs

EC Schoenmakers¹, JA Damron-Rodriguez², J Frank³, B Pianosi², J Jukema³

¹Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

²Association for Gerontology in Higher Education (AGHE), Washington, DC, Verenigde Staten

³Windesheim Hogeschool, Zwolle, Nederland

Achtergrond: In Europa bestaat een aantal opleidingen tot toegepast gerontoloog (gerontologen op Bachelor niveau). Tot op heden is het echter onduidelijk wat de kern van deze opleidingen is. In dit onderzoek is nagegaan wat het collectieve beeld van deze opleidingen is over de competenties waarover een toegepast gerontoloog moet beschikken.

Methode: Een kwalitatieve documentanalyse is uitgevoerd, waarbij de competentieprofielen van vijf gerontologie opleidingen op Bachelor niveau zijn bestudeerd (Nederland, België Brussel, België Geel, Portugal en Finland). Door middel van thematische analyse is tot een overzicht van thema's en competenties gekomen.

Resultaten: Drie overkoepelende clusters van competenties zijn gedefinieerd, namelijk ‘professionele houding’, ‘communicatieve vaardigheden’ en ‘dienstverlening/ontwikkeling’. Ieder cluster omvat een aantal competenties, in totaal vijftien. Zo bevat het cluster professionele

houding competenties als ‘innovatieve houding’ en ‘leiderschapsvaardigheden’. Het cluster communicatieve vaardigheden bevat ‘communicatie’ en ‘het bieden van steun’. Het cluster dienstverlening/ontwikkeling bevat bijvoorbeeld ‘beheersing van het proces van dienstontwikkeling’, ‘kwaliteit van leven’ en ‘beleidsbeïnvloeding’.

Discussie: Opleidingen gerontologie op Bachelor niveau binnen Europa hebben een gezamenlijke kern, welke samen te vatten is in een aantal thema's die binnen de opleidingen aan de orde komen. Het is echter onduidelijk in welke mate deze thema's per opleiding aan de orde komen en wat de exacte invulling van deze thema's is.

S8.3

Het vernieuwde competentieprofiel van de opleiding toegepaste gerontologie

EC Schoenmakers¹, A Harps-Timmerman²,

H van Duuren¹, M Duinkerke¹, J Jukema²

¹Fontys Hogeschool, Eindhoven, Nederland

²Windesheim Hogeschool, Zwolle, Nederland

Achtergrond: De opleiding Toegepaste Gerontologie wordt sinds vijf jaar onderwezen aan de Fontys Hogeschool Eindhoven en Windesheim Hogeschool Zwolle. Een evaluatie van het competentieprofiel waarop de opleiding gebaseerd is, noopt tot herziening van dit profiel. Hierbij is de onderzoeksvraag: Over welke competenties dient een afgestudeerd toegepast gerontoloog te beschikken?

Methode: Middels een vragenlijst met open vragen is op kwantitatieve wijze onderzocht welke competenties alumni, docenten en studenten (N=113) noodzakelijk achten voor de toegepast gerontoloog. Op kwalitatieve wijze zijn in interviews ook stakeholders uit het werkveld (N=8) bevraagd over welke competenties een toegepast gerontoloog dient te beschikken.

Resultaten: Zeven clusters van competenties volgen uit de kwantitatieve studie, te weten: professionele houding, algemene menshouding, onderzoekende houding, relatie tot andere professionals, communicatie, kennis en dienstverlening. Ieder cluster bevat een aantal competenties of vaardigheden. Zo bevat het cluster communicatie de elementen: schrijfvaardigheden en presentatievaardigheden. In de kwalitatieve studie worden diverse competenties benoemd, welke aansluiten bij het specifieke werkdomeinen van de stakeholders, zoals ‘inlevingsvermogen’, ‘gespreksvoering’, ‘co-creatie’ en ‘creativiteit’.

Discussie: Uit eerder onderzoek is gebleken dat het werkveld van de toegepast gerontoloog

breed is en dat de toegepast gerontoloog hierbinnen diverse beroepen kan uitvoeren. Bij deze werkvelden en beroepen horen uiteenlopende competenties die op heel abstract of juist concreet niveau omschreven kunnen worden. Vanwege de breedte van het werkveld en beroep van de toegepast gerontoloog is het raadzaam om bij het formuleren van een competentieprofiel te denken aan abstracte competenties die over werkvelden en beroepen heen toepasbaar zijn.

S9

Voedingsinterventies voor ouderen

A Haveman-Nies, L De Groot
Wageningen Universiteit, Wageningen,
Nederland

De populatie ouderen stijgt en krijgt te maken met ziekten en functionele beperkingen die gedeeltelijk veroorzaakt worden door een inadequate voeding. Twintig procent van de kwetsbare ouderen is ondervoed en 50% loopt risico op ondervoeding. Een lage energie- en nutriënteninname veroorzaakt o. a. verlies van spiermassa en spierkracht, een hogere prevalentie van infecties en langzamer herstel. Verschillende interventies zijn ontwikkeld om de voedingstoestand van kwetsbare ouderen te verbeteren. In dit symposium worden drie initiatieven gepresenteerd: (1) PRIMA Maaltijd – de waardering en inname van eiwitverrijkte maaltijden voor ouderen, (2) Cater with Care – de effecten van een eiwitverrijkt menu voor oudere patiënten gedurende ziekenhuisopname, en (3) ProMuscle 65PK – Uitvoerbaarheid en potentiële impact van een voeding- en beweegprogramma voor ouderen in de praktijk.

S9.1

De waardering en inname van eiwitverrijkte maaltijden voor ouderen

C Ziylan^{1,2}, J Eerens^{1,2}, S Kremer¹,
A Haveman-Nies², L De Groot²
¹Wageningen UR, Wageningen, Nederland
²Wageningen Universiteit, Wageningen,
Nederland

Achtergrond: Ondervoeding heeft nadelige effecten op de gezondheid van ouderen. Een adequate eiwitinname kan ondervoeding voorkomen, maar blijkt vaak lastig te behalen door ouderen. Een mogelijke oplossing hiervoor is het verrijken met eiwit van gangbare maaltijden, zodat ouderen geen extra moeite hoeven te doen voor een hogere eiwitinname. Het hoofddoel van dit onderzoek was het ontwikkelen van eiwitver-

rijkte maaltijden en te onderzoeken of deze maaltijden leiden tot extra eiwitinname, zonder af te doen aan de smaakwaardering.

Methoden: Er zijn vier varianten van een rundmaaltijd en vier varianten van een kipmaaltijd ontwikkeld. De portiegroottes van deze varianten waren normaal (450 g) of klein (400 g). Bovendien verschilden de maaltijden in eiwitgehalte: een normale maaltijd bevatte 25 g eiwit, terwijl een eiwitverrijkte maaltijd 30 g eiwit bevatte. We hebben inname, verzadiging en sensorische aspecten onderzocht in 120 thuiswonende ouderen.

Resultaten: Hoewel significante verschillen werden gevonden in een paar sensorische aspecten, werden geen verschillen gevonden in de algemene smaakwaardering van de maaltijden. Tussen de varianten van verschillende porties en eiwitgehalten werden geen verschillen waargenomen in percentuele inname. Daarnaast hebben de eiwitverrijkte varianten geleid tot significante hogere eiwit- en energie-innames bij zowel de rund- als kipmaaltijden (~5 g extra eiwit, ~80 extra kcal). Wel leidden de eiwitverrijkte maaltijden tot significant hogere gevoelens van verzadiging tot anderhalf uur na het consumeren van de maaltijden.

Conclusie: De ontwikkelde eiwitverrijkte maaltijden lijken geschikt om zonder af te doen aan de smaakwaardering tot hogere eiwitinname te leiden. Wel moeten de langetermijneffecten van hogere gevoelens van verzadiging beter onderzocht worden.

S9.2

Cater with Care: de effecten van herkenbare eiwitverrijkte producten voor oudere patiënten op eiwitinname gedurende ziekenhuisopname

J Beelen¹, E Vasse², A Doorduijn¹, N De Roos¹,
N Janssen², L De Groot¹
¹Wageningen Universiteit, Wageningen,
Nederland
²Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede, Nederland

Achtergrond: Ondervoeding is een groot probleem in de Nederlandse gezondheidszorg en vooral oudere patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis lopen risico op ondervoeding. Ondanks veel voedingsprogramma's en prestatie-indicatoren, blijft de voedingsinname van oudere patiënten ontoereikend. De Cater with Care studie beoogt met een eiwitverrijkte basisvoeding, waaronder brood, soepen en sappen, een eiwitinname van 1,2–1,5 g/kg lichaamsgewicht/dag (g/kg/d) te behalen.

Methode: Dit voedingsonderzoek omvat een gecontroleerde interventie, waarin oudere patiënten (≥ 65 jaar, opgenomen op de afdeling ouderengeneeskunde, longgeneeskunde of interne geneeskunde) gerandomiseerd werden over 2 groepen. De controlegroep ontving een standaard eiwit- en energieverrijkt menu, terwijl de interventiegroep hetzelfde menu ontving met aanvullende eiwitverrijkte producten. De ouderen konden zelf kiezen wat ze wilden bestellen van een menukaart, de verrijkte producten werden niet actief aangeboden. Bestellingen en voedingsinname werden geregistreerd op dag 4 van opname, om vervolgens de inname per dag en per maaltijdmoment vast te stellen.

Resultaten: In totaal namen 162 patiënten deel aan het onderzoek, waarvan er van 150 patiënten complete voedingsgegevens beschikbaar waren. Preliminair resultaten ($n=73$) lieten zien dat de interventiegroep een gemiddelde eiwitinname van 1,60 g/kg/d had, terwijl de controlegroep een gemiddelde eiwitinname van 1,22 g/kg/d had ($P < 0,01$). Bijna alle interventiedeelnemers bereikten een inname van minimaal 1,2 g/kg/dag terwijl dit voor minder dan de helft van de controledelnemers het geval was.

Discussie: De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de inzet van herkenbare eiwitverrijkte basisvoedingsmiddelen, gebaseerd op de voedselvoorkeuren van ouderen, een goede strategie is om de eiwitinname van oudere patiënten te verhogen. Dit kan een goed en smakelijk alternatief zijn voor bijvoorbeeld drinkvoeding.

S9.3

ProMuscle 65PK: Uitvoerbaarheid en potentiële impact van een voeding- en beweegprogramma voor ouderen in de praktijk

E Van Dongen^{1,2}, A Haveman-Nies^{1,2}, M Tieland¹, L De Groot¹

¹Wageningen Universiteit, Wageningen, Nederland

²Academische Werkplaats AGORA, Apeldoorn, Nederland

Achtergrond: Klinische studies hebben aangetoond dat progressieve krachttraining in combinatie met een verhoogde eiwitinname een effectieve strategie is om spiermassa, spierkracht en het fysiek functioneren van kwetsbare ouderen te behouden en te vergroten. Om een programma dat uit deze elementen bestaat te laten aansluiten bij de werkwijze van praktijkprofessionals, is vertaling naar de praktijk noodzakelijk. Dit onderzoek beschrijft hoe een dergelijk pro-

gramma is vertaald en wat de resultaten zijn van het vertalingsproces.

Methode: Een systematisch overzicht van de originele interventie is verkregen door semigestructureerd interviews met de interventieontwikkelaars ($n=2$) en eerdere deelnemers ($n=13$). Middels een literatuuronderzoek en semigestructureerd interviews met de beoogde doelgroep in de praktijk ($n=9$) zijn behoeften onderzocht. Voor het aanpassen van de interventie is daarnaast input gebruikt van de interventieontwikkelaars en de professionals ($n=5$ diëtisten, $n=3$ fysiotherapeuten) die de interventie moeten uitvoeren. Gespreksrondes zijn gehouden tot consensus is bereikt. De uitvoerbaarheid en potentiële impact van de aangepaste interventie is vervolgens getest in een pilotstudie ($n=24$, pretest posttest design).

Resultaten: De vertaling resulteerde in implementatiedraaiboeken voor zowel de fysiotherapeuten als de diëtisten. Belangrijkste aanpassingen hadden betrekking op de doelgroep, de uitvoerende professionals, de organisatie van de trainingen en de invulling van het voedingsprogramma.

Discussie: Door de aanpassing zijn de belangrijkste elementen van de interventie behouden, maar sluit deze wel goed aan bij de werkwijze van de praktijkprofessionals. De inzichten uit de procesevaluatie van de pilotstudie worden gebruikt om de interventie nog beter aan te laten sluiten bij de doelgroep en uitvoerders.

S10

Netwerken, steun en zorg in een participatiesamenleving: kansen en uitdagingen

BA Suanet

Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

Grootschalige veranderingen in het zorgbeleid vergroten het belang van de informele zorg in de langdurige zorg aan ouderen. Tegelijkertijd hebben individualisering en modernisering de persoonlijke netwerken van ouderen veranderd. Nabije familierelaties, zoals partner en kinderen, die velen van zorg hebben voorzien in het verleden zijn schaarser geworden en deze relaties zijn mogelijk minder sterk normatief ingebed dan vroeger. Dit roept de vraag op in welke mate de sociale netwerken van ouderen voldoende in staat zijn om de benodigde steun en zorg te verlenen. In dit symposium proberen we inzicht te geven in de meest recente stand van zaken bij Nederlandse ouderen met betrekking tot hun netwerken en hieruit verkregen steun en zorg. De gegevens in

onze studies zijn gebaseerd op de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een multidisciplinaire en cohort-sequentiele studie die al meer dan twintig jaar informatie verzamelt over het sociale, fysieke, cognitieve en emotionele functioneren van ouderen. Onze eerste bijdrage bestudeert de verandering in netwerk grootte en netwerk stabiliteit longitudinaal over vier meetmomenten voor generaties geboren tussen 1908 en 1947. De tweede bijdrage beziet of emotionele en instrumentele steun verkregen uit verschillende informele netwerktypen veranderd is tussen generaties geboren tussen 1908 en 1957. De derde bijdrage bestudeert de determinanten van partnerzorg, zowel voor persoonlijke zorg als hulp met huishoudelijke taken, met een nadruk op het belang van kenmerken van de zorgontvanger, partner en relatiekenmerken. De vierde bijdrage bestudeert zorgnetwerktypen van informele, formele, private zorggevers en laat zien welke kenmerken ouderen in de verschillende zorg netwerktypen hebben.

S10.1 Persoonlijke netwerk omvang en netwerk stabiliteit in vier geboortecohorten

TG Van Tilburg
Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam,
Nederland

Achtergrond: Het persoonlijke netwerk is belangrijk voor het geven van zorg, steun en het bieden van gezelschap aan ouderen. Eerder onderzoek gaf aan dat netwerken van ouderen in latere fasen van de levensloop kleiner worden. Moderniseringstheoretici argumenteren dat sociale netwerken in afnemende mate geleid en beperkt worden door rollen, en dus een toename van relaties buiten het kerngezin, en suggereren een toegenomen belang van persoonlijke relaties en meer volatilititeit in netwerk compositie.

Methode: De moderniseringshypothese worden getest door middel van cohort-sequentiele data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (geboortecohorten: 1908–1947; vier observaties 1992–2002 en vier observaties 2002–2012; N=3855). Multilevel regressie analyses van netwerk omvang en proportie van gecontinueerde relaties sinds de baseline observatie worden uitgevoerd voor verschillende 10-jaars geboortecohorten met een overeenstemmend leeftijdsbereik (tien jaar na elkaar geïnterviewd).

Resultaten: Van het oudste cohort naar het tweede en het derde cohort neemt de netwerk omvang (respectievelijk 10, 13 en 16 personen na tien jaar) toe. De netwerk stabiliteit neemt ook toe

(bijvoorbeeld van 66 naar 72% na vier jaar voor respectievelijk het oudste en het tweede cohort), maar na tien jaar is er geen toename meer. Voor het vierde cohort is er ten opzichte van het derde cohort geen toename.

Conclusie: De bevindingen voor netwerk omvang zijn in lijn met moderniseringstheorie en benadrukken het toenemende belang van relaties buiten het kerngezin. Bevindingen voor de stabiliteit contrasteren de moderniseringstheorie: de stabiliteit van het netwerk neemt toe.

S10.2 Cohort-veranderingen in netwerktypen en ontvangen sociale steun door Nederlandse ouderen

BA Suanet¹, TC Antonucci²
¹Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam,
Nederland
²Institute for Social Research, University of
Michigan, Michigan, Verenigde Staten

Achtergrond: Het doel van deze studie is het bestuderen van cohort-gerelateerde veranderingen in instrumentele en emotionele steun door ouderen in relatie tot netwerktypen (o. a. divers, familie-gebaseerd). De belangrijkste leidende hypothese is dat door het toegenomen belang van niet-familie in netwerken van ouderen in de hedendaagse samenleving, ouderen in vriend-gebaseerde en diverse netwerken meer sociale steun zullen ontvangen in jongere cohorten.

Methode: Data van acht observaties van de Longitudinal Aging Study Amsterdam welke een tijdsspanne van twintig jaar sinds 1992 beslaan worden geanalyseerd aan de hand van multilevel regressie analyse. De steekproef bestaat uit 4885 personen met 14273 observaties geboren in de periode 1908–57.

Resultaten: Vier netwerktypen (vriend-, familie-, restrictief- en divers) werden geïdentificeerd. Jongere cohorten van ouderen hebben vaker een divers netwerk (van 6% in oudste cohort (1908–17) naar 28% in jongste cohort (1948–57)), gemeten op baseline) en een vriend-gebaseerd netwerk (van 14% naar 19%) en minder vaak een restrictief netwerk (van 23 naar 13%) en familie-gebaseerd netwerk (van 57% naar 41%). Het effect van netwerktype op ontvangen emotionele en instrumentele steun verandert over geboortecohorten van ouderen.

Discussie: Het toegenomen belang van niet-familie wordt gereflecteerd in de toename in emotionele en instrumentele steun die ontvangen wordt door ouderen in vriend-gebaseerde netwerken in jonge cohorten. De ontwikkeling

naar netwerken die meer gebaseerd zijn op niet-familie moet niet slechts gezien worden als een efficiëntie-model voor sociale relaties.

S10.3

Variatie in partnerzorg

JC Swinkels, MI Broese van Groenou, TG Van Tilburg
Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam,
Nederland

Achtergrond: In een partnerrelatie wordt veel informele zorg aan elkaar gegeven. Of dat echter geldt voor alle partnerrelaties, is niet bekend. In deze studie wordt beoogd het model voor zorggebruik van Andersen en Newman (1973) uit te breiden met kenmerken van de partner en de partnerrelatie. De vraag die deze studie beantwoordt, is: 'In hoeverre spelen naast de individuele factoren van de zorggebruiker de eigenschappen van de partner en van de partnerrelatie een rol in het verlenen van partnerzorg?'

Methode: Gegevens zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam ($N=871$). Naast het effect van de individuele factoren van de zorggebruiker (gezondheid, predispositie en faciliterende factoren) zal het effect van de gezondheid van de partner en kenmerken van de partnerrelatie op het krijgen van persoonlijke zorg en hulp bij huishoudelijke taken onderzocht worden.

Resultaten: De kenmerken van de partner en van de partnerrelatie spelen een rol in het verklaren van, met name, persoonlijk zorggebruik (Nagelkerke $R^2=.35$). Ouderen krijgen minder partner zorg naarmate hun partner zelf lichamelijk beperkter is ($OR=.11$; $p<.01$). Uitwisseling van emotionele steun hangt positief samen met persoonlijke zorg ($OR=1,91$; $p<.05$). Informeel zorggebruik van andere dan de partner is complementair met het geven van partnerzorg ($OR=1,87$; $p=.06$).

Discussie: Beleidmakers zullen rekening moeten houden met het feit dat niet alle ouderen met een zorgvraag en een partner in gelijke mate profiteren van partnerzorg.

S10.4

Zorgnetwerken van thuiswonende ouderen: de rol van sociale en persoonlijke bronnen

MI Broese van Groenou¹, MT Jacobs¹, MJ Aartsen¹, DJH Deeg²

¹Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

²VU Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: In een terugtrekkende welvaartsstaat zal het aandeel informele zorg in de langdurende zorg moeten toenemen. Deze studie gaat na in hoeverre zorgnetwerken van thuiswonende ouderen variëren naar het aandeel informele zorg, en beziet de samenhang hiervan met kenmerken van ouderen.

Methode: Uit de 2011/2012 wave van de Longitudinal Aging Study Amsterdam zijn 491 thuiswonende ouderen geselecteerd die hulp krijgen bij minstens een van vijf typen zorgtaken. Middels Latente Klassen Analyse zijn vier zorgnetwerktypen onderscheiden: privaat-betaald ($N=138$), partner ($N=78$), informeel ($N=105$) en formeel ($N=170$).

Resultaten: Het aandeel informele zorg is relatief groot in het kleine partner zorgnetwerk (95%) en grote informele zorgnetwerk waar 80% van de helpers uit kinderen, familieleden en burens bestaat. In het privaat-betaalde netwerk en het formele netwerk is het percentage informele helpers respectievelijk 5 en 30%. Multinomiale regressieanalyse met Average Mean Effects (AME) toont dat het zorgnetwerktype samenhangt met leeftijd, gezondheid, partner status, nabijheid van kinderen en gepercipieerde controle over zorg. De psychosociale kenmerken bleken van onderscheidend belang: de regie over de zorg was relatief groot in het privaat-betaald netwerk ($AME=0,05$) en relatief klein in het formele netwerktype ($AME=-0,07$). Lokale relaties van kinderen bleken van belang voor het ontwikkelen van een groot informeel zorgnetwerk ($AME=0,12$).

Discussie: Resultaten suggereren dat lokale familie en niet-familie gemobiliseerd kunnen worden om partner-mantelzorgers bij te staan. Het mobiliseren van informele zorggevers is lastiger in het formele zorg netwerk vanwege de beperkte sociale bronnen en lage gepercipieerde controle over zorg bij de ouderen in dit netwerktype.

14:35-15:45

Derde ronde symposia

S11

Het GRIP&GLANS[®] interventieprogramma: implementatie, effectiviteit en nieuwe ontwikkelingen

N. Steverink¹, MM Goedendorp², D Kuiper²

¹Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

²Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Het GRIP&GLANS® (G&G) Programma is gericht op het versterken van zelfmanagementvaardigheid (GRIP) en het verbeteren van eenzaamheid en welbevinden (GLANS) bij mensen in de tweede levenshelft. De G&G interventies zijn effectief bevonden in gerandomiseerd gecontroleerde studies. Een groot implementatieproject is uitgevoerd bij zorg- en welzijnsorganisaties, zodat meer ouderen baat kunnen hebben bij de G&G interventies. Naast verdere implementatie worden nieuwe gerelateerde studies uitgevoerd en worden nieuwe vormen van G&G ontwikkeld. In dit symposium wordt een overzicht gegeven van recent onderzoek binnen het G&G Programma. In de eerste presentatie worden de belemmerende en bevorderende factoren van succesvolle implementatie gepresenteerd. Dit implementatieproject was onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en is uitgevoerd in de 4 noordelijke provincies. In de tweede bijdrage worden de resultaten gepresenteerd van de effectstudie, die tegelijkertijd met het implementatieproject is uitgevoerd. Deze effectstudie is uitgevoerd onder bijna 300 ouderen die hebben deelgenomen aan een G&G cursus. In de derde presentatie wordt een recente studie naar een neveneffect van de G&G groeps cursus gepresenteerd. Het bleek namelijk dat een aantal van de G&G groepen na afloop van de G&G groeps cursus met elkaar bleven omgaan. Er is onderzocht hoeveel groepen bleven doorgaan, en welke factoren een rol spelen in het al dan niet blijvend doorgaan met elkaar. De cumulatieve kennis die wordt verkregen in het nu reeds jaren bestaande en omvattende G&G Programma leidt tot steeds nieuwe vraagstellingen en nieuw onderzoek en is een bron van inzichten en toepassingen voor de praktijk.

S11.1

Determinanten van succesvolle implementatie van de GRIP&GLANS groeps cursus

D Kuiper¹, MM Goedendorp¹, R Sanderma¹, SA Reijneveld¹, N Steverink²

¹Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

²Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: Implementatie van een effectieve interventie is een uitdaging. Vele factoren op verschillende niveaus (doelgroep, professionals, organisaties en financiers) beïnvloeden het succes. Doel van deze deelstudie is (1) het beschrijven van het aantal professionals dat – na training – de GRIP&GLANS (G&G) interventie daadwerkelijk

gaat gebruiken en het tempo waarin ze tot uitvoering overgaan en (2) het vaststellen van de determinanten van gebruik.

Methode: Van 48 professionals werkzaam bij 18 verschillende organisaties is bijgehouden hoeveel tijd (in maanden) er zat tussen de training en de start van de eerste G&G groeps cursus. De determinanten van gebruik zijn gemeten met behulp van digitale vragenlijsten en telefonische interviews. Het raamwerk van Fleuren diende als basis voor de te meten factoren op zowel het professionele als organisatorische niveau.

Resultaten: Van de getrainde professionals gaat 67% de interventie gebruiken. Gemiddeld 7,5 maanden na de training (sd 4,2; spreiding 1–17 maanden) geven zij hun eerste G&G groeps cursus. Eigenaarschap, relatief voordeel, steun van collega's en beschikbare tijd zijn de determinanten van gebruik op het niveau van de professionals. De grootte en taakoriëntatie van de organisatie zijn de determinanten op het niveau van de organisaties. De hoeveelheid tijd die de professional aan de vernieuwing kan besteden blijkt – ongeacht de kenmerken van de organisatie – doorslaggevend voor het gebruik.

Conclusie: Vergeleken met andere effectieve interventies wordt de G&G groeps cursus succesvol en relatief vlot geïmplementeerd in welzijn en zorg. De mate waarin professionals over tijd beschikken om de nieuwe interventie neer te zetten bepaalt een groot deel van het succes.

S11.2

De effectiviteit van de GRIP&GLANS groeps cursus na implementatie in zorg- en welzijnsorganisaties

MM Goedendorp, D Kuiper, N Steverink
Universitair Medisch Centrum Groningen,
Groningen, Nederland

Achtergrond: De GRIP&GLANS (G&G) groeps cursus is een evidence-based interventie. In een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) is aangetoond dat de G&G groeps cursus zelfmanagementvaardigheden en welbevinden verbetert en eenzaamheid vermindert bij vrouwen van 55 jaar en ouder. Tijdens een groot implementatieproject hebben 18 zorg- en welzijnsorganisaties deze cursus opgenomen in hun aanbod. We hebben onderzocht of de effecten van de interventie in het implementatieproject vergelijkbaar waren met die van de oorspronkelijke RCT.

Methode: Tijdens het implementatieproject zijn 48 professionals getraind om de geprotocolleerde G&G groeps cursus te geven. In duo's hebben zij 39 cursussen gegeven. De deelnemers

hebben vragenlijsten ingevuld met vragen over zelfmanagementvaardigheden (SMAS) en welbevinden (SPF-IL) bij het begin en aan het einde van de cursus. Ook is de aanwezigheid en uitval van cursisten bijgehouden.

Resultaten: In het implementatieproject deden 287 deelnemers mee. In de RCT bevatte de interventiegroep 63 en de controlegroep 79 deelnemers. De G&G cursus had in beide studies een medium effect op zelfmanagementvaardigheden en welbevinden. In het implementatieproject was de uitval 21% en in de RCT 28%. De effecten en de uitval van de twee studies waren niet significant verschillend.

Conclusie: De G&G groepscursus kan met evenveel effectiviteit worden gegeven door en binnen zorg- en welzijnsorganisaties dan binnen een wetenschappelijke context. Door implementatie in zorg- en welzijnsorganisaties kunnen meer ouderen profiteren van de G&G groepscursus.

S11.3

De ontwikkeling van informele steunstructuren na afloop van de G&G groepscursus

N Steverink¹, D Kuiper², MM Goedendorp²
¹Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

²Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: De GRIP&GLANS (G&G) groepscursus is een *evidence-based* interventie voor ouderen, gericht op het verbeteren van eigen regie en welbevinden en het verminderen van eenzaamheid. In Nederland wordt de G&G groepscursus in vele welzijnsorganisaties aangeboden. Uit *feedback* van G&G docenten blijkt dat sommige cursusgroepen na afloop contact met elkaar blijven houden. Dit onderzoek richt zich op dit positieve neveneffect: wat is de aard en omvang, en wat zijn de redenen waarom men al dan niet doorgaat?

Methode: Voor dit onderzoek hebben 141 oud-cursisten vragenlijsten ingevuld en veertien van hen zijn geïnterviewd omdat ze nog contact hadden met 2 of meer personen. De oud-cursisten waren allen vrouw en waren gemiddeld 68 jaar oud. De interviews zijn kwalitatief geanalyseerd.

Resultaten: Ten eerste bleek dat 40% van de oud-cursisten nog contact had met andere oud-cursisten, waarvan 29% met twee of meer personen (omvang 3-7), en deze contacten bestonden gemiddeld ruim twee jaar. Daarnaast bleek dat de belangrijkste reden voor oud-cursisten om door te gaan als groep(je) het gevoel van verbondenheid met elkaar was. Redenen om niet door te gaan waren meer divers, zoals 'geen klik', te grote reisafstand, of te weinig gedeelde interesses.

Conclusie: Een positief neveneffect van de G&G-groepscursus blijkt te zijn dat er informele steunstructuren kunnen ontstaan. Deze bevinding kan aanleiding zijn om onderlinge contacten meer expliciet als doel van de interventie te maken.

S12

Ontwikkelingen in de geriatrische revalidatiezorg

IHJ Everink¹, M van Eijk², WP Achterberg³

¹Maastricht University, Maastricht, Nederland

²GRZ Zonnehuisgroep Vlaardingen/LUMC, Vlaardingen/Leiden, Nederland

³Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

Zelfstandig wonende ouderen die na een ziekenhuisopname niet direct terug naar huis kunnen vanwege een acute aandoening of functionele achteruitgang, kunnen kortdurend revalideren in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Binnen deze instellingen wordt multidisciplinair gewerkt aan herstel van functionele capaciteit en zelfredzaamheid met als doel de patiënt terug te laten keren naar de oorspronkelijke woonsituatie. Multidisciplinair behandelen is van belang omdat er bij de meeste patiënten binnen de GRZ sprake is van multimorbiditeit, waarbij men vaak een combinatie ziet van problemen op het gebied van ADL, mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en/of gedrag. Deze complexe problematiek zorgt ervoor dat het een uitdaging is voor de GRZ om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep. Dit symposium belicht uitdagingen bij behandeling van deze kwetsbare patiëntengroep en ontwikkelingen in de GRZ gericht op het optimaliseren van de geboden zorg. In de eerste presentatie zal de ontwikkeling van de GRZ worden geschetst op basis van belangrijke wetenschappelijke onderzoeken waarbij zowel veranderingen in het proces van GRZ als de uitkomsten worden weergegeven. De tweede presentatie belicht de invloed van comorbiditeit op de functionele revalidatie uitkomst na heupfractuur of CVA én de opzet van een studie naar valangst na heupfractuur onder patiënten die revalideren in de GRZ. De derde presentatie geeft ten slotte een overzicht van de ontwikkeling en implementatie van een zorgpad in de GRZ voor de doelgroep 'overige diagnosen'.

S12.1**De ontwikkeling van een zorgpad geriatrische revalidatiezorg**

IHJ Everink, JCM van Haastregt, JMGA Schols, GIJM Kempen
Maastricht University, Maastricht, Nederland

Achtergrond en doel: Ouderen die na ziekenhuisopname gaan revalideren in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg en vervolgens thuis nazorg ontvangen, komen gedurende hun zorgtraject in aanraking met veel zorgverleners. Dit kan leiden tot gebrek aan continuïteit en coördinatie van zorg. Om dit te verbeteren is een zorgpad ontwikkeld en geïmplementeerd voor de doelgroep ‘overige diagnoses’ (alle diagnoses behalve CVA en orthopedie).

Methode: Knelpunten in de zorg en concrete doelen voor verbetering zijn systematisch geanalyseerd via literatuuronderzoek, consultatie van experts ($n=11$) en interviews met zorgverleners ($n=9$). Vervolgens hebben drie werkgroepen van zorgverleners ($n=13$), vertegenwoordigers belangenorganisaties ($n=12$), patiëntvertegenwoordigers en mantelzorgers ($n=4$) de opdracht gekregen gezamenlijk een zorgpad te ontwikkelen dat door alle partijen gedragen wordt.

Resultaten: Het zorgpad is tussen maart 2011 en juli 2014 stapsgewijs ontwikkeld en geïmplementeerd in Maastricht. Het zorgpad beschrijft afspraken over afstemming van zorg, vanaf ziekenhuisopname t/m nazorg in de thuissituatie. De belangrijkste afspraken hebben betrekking op: (1) triage in het ziekenhuis; (2) voorlichting aan en communicatie met patiënt en mantelzorger; (3) inspraak patiënt en mantelzorger in zorg- en behandelplan; (4) tijdige overdracht van informatie, (5) structurele overlegvormen tussen de ketenpartners, en (6) aanwezigheid van een zorgpadcoördinator die fungeert als schakel tussen de organisaties. Alle partijen hebben zich geëngageerd aan de afspraken.

Conclusie: Op grond van een brede samenwerking tussen zorgverleners is het mogelijk gebleken een zorgpad geriatrische revalidatiezorg te ontwikkelen en implementeren dat gedragen wordt door alle betrokken partijen. Het is van belang gemaakte afspraken structureel te monitoren om na te gaan of ze worden nageleefd.

S12.2**Innovaties binnen de geriatrische revalidatiezorg: onderzoek bij LUMC**

M van Eijk
GRZ Zonnehuisgroep Vlaardingen/LUMC,
Vlaardingen/Leiden, Nederland

Achtergrond: Patiënten met multiple geriatrische problemen die in het ziekenhuis terecht komen voor een acute aandoening, lopen een verhoogd risico op functionele achteruitgang en permanente opname in een instelling. Het hebben van valangst na heupfractuur geeft een verhoogd risico op niet-succesvolle uitkomst (zoals functioneren en ontslag naar huis). Er is geen onderzoek bekend over valangst en determinanten hiervan voor patiënten die revalideren na heupfractuur.

Methoden: Er werd een cross-sectioneel onderzoek verricht naar determinanten van valangst in 10 Nederlandse verpleeghuizen (met een GRZ afdeling). Als primaire uitkomstmaat werd de Falls Efficacy Scale-International genomen. Er werden gegevens verzameld over factoren die mogelijk gerelateerd waren aan valangst (demografische gegevens, functionele uitkomstmaten, psychologische factoren en informatie over comorbiditeit). Daarmee werden univariate en multivariate analyses verricht om de relatie met de primaire uitkomstmaat te onderzoeken.

Resultaten: Ongeveer 50% van de patiënten die revalideert na een heupfractuur heeft een hoge mate van valangst. Patiënten met een hoge mate van valangst zijn significant vaker afhankelijk in ADL taken voor de fractuur en hebben vaker complicaties tijdens de revalidatie. De belangrijkste voorspellers voor valangst zijn premorbide loopvermogen, gemeten met Functional Ambulation Categories (OR 0,34 [0,14–0,83]), functionele mogelijkheden na heupfractuur, gemeten met de Barthel Index (OR 0,89 [0,80–0,99]) en het hebben van angst, gemeten met de HADS (OR 1,22 [1,05–1,42]).

Conclusie: Gezien het feit dat functionele mogelijkheden na de fractuur en het hebben van angst potentieel beïnvloedende factoren zijn, geeft dit de mogelijkheid interventies uit te werken die een reductie van valangst kunnen geven.

S12.3**De voorzichtige stappen naar een evidence-based geriatrische revalidatie**

WP Achterberg

Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden,
Nederland

Achtergrond: Geriatrische revalidatie (GR) heeft zich ontwikkeld vanuit het verpleeghuis, waarbij de verschillende professionals van het multidisciplinaire team hun expertise hebben meegebracht. Samen met de opgebouwde kennis vanuit de revalidatiegeneeskunde over functionele prognose en doelgericht werken aan een zo hoog mogelijke participatie, staat er nu een erkende methode met een eigen financiering binnen de zorgverzekeringswet. In deze presentatie zal deze ontwikkeling worden geschetst op basis van de belangrijkste wetenschappelijke onderzoeken en documenten.

Methode: De centrale onderzoeken die besproken worden zijn: Tangram/LUMC (2007, 2008, 2010) en SINGER (2011–2012), met meer dan 3000 en meer dan 1000 patiënten. Naast beschrijving van aard en omvang en analyse van effecten van concentratie en specialisatie (Tangram/LUMC), zijn er ook proces- en effectanalyses verricht op het effect van het Proeftuin project (SINGER).

Resultaten: Op basis van Tangram (2007), is de omvang van de patiëntpopulatie geschat op 27.500 per jaar, waarbij de groep ‘overige’ het grootste aandeel heeft, gevolgd door CVA en trauma. De hier genoemde studies brengen het proces van de GR in beeld, maar laten ook uitkomsten zien. Opnameduur tussen 2007 en 2012 is korter geworden: voor de groep trauma van 54 naar 41 dagen. Het aantal mensen dat naar de oorspronkelijke woonomgeving terug gaat is bij de CVA groep verhoogd van 42% naar 57% en bij de groep ‘overige’ van 45% naar 65%.

Discussie: De ontwikkeling van de GRZ is gemonitord door wetenschappelijk onderzoek en vanuit deze informatie kunnen wij een onderzoekagenda vaststellen om verdere kwaliteitsverbetering te stimuleren.

S13**Technologie en verhalen: Evaluatie van onderzoek en behandeling gericht op herinneringen**

GJ Westerhof, SMA Lamers

Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Technologie wordt steeds belangrijker in onderzoek en behandeling. Technologische innovaties bieden nieuwe mogelijkheden in het verzamelen en analyseren van data en het aanbieden van behandelingen aan een brede groep. We weten echter nog weinig over de gevolgen van het gebruik van technologie voor onderzoek en praktijk. In dit symposium onderzoeken we daarom de mogelijkheden en beperkingen van technologie binnen de ouderenpsychologie. Hierbij komt technologie aan bod als methode om (a) data te verzamelen, (b) data te analyseren, en (c) behandelingen aan te bieden, gericht op het ophalen van herinneringen. In de eerste presentatie zal worden ingegaan op het online verzamelen van data, gericht op de narratieve competentie over de volwassen levensloop. Het gepresenteerde onderzoek laat zien dat een online survey interessante mogelijkheden biedt om onderzoek te doen naar herinneringen. In de tweede presentatie zal worden ingegaan op technologie als analysemethode, waarbij een exploratief onderzoek wordt gepresenteerd naar de analyse van prosodische spraakkenmerken als middel om de effectiviteit van een life-review behandeling te evalueren. In de derde presentatie zijn de deelnemers zelf aan het woord en worden de resultaten gepresenteerd van een kwalitatieve studie naar de ervaringen van deelnemers aan een online life-review cursus. De combinatie van deze drie presentaties laat zien dat technologische ontwikkelingen veelbelovend zijn bij dataverzameling, data-analyse en behandeling van ouderen, maar dat verder onderzoek nodig is naar de manier waarop diverse technologische tools het beste kunnen worden ingezet.

S13.1**Narratieve competentie in levenslooperspectief: De rol van leeftijd bij het beschrijven van herinneringen in een online survey**

GJ Westerhof

Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond: Reminiscentie, het ophalen van herinneringen, wordt tegenwoordig gezien als een belangrijke motor voor levensloopontwikkeling, met name voor de ontwikkeling van gees-

telijke gezondheid. Het ophalen van specifieke herinneringen en het verlenen van zin en betekenis aan de herinneringen zijn twee belangrijke aspecten van narratieve competentie die gerelateerd zijn aan geestelijke gezondheid. Dit onderzoek richt zich op de narratieve competentie over de volwassen levensloop waarbij data verzameld zijn in een online survey.

Methode: Er is gebruik gemaakt van een deelstudie van het LISS-panel, een internet panel dat representatief is voor de Nederlandse bevolking. Voor deze deelstudie werd een steekproef getrokken met een overrepresentatie van ouderen (50% is ouder dan 60 jaar, waaronder 40% ouder dan 70 jaar). Deelnemers vulden de Self-Defining Memory Test in, een instrument dat vraagt naar drie belangrijke persoonlijke herinneringen. Het aantal herinneringen, de specificiteit hiervan en de betekenisverlening werden gecodeerd.

Resultaten: Ouderen beschrijven meer herinneringen (correlatie = 0,09). Het belangrijkste verschil is dat ouderen onder de 60 vaker geen herinneringen beschreven (20%) in vergelijking met mensen boven de 60 (20%). Als er drie herinneringen beschreven werden, dan beschreven ouderen minder vaak specifieke herinneringen (correlatie = -0,07). 44% van de 60-plussers tegenover 36% van de deelnemers onder de 60 noemden geen specifieke herinneringen. Ook beschrijven ouderen minder vaak de betekenis van de herinnering (correlatie = -0,22). 61% van de deelnemers ouder dan 60 tegenover 46% van de jongere deelnemers gaven geen van hun herinneringen betekenis. Er blijken geen curvilineaire effecten van leeftijd te zijn.

Conclusie: Een online survey biedt interessante mogelijkheden om onderzoek te doen naar aspecten van herinneringen die van belang zijn voor geestelijke gezondheid. Verder onderzoek moet aantonen hoe de relatie met geestelijke gezondheid in verschillende leeftijdsgroepen is.

S13.2

Veranderingen in prosodische spraakkenmerken als indicator van depressie in een life-review interventie voor ouderen in verpleeghuizen: een exploratieve studie

SMA Lamers¹, KP Truong¹, B Steunenberg², F Jong, de¹, GJ Westerhof¹

¹Universiteit Twente, Enschede, Nederland

²UMC, Utrecht, Nederland

Achtergrond: Verschillende studies laten zien dat prosodische spraakkenmerken, dit zijn kenmerken zoals toonhoogte en volume van de stem en de duur van pauzes tijdens het spreken,

kunnen worden gebruikt als indicatoren voor de ernst van depressie. Deze studies zijn echter gebaseerd op gecontroleerde spraaktaken in plaats van op natuurlijke conversaties. In deze studie wordt exploratief onderzocht of prosodische spraakkenmerken als indicatoren van depressie in de gesprekken van een face-to-face life-review interventie voor ouderen.

Methode: Het patroon van veranderingen in de prosodische spraakkenmerken toonhoogte, pauzeduur, en totale duur van de spreektijd van de deelnemers werd onderzocht in vier sessies van de life-review interventie Dierbare herinneringen bij drie deelnemers. De deelnemers met matige depressieklachten zijn geworven in verpleeghuizen en zijn tussen de 83 en 90 jaar oud. Audio-opnames van de vier sessies werden geanalyseerd met het programma Praat.

Resultaten: De ecologische validiteit van de prosodische spraakkenmerken kon niet worden bevestigd in deze studie. De veranderingen in de spraakkenmerken verschillen van wat verwacht kan worden van een interventie die effectief is in het verminderen van depressieklachten. Ook waren de veranderingen in spraakkenmerken over de sessies inconsistent met elkaar.

Conclusie: Hoewel het toepassen van prosodische spraakkenmerken veelbelovend is in gecontroleerde spraaktaken, is verder onderzoek nodig om dit te kunnen toepassen in de geestelijke gezondheidszorg. Een eerste stap is om de veranderingen in prosodische spraakkenmerken binnen de sessies te bestuderen, zodat veranderingen in de spraakkenmerken kunnen worden gerelateerd aan de inhoud van de sessie en depressiescores.

S13.3

Hoe wordt een online cursus life-review ervaren door deelnemers? Een kwalitatieve studie

SMA Lamers, GJ Westerhof, MG Postel, ET Bohlmeijer

Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond: Life-review is als face-to-face interventie effectief gebleken in het verminderen van depressieklachten en wordt positief geëvalueerd door deelnemers. Deze studie richt zich op life-review voor volwassenen (40-55 en 55+) met matige depressieklachten in een nieuwe manier van aanbieden als online cursus met lotgenotencontact of contact met een counselor. Het doel is om te evalueren hoe deelnemers de online cursus en het online contact ervaren.

Methode: Deelnemers volgen gedurende twaalf weken individueel zes online life-review lessen van de cursus Op Verhaal Komen, waarbij zij hun opdrachten, vragen en ervaringen delen met een counselor ($n=19$) of met lotgenoten in groepen van vier ($n=20$). De gemiddelde leeftijd was 53 jaar ($SD=8,5$). Deelnemers zijn random verdeeld over de twee condities. Semigestructureerde interviews naar de ervaringen met de online interventie en het online contact zijn telefonisch afgenomen.

Resultaten: De meeste deelnemers waren positief over het online volgen van de cursus. De ervaringen met het online contact waren erg divers, met positieve en negatieve ervaringen. Belangrijke onderwerpen in het lotgenotencontact waren de sfeer en communicatie in de groep, de samenstelling van de groep, en de rol van de groepsmoderator. Er waren geen opvallende verschillen tussen de leeftijdsgroepen.

Conclusie: Life-review lijkt geschikt te zijn om online aan te bieden, zoals de positieve ervaringen van de deelnemers met de online cursus laat zien. Hoewel het hebben van online contact positief is geëvalueerd door deelnemers, zijn aanpassingen nodig om een positieve en constructieve sfeer en communicatie te stimuleren binnen de counselor-deelnemer interactie en binnen de groepen.

S14

Interventies voor eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen: ervaringen met formele en informele vormen van hulp

JEM Machielse
Universiteit voor Humanistiek, Utrecht,
Nederland

In de participatiesamenleving verwacht de overheid dat burgers niet leunen op voorzieningen van de verzorgingsstaat, maar zelf verantwoordelijkheid nemen. Bij problemen worden ze geacht hulp en ondersteuning in te schakelen van familieleden, vrienden, burens en vrijwilligers. Alleen de meest kwetsbaren kunnen nog een beroep doen op hulp van beroepskrachten. In deze beleidscontext komt de vraag op naar de mogelijkheden en grenzen van informele hulp en ondersteuning, en de rol- en taakverdeling tussen vrijwilligers en beroepskrachten. Ook worden vragen gesteld over de inzet van vrijwilligers bij burgers met ernstige problemen. Dit symposium biedt inzicht in de rol die buurtbewoners, vrijwilligers en professionals kunnen spelen bij het terugdringen van eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen. De eerste spreker pre-

senteert de resultaten van een onderzoek naar de inzet van buurtbewoners bij de hulpverlening aan eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen. De tweede spreker presenteert een onderzoek naar de inzet van vrijwilligers bij ouderen die eenzaam of sociaal geïsoleerd zijn. De laatste spreker presenteert de resultaten van een onderzoek naar professionele hulpverlening aan sterk geïsoleerde ouderen met multiproblematiek. In het symposium wordt duidelijk in welke situaties informele vormen van steun mogelijk zijn en wanneer professionele hulp noodzakelijk is.

S14.1

Netwerkversterking door burgertriades

MDJ Jonkers
Universiteit voor Humanistiek, Utrecht,
Nederland

Achtergrond: Dit onderzoek betreft een project waarin buurtbewoners in drie geselecteerde buurten in het centrum van Rotterdam werden gestimuleerd om duurzame informele ondersteunende netwerkjes op te bouwen rond kwetsbare buurtbewoners zonder sociaal netwerk. De buurtbewoners werden getraind en ondersteund door professionals. Centrale vraag in het onderzoek was welke rol burgers kunnen vervullen voor kwetsbare medeburgers die geen ondersteunend netwerk hebben.

Methode: Het project is geëvalueerd door middel van een participatief (kwalitatief) onderzoek, dat gericht was op de opzet en uitvoering van het project, het verloop ervan en de belemmeringen die de uitvoerende professionals tegenkwamen. Participanten waren sociaal kwetsbare bewoners van de geselecteerde woonlocaties en betrokken professionals.

Resultaten: Het onderzoek laat zien dat het mobiliseren en organiseren van onderlinge burenhulp voor sociaal kwetsbare bewoners door professionele inbreng en aansturing een ingewikkeld proces is. Er is veel spontane onderlinge burenhulp aan kwetsbare buurtbewoners en de organisatie daarvan kent zijn eigen dynamiek en informele organisatiegraad. Buurtbewoners hechten veel waarde aan eigen autonomie over de hulp die zij willen en kunnen geven. Ook is duidelijk dat kwetsbare bewoners met relatief lichte problematiek meer ontvankelijk zijn voor burenhulp dan sociaal geïsoleerde oudere buurtbewoners met 'stille' (en vaak complexe) problematiek die zorg missen en/of mijden.

Conclusie: Professionele ondersteuning dient aan te sluiten bij de reeds aanwezige informele (hulp)structuren en de ondersteunings-

behoefden van hulpverlenende buurtbewoners. Daarnaast is afstemming met wijkteams en (formele en informele) signaleringsnetwerken in de buurt noodzakelijk. Ook zijn er grenzen aan de onderlinge hulp die van buurtbewoners kan worden verwacht. Bij ouderen met meer complexe problematiek is professionele inzet vereist.

S14.2

Sociale activering van eenzame en sociaal geïsoleerde ouderen door vrijwillige maatjes

G Bos

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht,
Nederland

Achtergrond: In dit project worden vrijwilligers gekoppeld aan eenzame of sociaal geïsoleerde ouderen. De vrijwilligers bezoeken de ouderen gedurende een jaar, met als doel de zelfredzaamheid van de ouderen te vergroten. De onderzoeksvraag was welke rol vrijwilligers kunnen vervullen bij het ondersteunen van kwetsbare burgers en welke professionele ondersteuning daarbij noodzakelijk is.

Methode: Het project is geëvalueerd door een etnografisch veldonderzoek in combinatie met een impactevaluatie met behulp van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Participanten waren vrijwilligers, ouderen, beroepskrachten en ketenpartners (die de ouderen aanmelden).

Resultaten: Het onderzoek laat zien hoe de inzet van vrijwilligers bij kwetsbare personen kan worden georganiseerd, hoe de begeleiding van de vrijwilligers is geregeld, en hoe de wederzijdse verwachtingen van de ouderen en de vrijwilligers op elkaar worden afgestemd. Ook wordt duidelijk aan welke eisen de vrijwilligers moeten voldoen. De verandermogelijkheden van de doelgroep blijken gering en vrijwilligers moeten kleine resultaten (leren) herkennen en op waarde kunnen schatten.

Conclusie: De inzet van een vrijwilliger bij eenzame of sociaal geïsoleerde ouderen kan alleen succesvol zijn als de professionele back-up goed is geregeld. De professional is verantwoordelijk voor de intake van ouderen, het werven van vrijwilligers en voor het maken van koppelingen. De professionals dienen voldoende tijd en ruimte te hebben om de vrijwilligers te begeleiden. Daarnaast moeten zij regelmatig met de ouderen afstemmen hoe de begeleiding verloopt. De belangrijkste eisen aan de vrijwilligers zijn goede relationele vaardigheden en de bereidheid een langdurige verbinding met een oudere aan te gaan.

S14.3

Persoonlijke begeleidingstrajecten voor sociaal geïsoleerde ouderen met multiproblematiek

JEM Machielse

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht,
Nederland

Achtergrond: Beroepskrachten (c.q. maatschappelijk werkers) verlenen hulp aan sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek. Deze professionals bieden de ouderen gedurende langere tijd (minimaal een half jaar) individuele begeleiding om hun leefsituatie te verbeteren. Centrale vraag van het onderzoek was hoe deze begeleidingstrajecten verlopen, welke doelen de professionals stellen, welke interventies ze inzetten en welke resultaten dat oplevert.

Methode: Voor de evaluatie van de individuele begeleidingstrajecten is gebruik gemaakt van de 'ervaren baat' benadering ('perceived benefit approach'), waarbij de *baat* die de ouderen van de geboden hulp *ervaren* in beeld wordt gebracht. In het onderzoek zijn verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd. Participanten zijn de ouderen en de professionals die hen begeleiden.

Resultaten: Het onderzoek laat zien dat interventies die gericht zijn op sociale activering of opheffing van het isolement bij sociaal geïsoleerde ouderen met complexe problematiek niet werken (of zelfs averechts werken). De ouderen ervaren vooral baat bij interventies die gericht zijn op het stabiliseren van de situatie en het vergroten van hun zelfredzaamheid. De relatie met de professionals is daarbij cruciaal: zij vormen een aanspreekpunt en vangnet voor deze ouderen.

Conclusie: Professionele inspanningen voor deze doelgroep dienen niet zozeer gericht te zijn op het opheffen van sociaal isolement, maar op het oplossen van problemen die de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van de ouderen belemmeren. Praktische en emotionele steun kunnen de schadelijke gevolgen van het isolement beperken en verslechtering van de situatie voorkomen. De professionals fungeren als vangnet waardoor nieuwe problemen of een terugval vroegtijdig gesignaleerd worden en verdere achteruitgang kan worden voorkomen.

S15 Ouderenmishandeling in Nederland

I Plaisier, M De Klerk
Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag,
Nederland

Recente cijfers over het aantal ouderen dat slachtoffer is van psychische of fysieke mishandeling of financiële uitbuiting door de persoon van wie zij voor zorg afhankelijk zijn ontbreken. Door het toegenomen aantal ouderen en veranderingen in de ouderenzorg is de behoefte daaraan echter groot. De staatssecretaris van VWS wil graag nieuw onderzoek doen, maar ouderenmishandeling is een moeilijk te onderzoeken fenomeen. Schaamte, onwetendheid en de afhankelijke positie van het slachtoffer, maar ook de afbakening van de definitie spelen daarbij een rol. In dit symposium presenteren we wat op basis van recente bronnen bekend is over de omvang, aard en oorzaken van ouderenmishandeling in Nederland. Wij hebben deze kennis bijeen gebracht in een bundel. Het bundelen van deze kennis geeft ook zicht op de mogelijkheden die de bestaande bronnen bieden en welke informatie nog ontbreekt. Dit kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van een nieuw onderzoek. Als eerste presenteren wij wat bekend is over aard en omvang van ouderenmishandeling vanuit het de ouderen zelf. Hiervoor is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek (Leyden Academy on Vitality and Ageing) en een bevolkingsenquête (GGD-gezondheidsmonitor). Vervolgens wordt de aard en omvang van ouderenmishandeling op basis van registraties bij de Steunpunten Huiselijk Geweld en de Inspectie Gezondheidszorg gepresenteerd. Tot slot presenteren we het perspectief van professionals blijkend uit kwalitatief onderzoek (Leyden Academy on Vitality and Ageing) en een enquête (Verwey-Jonker Instituut). Ter afsluiting volgt een discussie over wat nieuw onderzoek naar ouderenmishandeling zou kunnen opleveren en hoe een onderzoek er uit zou moeten zien.

S15.1 Ouderenmishandeling: Perspectief van de ouderen zelf

P Feijten¹, J Lindenberg², Y Mysyuk²,
M Moerman³
¹Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag,
Nederland

²Leyden Academy of Vitality and Ageing, Leiden,
Nederland

³GGD Gelderland-Zuid, Nijmegen, Nederland

Achtergrond: Ouderen zelf zijn nog niet veel betrokken bij onderzoek naar ouderenmishandeling, het is daarom onduidelijk of zij zichzelf als slachtoffer herkennen en waarmee dit samenhangt.

Methode: Kwalitatief onderzoek middels focusgroepen (N=8) en interviews (17 mishandelde ouderen en 35 niet-mishandelde ouderen). Kwantitatief onderzoek middels een grootschalige enquête onder ruim 150.000 ouderen met enkele vragen over huiselijk geweld.

Resultaten: Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat mishandelde en niet-mishandelde ouderen mishandeling verklaren aan de hand van interpersoonlijke factoren, zoals macht en wederzijdse afhankelijkheid tussen slachtoffer en pleger. Zij besteden daarnaast aandacht aan sociaal-maatschappelijke factoren. Niet-mishandelde ouderen benadrukken verder fysiek geweld en een bewuste intentie in hun omschrijvingen van ouderenmishandeling. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat weinig ouderen aangeven dat zij slachtoffer zijn van huiselijk geweld: 0,5% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 en ouder. Waarschijnlijk is dit lager dan het werkelijke voorkomen van ouderenmishandeling, o. a. doordat de meest kwetsbare ouderen niet deelnamen aan de enquête, omdat zij (zoals het kwalitatief onderzoek toont) zich wellicht niet herkenden in de vraagstelling; of omdat verwaarlozing en financiële uitbuiting in de enquête ontbraken. Desondanks geven de uitkomsten inzicht in risicofactoren voor ouderenmishandeling: eenzaamheid, depressie en moeite met rondkomen.

Conclusie: Ouderen zelf spelen een belangrijke rol in het identificeren van ouderenmishandeling, maar zien ouderenmishandeling soms anders dan de gebruikelijke definitie. Ouderen zien wederzijdse afhankelijkheid en sociaal-maatschappelijke factoren als risicovol voor ouderenmishandeling. Enquête-onderzoek met beknopte vragen over huiselijk geweld blijkt niet erg geschikt voor prevalentieonderzoek naar ouderenmishandeling, maar geeft wel inzicht in risicofactoren die gepaard gaan met ouderenmishandeling.

S15.2 Registratie ouderenmishandeling in huiselijke kring en in zorginstellingen

A Goes¹, H Ferwerda², M Hardeman²,
V Codrington²

¹MOVISIE, Utrecht, Nederland

²Bureau Beke, Arnhem, Nederland

Achtergrond: Ouderenmishandeling gebeurt zowel achter de voordeur als in zorginstellingen. In beide gevallen is het lastig om een beeld te krijgen van het aantal slachtoffers. Ook is onduidelijk wat de kenmerken en achtergronden van ouderenmishandeling zijn.

Methode: Op basis van cijfers van MOVISIE en van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ), een documentstudie en interviews met stakeholders is een verkenning gemaakt van de aard en omvang van ouderenmishandeling in huiselijke kring en in zorginstellingen.

Resultaten: De cijfers van MOVISIE laten een stijgende trend zien ten aanzien van het aantal meldingen van ouderenmishandeling tussen 2012 en 2014. Meldingen komen vooral binnen via zorgprofessionals of politie. In ruim de helft van de gevallen van ouderenmishandeling in de huiselijke kring gaat het om psychische mishandeling gevolgd door lichamelijk geweld en financieel misbruik. Vaak komen meerdere vormen in een situatie voor.

Bij IGZ zijn tussen juli 2011 en juli 2014 67 meldingen van ouderenmishandeling in een zorginstelling gedaan waarbij in 35 gevallen de ouderenmishandeling is bewezen. Het vaakst gaat het om fysiek geweld, gevolgd door psychisch geweld. Het percentage slachtoffers is het hoogst in de groep van 85 jaar of ouder. Het bewustzijn dat ouderenmishandeling ook in instellingen kan plaatsvinden, groeit.

Conclusie: Ouderenmishandeling is een fenomeen dat steeds beter bespreekbaar is. Desondanks blijft de omvang van ouderenmishandeling onbekend omdat het onderzoek slechts het topje van de ijsberg laat zien. In huiselijke kringen blijkt ouderenmishandeling vooral te bestaan uit psychische mishandeling, terwijl het in zorginstellingen vooral om fysiek geweld gaat.

S15.3 Beeld van Ouderenmishandeling: een enquête onder professionals en vrijwilligers en een kwalitatief onderzoek

M De Gruijter¹, Y Mysyuk²

¹Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, Nederland

²Leyden Academy of Vitality and Ageing, Leiden, Nederland

Achtergrond: Hoe signaleren hulpverleners en vrijwilligers die met ouderen werken ouderenmishandeling en hoe gaan zij hiermee om? In deze workshop bespreken we de resultaten van twee metingen van de Barometer Ouderenmishandeling, een enquête voor professionals en vrijwilligers in zorg en welzijn, én kwalitatief onderzoek onder verschillende professionals.

Methode: De barometer geeft inzicht hoe vaak ouderenmishandeling gesignaleerd wordt in een gemeente of regio, en of men bewust is van ouderenmishandeling. Dit bewustzijn wordt verder uitgediept aan de hand van de resultaten van focusgroepen onder experts, beleidsmakers (op gemeentelijk niveau), managers in zorgorganisaties, artsen en professionals uit de intramurale en extramurale zorg. In 2013 en in 2014 is de digitale enquête ingevuld door respectievelijk 843 professionals (79%) en vrijwilligers (21%) in 2013 en 322 professionele (85%) en vrijwillige (15%) respondenten in 2014. Aan de focusgroepen (februari en maart 2012) deden 36 professionals mee. De verbatim transcripten werden door middel van inhoudsanalyse volgens de grounded theory methode geanalyseerd.

Resultaten: Bijna de helft van de respondenten (49%, tweede meting) herkende ten minste één casus. Meestal betrof het psychisch geweld (57%), gevolgd door financiële uitbuiting (48%), verwaarlozing, en lichamelijke mishandeling (32%). Kinderen, partners en andere familieleden waren het vaakst pleger (74%, tweede meting).

Conclusie: Experts en professionals benadren individuele risicofactoren vooral als factoren binnen de relatie tussen slachtoffer en pleger, maar noemen ook sociale isolatie en sociaal-maatschappelijke factoren. Onderzoek naar de prevalentie van ouderenmishandeling kan alleen slagen als men bij de ontwikkeling van vragenlijsten en signaleringsprocedures nauw aansluit bij het perspectief en zienswijzen van professionals en vrijwilligers.

Poster presentaties

Groep A: Psychosociaal en cognitief functioneren

PA1

Worden de rijken rijker? Ontwikkeling in vriendschap en eenzaamheid na de cursus *Zin in Vriendschap*

NL Stevens¹, CMS Martina¹, GJ Westerhof²
¹Radboud Universiteit, Nijmegen, Nederland
²Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond: Dit onderzoek betreft de patronen van verandering of stabiliteit in eenzaamheid bij 108 deelnemers aan de cursus *Zin in vriendschap* gedurende het jaar na afloop van de cursus. Er werd onderscheid gemaakt in groepen waarin het niveau van eenzaamheid significant verminderde, stabiel bleef of toenam.

Methode: Om na te gaan of ‘de rijken rijker worden’ werd bestudeerd of er verbanden waren tussen de verschillende eenzaamheidspatronen en achtergrondkenmerken (leeftijd, opleiding, partner status en gezondheid), beschikbare vriendschappen en ontwikkelingen in vriendschap. De data werd verzameld met gebruik van een eenzaamheidsvragenlijst, het konvooimodel en semigestructureerde interviews.

Resultaten: Er is geen verband gevonden tussen verandering (of stabiliteit) in eenzaamheid en de achtergrondkenmerken. Vermindering van eenzaamheid kwam wel voor bij de deelnemers die aanvankelijk over vrienden in de buitenkring van hun konvooi beschikten, die erin slaagden vriendschappen te verbeteren, of die een ‘innige’ vriendschap hadden een jaar na de cursus. Deelnemers zonder deze sociale hulpbronnen of sociale ontwikkelingen rapporteerden geen vermindering in hun relatief hoge ervaren eenzaamheid.

Conclusie: Het lijkt alsof zowel een initiële ‘rijkdom’ in vriendschap als relationele competentie belangrijk zijn voor positieve ontwikkelingen ten aanzien van eenzaamheid. Wie uiteindelijk wel of niet erin zal slagen om vriendschap op positieve wijze te ontwikkelen, en eenzaamheid significant te verminderen na afloop van de cursus *Zin in Vriendschap*, is nog niet te voorspellen op basis van deze studie.

PA2

Waarde(n)-vol Leven: Ervaringsgerichte groepstraining voor ouderen met psychische klachten gebaseerd op Acceptatie en Commitment Therapie (ACT)

JHA te Winkel, A Rijnen, H Veldhuis,
 SMA Lamers
 GGNet Nestor Topreferente Ouderenpsychiatrie,
 Apeldoorn, Nederland

Achtergrond: Steeds meer onderzoeken laten zien dat ACT een effectieve behandeling is voor volwassenen met uiteenlopende ziektebeelden zoals depressie, angst en psychose. Het is echter onbekend of ook ouderen met complexe psychische problematiek profiteren van deze therapie.

Methode: Vanuit Nestor Topreferente Ouderenpsychiatrie GGNet is op de polikliniek Apeldoorn een ervaringsgerichte groepstraining ontwikkeld waarbij 21 ouderen gedurende 14 weken oefenden met de zes kernvaardigheden van ACT: acceptatie, cognitieve defusie, mindfulness, zelf-als-context, waarden en toegewijde actie. De ervaringsgerichte groepstraining van twee uur bestaat uit een combinatie van psychotherapie en beeldende therapie. Het effect van de training is onderzocht met behulp van de FIT-60, voor aanvang van de training, direct erna en vijf maanden follow-up. De data zijn geanalyseerd door middel van repeated measures anova's.

Resultaten: Er wordt een significante verbetering gezien in de vaardigheden *acceptatie*, *cognitieve defusie*, *toegewijde actie* en de *totale psychologische flexibiliteit* direct na de training. Deze effecten blijven, behalve voor *toegewijde actie*, behouden bij follow-up. De vaardigheden *mindfulness* en *waarden* laten een significante verbetering zien bij follow-up. Er is geen verandering in de vaardigheid *zelf-als-context*.

Conclusie: De resultaten van de groepstraining kunnen voorzichtig positief geïnterpreteerd worden en nodigen uit voor verder onderzoek naar de combinatie van psychotherapie en beeldende therapie. Hierbij is het belangrijk een controle groep te vormen om te kunnen beoordelen of de significante verbetering daadwerkelijk toegeschreven kan worden aan de training.

PA₃ Verbeterde vroegtijdige signalering en monitoring van cognitieve stoornissen bij de ziekte van Alzheimer door parallel versies van de Visuele Associatie Test

SRA Meyer¹, PEJ Spaan², L Boelaarts¹,
B Schmand³, JFM de Jonghe¹

¹Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar, Nederland

²Universiteit van Amsterdam, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, Nederland

³Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Een episodische geheugenstoornis is het belangrijkste kenmerk van de ziekte van Alzheimer (AD). Om vroegtijdige signalering en monitoring van het beloop van AD te verbeteren ontwikkelden wij parallel versies van een episodische geheugentest, i.e. de Visuele Associatie Test (VAT). De meeste episodische geheugentests zijn te moeilijk voor patiënten, zelfs in de beginfase van de ziekte. Deze bodem-effecten beperken het monitoren van het beloop van de ziekte.

Methode: De parallel versies en de originele VAT werden afgenomen bij geriatrische patiënten met verschillende vormen van dementie en gezonde controles ($N=143$). De parallel versies van de VAT, de Rey Auditory and Verbal Learning Test (RAVLT) en de Cognitieve Screening Test (CST) werden afgenomen bij patiënten met een amnestische milde cognitieve stoornis (aMCI), patiënten met AD en gezonde controles ($N=125$). De CST is in gelijke mate voorspellend voor dementie als de MMSE. De totaal scores van de VAT en de RAVLT werden tegen de CST totaal score uitgezet in een grafiek. Met een hiërarchische multipiele regressie analyse werd nagegaan of een lineair of kwadratisch model paste bij de data. Een kwadratisch model was indicatief voor een bodemeffect en de totaal scores onder de constante in dit regressiemodel waren indicatief voor de range van dit bodemeffect.

Resultaten: De parallel versies correleerden in hoge mate ($r=.91$) met de originele VAT. Een lineair regressiemodel paste bij de VAT data. Een kwadratisch regressiemodel paste bij de RAVLT data. De parallel versies van de VAT lieten geen bodemeffect zien bij patiënten met aMCI en AD, terwijl de RAVLT dat wel deed.

Conclusie: De parallel versies van de VAT kunnen worden gebruikt voor het meten van de ernst en de progressie van episodische geheugenstoornissen bij patiënten met aMCI en AD.

PA₄ Kleinschalig wonen voor mensen met dementie

ZJ Keuning-Plantinga, EJ Finnema
NHL Hogeschool, Leeuwarden, Nederland

Achtergrond: De Cornelia Hoeve is een woonzorgboerderij met 12 bewoners. De vraag van de bewoner is het uitgangspunt van de zorg, waarbij eigen regie en een passende omgeving onderdeel vormen van de zorgvisie. Doel van het onderzoek is beschrijven en evalueren welke aspecten van de zorgvisie de kwaliteit van leven van de bewoners beïnvloeden vanuit het perspectief van de bewoners, de familie en de zorgprofessionals.

Methode: Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van deskresearch en een mixed method design. De MMSE is gebruikt voor het vaststellen van de mate van dementie. De Qualidem is gebruikt om de kwaliteit van leven te meten. Participerende observatie is gecombineerd met interviews met bewoners, familie en zorgprofessionals.

Resultaten: De bewoners zijn tevreden over hun appartementen, het eten, de sfeer en deels over activiteiten. De bewoners tonen geen initiatief bij het ondernemen van activiteiten. Familieleden zijn positief over de persoonlijke benadering en de zorg. Zij zijn en voelen zich betrokken bij de zorg. Familieleden vinden het belangrijk om geïnformeerd te zijn en dat activiteiten buitenshuis georganiseerd worden. Zorgprofessionals zijn tevreden over de gegeven zorg, het contact met familie, ICT en domotica. Zij geven aan het moeilijk te vinden om elkaar feedback te geven. Ook geven ze aan dat de dagelijkse activiteiten van bewoners verbeterd kunnen worden.

Conclusie: De gegeven zorg is warm en belevingsgericht, maar kan verbeterd worden door het aanbod van activiteiten te vergroten en de communicatie tussen de teamleden en naar de familie toe te verbeteren.

PA₅ Maatschappelijke participatie van mensen met dementie: de waarde van dagbesteding op zorgboerderijen

SR De Bruin¹, A Stoop¹, CCM Molema¹, P Hop²,
L Vaandrager³, CA Baan¹

¹RIVM, BILTHOVEN, Nederland

²LEAS bureau voor zorgvernieuwing,
Zoetermeer, Nederland

³Wageningen University, Wageningen, Nederland

Achtergrond: Inzicht geven in de mate waarin dagbesteding op zorgboerderijen kan bijdragen aan de maatschappelijke participatie van mensen met dementie, en in hoeverre zorgboerderijen zich hierin onderscheiden van reguliere instellingen voor dagbesteding.

Methode: We interviewden 50 koppels van mensen met dementie en hun mantelzorgers, te onderscheiden in mensen die deelnamen aan dagbesteding op een zorgboerderij (ZB-groep), mensen die hiervoor op een wachtlijst stonden (WL-groep) en mensen die deelnamen aan dagbesteding in een reguliere zorginstelling (RDB-groep).

Resultaten: Mensen uit de ZB- en WL-groep waren veelal getrouwde mannen van respectievelijk gemiddeld 71 en 76 jaar, die bijna allemaal een partner als mantelzorger hadden. Mensen uit de RDB-groep waren veelal verweduwd vrouwen van gemiddeld 85 jaar, van wie het merendeel een zoon of dochter als mantelzorger had. Beide typen dagbesteding lijken de maatschappelijke participatie van mensen met dementie door sociale interacties en (recreatieve) activiteiten te stimuleren. Zorgboerderijen kunnen er aanvullend voor zorgen dat mensen met dementie het gevoel hebben vrijwilligerswerk of betaald werk uit te voeren. Dit draagt bij aan hun gevoel ergens bij te horen en een zinvolle bijdrage te kunnen leveren aan de samenleving.

Conclusie: Zorgboerderijen hebben een toegevoegde waarde voor een bepaalde groep mensen met dementie. Een goede aansluiting tussen de voorziening voor dagbesteding en de wensen en mogelijkheden van mensen met dementie (en hun mantelzorgers) is daarom van belang. Gemeenten wordt daarom aangeraden om te zorgen voor diversiteit in het aanbod van dagbesteding zodat een brede groep van mensen met dementie en hun mantelzorgers ondersteund kan worden.

PA6

Hedonische en eudaimonische ervaringen in activiteiten bij verpleeghuiscliënten in relatie tot depressieve symptomen

R Leontjevas¹, A Melman¹, J Lataster¹, P Verboon¹, DL Gerritsen²

¹Open Universiteit, Heerlen, Nederland

²Radboud University Nijmegen, Medical Centre, Nijmegen, Nederland

Achtergrond: Onderzoek in verpleeghuizen toont dat basisinterventies gebaseerd op plezierige activiteiten en dagstructuur depressies verminderen. Om de effecten van basisinterventies beter te begrijpen is meer inzicht nodig in hedonische (hedonia, plezier) en eudaimonische ervaringen (eudaimonia, zin en betekenis) bij verrichte activiteiten. In deze studie is de samenhang van hedonia en eudaimonia met depressieve symptomen bij somatische verpleeghuiscliënten onderzocht.

Methode: Bij 59 bewoners (86% vrouwen, leeftijd $M=87,9$ jaar [$SD=5,9$]) werden in interviews vragenlijsten afgenomen over depressieve symptomen (GDS-8), positief en negatief affect (PANAS), en hedonia en eudaimonia in activiteiten.

Resultaten: Regressieanalyses toonden negatieve associaties tussen depressieve symptomen en hedonia ($\beta=-0,33$, $p=0,010$), en depressieve symptomen en eudaimonia ($\beta=-0,32$, $p=0,012$). Een interactiemodel was significant ($p=0,008$) en wees op minder depressieve symptomen bij lage hedonia als eudaimonia hoog was, en bij hoge hedonia als eudaimonia laag of gematigd was (interactie $\beta=0,31$, $p=0,027$). Er werden geen significante modellen gevonden voor negatief affect. Een model voor positief affect met hedonia ($\beta=0,96$, $p=0,003$), eudaimonia ($\beta=-0,92$, $p=0,004$), en hun interactie ($\beta=-0,41$, $p=0,003$) was significant ($p=0,006$) en suggereerde dat mensen vooral positief affect rapporteerden wanneer hedonia hoog en eudaimonia laag of gematigd waren.

Conclusie: Hedonische en eudaimonische ervaringen die samengaan met activiteiten worden geassocieerd met minder depressieve symptomen bij somatische verpleeghuiscliënten. Er zijn aanwijzingen dat mensen met depressieve symptomen voor betekenisvolle activiteiten kiezen als weinig tot geen plezier in activiteiten wordt ervaren. Grotere observationele studies en interventiestudies zijn nodig voor het verkennen van longitudinale effecten van de hedonistische en eudaimonische ervaringen op depressie en welzijn.

PA7

Implementatie van de Nederlandse delier richtlijn

ZHA Kentin, HM Boelens, BC van Munster
Gelre ziekenhuis, Apeldoorn, Nederland

Achtergrond: In 2013 is een nieuwe delier-richtlijn gepubliceerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Ten

opzichte van 2004 ligt er meer accent op diagnostiek, screening, preventie, niet-medicamenteuze behandeling en nazorg. Op welke manier deze nieuwe inzichten zijn geïmplementeerd in Nederlandse ziekenhuizen is nog onbekend. Het doel van dit onderzoek is tweeledig: (1) inzichtelijk maken in welke mate ziekenhuizen de nieuwe richtlijn hebben geïmplementeerd en (2) een weergave van de verschillen tussen de delier protocollen ten aanzien van screening, diagnostiek en medicamenteuze behandeling.

Methode: Delirium protocollen van ziekenhuizen werden verzameld in de periode augustus tot december 2012 en in de periode april tot juni 2015 na verschijnen van de richtlijn in 2013. Protocollen werden vergeleken op het gebied van screening, preventie, diagnostiek, therapie en nazorg.

Resultaten: Het onderzoek laat zien dat 59% van de geïncludeerde ziekenhuizen in 2015 het protocol niet hebben aangepast aan de nieuwe richtlijn. In 45% bevatten de protocollen geen VMS screeningsvragen. Diagnostiek middels DOS werd in 94% van de protocollen beschreven. Er werden verschillen gezien in het medicamenteuze beleid. Nazorg wordt in 37 van de 51 protocollen beschreven.

Discussie: Enige stagnatie van de implementatie kan verwacht worden doordat de bekendwording van de richtlijn en de praktische invoering een bepaalde tijdsspanne bedraagt. De onderlinge verschillen van de protocollen kunnen deels verklaard worden door intercollegiale verschillen en de beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor medicamenteuze therapie. Echter om inzicht te krijgen in de werkelijke implementatie van de richtlijn op de werkvloer is meer onderzoek nodig.

Groep B: Gezond ouder worden

PB8

Ouderen van nu en straks: onderzoek naar determinanten van kwetsbaarheid in de Doetinchem Cohort Studie

SH van Oostrom, ML Rietman, DL Van der A, HSJ Picavet, M Lette, SR De Bruin, AMW Spijkerman RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond: Kwetsbaarheid is een centraal begrip in onderzoek naar de gezondheid en zorg voor ouderen. De vraag is of kwetsbaarheid van de huidige ouderen anders is dan die van ouderen van de (nabije) toekomst. In dit onderzoek

bestuderen we determinanten van fysieke, sociale, psychische en cognitieve kwetsbaarheid en in hoeverre deze verschillen tussen generaties.

Methode: De Doetinchem Cohort studie is een verouderingsonderzoek waarin een aselechte steekproef van volwassene (20–59 jaar) uit de algemene bevolking van Doetinchem vanaf 1987 elke 5 jaar wordt gemeten. Metingen bestaan uit vragenlijsten en lichamelijk onderzoek. In de meest recente (5^e) meetronde ($n=4019$) waren de deelnemers tussen 40 en 80 jaar. We bestuderen aan de hand van een aangepast model van kwetsbaarheid, gebaseerd op de Tilburg Frailty Indicator, determinanten op het gebied van sociaal-demografische kenmerken, leefgewoonten, levensgebeurtenissen, ziekten en biologische kenmerken.

Resultaten: Voorlopige resultaten laten zien dat fysieke kwetsbaarheid (≥ 3 van 8 verminderde fysieke parameters) bij 193 (4,8%) van de 40–80 jarigen voorkomt, sociale kwetsbaarheid (≥ 2 van 3 criteria: sociale steun, eenzaamheid, participatie) bij 166 (4,1%), psychische kwetsbaarheid (2 criteria: angst, depressie) bij 252 (6,3%) en cognitieve kwetsbaarheid (lage score op cognitieve testbatterij) bij 311 personen (10,0%).

Conclusie: Generatieverschillen voor de determinanten van kwetsbaarheid wijzen mogelijk op verschillen in de aard en omvang van kwetsbaarheid van toekomstige ouderen. Inzicht hierin kan bijdragen aan het voorspellen van de zorgbehoefte van toekomstige ouderen.

PB9

Gezondheidsbevordering door verpleegkundigen bij ouderen: match of mis(sed)-match

AE Marcus-Varwijk¹, DS Madjdian², MWM Mensen³, TLS Visscher³, JC Seidell⁴, JPJ Slaets⁵, CHM Smits³

¹Hogeschool Windesheim/RUG, Zwolle, Nederland

²Wageningen Universiteit, Wageningen, Nederland

³Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

⁴Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

⁵Rijksuniversiteit Groningen en UMCG, Groningen, Nederland

Achtergrond: Verpleegkundigen kunnen in hun rol van gezondheidsbevorderaar, ouderen stimuleren om gezond te leven en daarmee hun zelfredzaamheid verhogen. Steeds duidelijker wordt dat het daarbij van belang is dat professionals aansluiten bij de mogelijkheden, persoonlijke doelen en overwegingen van ouderen. De

interventie ‘Consultatiebureaus voor Ouderen’ biedt verpleegkundigen de gelegenheid leefstijl bespreekbaar te maken met oudere cliënten. Welke competenties zetten verpleegkundigen in en sluiten deze aan bij de overwegingen en mogelijkheden van de oudere om de eigen gezondheid te bevorderen?

Methode: Een multiple casestudie is uitgevoerd om te onderzoeken welke competenties en gedragingen verpleegkundigen vertonen in de context van het ‘Consultatiebureau voor Ouderen’. Observaties van 15 consulten, semigestructureerde interviews met verpleegkundigen ($n=13$) en ouderen ($n=19$) zijn uitgevoerd. Interviews met ouderen zijn getranscribeerd en gecodeerd met QDA Miner. De Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) werd gebruikt bij de stappen van de data-analyse.

Resultaten: Uit de eerste analyses komen de volgende thema’s naar voren: Sfeer, Competenties van verpleegkundigen, Interactie, Advisering, Besluitvorming en Participatie.

Conclusie: Tijdens het contact tussen de oudere en de verpleegkundige blijkt een ‘klik’ van belang. Uit analyses blijkt dat veel verpleegkundigen in deze setting voornamelijk adviezen geven vanuit hun eigen kennis en expertise en dat gezamenlijke besluitvoering daarbij nog weinig wordt ingezet.

PB10

Rust roest – Blijf Actief Thuis

SF Metzelthin¹, GAR Zijlstra¹, E van Rossum², GIJM Kempen¹

¹Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

²Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland

Achtergrond: Hoewel fysiek bewegen van groot belang is voor het behoud van zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen blijven wonen, maken veel thuiswonende ouderen onvoldoende gebruik van hun beweegcapaciteit. In het afgelopen decennium zijn in de Amerikaanse verpleeghuissetting veel ervaringen opgedaan met Function Focused Care (FFC). FFC beoogt de bestaande filosofie in de zorg, die gekenmerkt wordt door een overname van zorgtaken, te veranderen naar een zorgfilosofie waar het stimuleren van zelfredzaamheid centraal staat. Doel van deze studie is om FFC te vertalen naar de Nederlandse thuiszorg resulterend in het programma “Blijf Actief Thuis”.

Methode: Op basis van literatuurstudie en gesprekken met internationale FFC experts ($n=6$) en naar aanleiding van een zestal bijeenkomsten met een interdisciplinaire werkgroep bestaande

uit Nederlandse zorgverleners ($n=9$) is een conceptversie voor “Blijf Actief Thuis” ontwikkeld.

Resultaten: “Blijf Actief Thuis” richt zich zowel op thuiswonende ouderen als op zorgverleners werkzaam in de thuiszorg. Naast educatie over het belang van fysiek bewegen en de consequenties van het overnemen van (zorg-) taken, staat het opdoen van nieuwe competenties centraal. Ouderen leren hoe ze maximaal gebruik kunnen maken van hun capaciteiten en zorgverleners leren hoe ze ouderen hierbij het beste kunnen ondersteunen. Om een terugval in oude rollen en routines te voorkomen worden ouderen en zorgverleners continu gemotiveerd om het nieuwe gedrag vol te houden.

Conclusie: Na een pilotstudie bij één thuiszorgteam zal de definitieve versie van “Blijf Actief Thuis” in een cluster gerandomiseerde studie op praktische toepasbaarheid en potentiële effectiviteit getest worden.

PB11

Bewegen en depressie bij ouderen

S Wassink-Vossen¹, RM Collard², RC Oude Voshaar³, HC Comijs⁴, HM de Vocht⁵, E Noorthoorn¹, P Naarding¹

¹GGNet, Apeldoorn, Nederland

²Radboud UMC, Nijmegen, Nederland

³UMC, Groningen, Nederland

⁴EMGO/VUmc/GGZinGeest, Amsterdam, Nederland

⁵Saxion, Enschede, Nederland

Achtergrond: Bewegen wordt gezien als een belangrijke beïnvloedbare factor voor het in stand houden en verbeteren van gezondheid. De exacte relatie tussen bewegen en depressie bij ouderen is nog onduidelijk. Doelen: (1) exploreren van onderscheidende factoren in de relatie tussen bewegen en depressiekenmerken bij ouderen en (2) exploreren of de mate van bewegen een voorspellende waarde heeft op het beloop van depressie.

Methode: Er werd een cross-sectionele en longitudinale studie verricht. Hiervoor werden data gebruikt uit de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO). Bewegen werd gemeten met de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Om de relatie tussen bewegen en depressie te exploreren, werden verschillende depressie kenmerken, mogelijk beïnvloedende factoren en uitkomsten na 2 jaar geanalyseerd middels multiële lineaire regressiemodellen.

Resultaten: Ouderen met een depressie bewegen minder dan ouderen zonder depres-

sie. Het verschil wordt verklaard door functionele beperkingen en een verminderd gevoel van controle hebben over het eigen leven. De meest inactieve depressieve ouderen zijn ouder, hebben meer functionele beperkingen en gebruiken meer medicatie dan de actievare depressieve ouderen. De mate van bewegen heeft geen voorspellende waarde op het beloop van de depressie na twee jaar.

Conclusie: Deze studies bevestigen dat depressie bij ouderen is geassocieerd met minder bewegen waarbij andere kenmerken dan de depressie aandeel hebben in het verschil. De afwezigheid van voorspellende waarde van bewegen op het beloop van de depressie geeft de noodzaak aan van meer lange termijn onderzoek in deze groep.

PB12

Voeding als alternatief voor laxantia bij de behandeling van ouderen met obstipatie. Een verkenning naar opties en haalbaarheid

SW van den Berg, M Weda, CJM Rempelberg, JMA Boer
RIVM, Bilthoven, Nederland

Achtergrond: Ongeveer 25% van de ouderen heeft last van obstipatie. Ter behandeling worden laxantia veelvuldig aan hen voorgeschreven. Het doel van deze verkenning is om na te gaan in hoeverre aanpassingen in de gebruikelijke voeding als alternatief kunnen dienen voor laxantia.

Methode: Gegevens zijn afkomstig uit de literatuur en databases zoals de GIPdatabank (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project), het EU Register Voeding en Gezondheidsclaims, het Nederlands Voedingsstoffenbestand en de Nederlandse voedselconsumptiepeiling onder 70-plussers.

Resultaten: Vervanging van het laxans psylliumzaad door vezelrijke producten bleek de meest reële optie. In 2013 gebruikten meer dan 57.000 ouderen psylliumzaad. Voedingsvezels hebben een laxerende werking en voor vezels afkomstig uit gerst, haver, tarwe, en rogge is een claim goedgekeurd. Volledige vervanging van de standaard dagdosis psylliumzaad (7 gram) is mogelijk in de praktijk niet haalbaar, maar de helft wel. Er is ruimte om de vezelinname te verhogen omdat Nederlandse ouderen minder vezels eten dan door de Gezondheidsraad wordt geadviseerd en ze relatief weinig vezelrijke peulvruchten, volkoren pasta, zilvervliesrijst en pruimen consumeren. Vervanging van 3,5 gram psylliumzaad – bijvoorbeeld door het eten van 1 vijg en 1 plak ontbijtkoek en het drinken van 1 glas sinaas-

appelsap met vruchtvlees – brengt in theorie een kostenbesparing van circa 2,1 miljoen euro met zich mee.

Conclusie: Deze verkenning geeft aan dat het haalbaar lijkt om een substantieel deel van het voorgeschreven psylliumzaad te vervangen door relatief kleine en reële aanpassingen in de voeding. Verder onderzoek zou zich moeten richten op de (kosten)effectiviteit in de praktijk.

PB13

Succesvol oud worden; een empirische conceptualisatie

MJ Aartsen¹, A Kok¹, D Deeg², M Huisman¹
¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland
²VUmc, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: In de afgelopen decennia zijn verschillende concepten van succesvol ouder worden (SA) gebruikt om het proces van ouder worden te kwalificeren, maar velen worden bekritiseerd vanwege de smalle focus, de onbedoelde kloof tussen winnaars en verliezers of het gebrek aan aandacht voor het perspectief van het ouderen zelf. In dit paper wordt een proof-of-principle besproken van een empirische conceptualisering van SA.

Methoden: Latente Klasse Groeimodellen werden gebruikt om homogene klassen van mensen met verschillende trajecten van verandering in negen indicatoren van succesvol ouder worden te identificeren. De gegevens (N=2185) komen uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam, en 16 jaar verandering werd beschreven voor indicatoren van fysiek (ADL, subjectieve gezondheid), cognitief (MMSE), psychisch (CES-D) en sociaal (sociale eenzaamheid, sociale participatie, geven van steun) functioneren en subjectief welzijn. SA werd gekwantificeerd als het aantal succesvolle trajecten in negen domeinen.

Resultaten: De SA-index werd berekend als voor ten minste 7 van de 9 indicatoren data aanwezig was. Een traject is succesvol als er weinig of geen achteruitgang is, of als er sprake is van herstel. Het gemiddelde aantal succesvolle trajecten is 5,7 voor mannen en 5,1 voor vrouwen; 39% van de mannen en 30% van de vrouwen. Slechts een klein deel (7% van de mannen en 12% van de vrouwen) is succesvol in twee of minder domeinen van functioneren.

Conclusie: SA kan worden gekwantificeerd in termen van aantal succesvolle trajecten, verspreid over aspecten van de fysieke, emotionele, cognitieve en sociaal functioneren. De SA-index kan worden gebruikt door beleidsmakers en onderzoekers die geïnteresseerd zijn in de mate waarin ouderen succesvol ouder worden.

PB14**Sociaal economische ongelijkheid in Successful Aging**

A Kok¹, M Aartsen², D Deeg³, M Huisman¹

¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

²VUmc & Longitudinal Aging Study Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

³VUmc, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Er is nog weinig bekend over de mate waarin sociaal-economische ongelijkheden in gezondheid en welbevinden van ouderen verklaard kunnen worden doordat bepaalde ontvrichtende levensgebeurtenissen vaker voorkomen in lage of juist hoge sociale klassen.

Methode: Deze studie gebruikt een ‘Successful Aging-index’ als uitkomstmaat, gebaseerd op negen indicatoren van fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren. Analyses zijn gebaseerd op gegevens van 2141 respondenten die gedurende de periode 1992–2008 deelnamen aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam. In een Structural Equation Model zijn meerdere gehypothetiseerde directe en indirecte relaties geschat tussen ouderlijke SES, eigen SES, levensgebeurtenissen in de kindertijd en volwassenheid, en Successful Aging (SA).

Resultaten: Eigen SES was positief gerelateerd aan SA. Ouderlijke SES had alleen een positief verband met SA via eigen SES. Behalve gezinsproblemen waren gebeurtenissen in de kindertijd niet direct gerelateerd aan SA. Eigen scheiding, verweduwing, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid waren negatief gerelateerd aan SA. SES-verschillen namen toe nadat levensgebeurtenissen in het model werden toegevoegd. Dit kwam doordat arbeidsongeschiktheid weliswaar vaker voorkwam bij lagere SES, maar eigen scheiding, de dood van één of beide ouders in de kindertijd, en ‘overige negatieve gebeurtenissen in de kindertijd’ kwamen juist vaker voor bij hogere (ouderlijke) SES.

Conclusie: Levensgebeurtenissen en SES, met name gedurende de volwassenheid, zijn grotendeels onafhankelijk van elkaar gerelateerd aan SA. Voor zover de levensgebeurtenissen SES-verschillen in SA kunnen verklaren, lijken juist individuen met hogere SES in het nadeel te zijn. De specifieke levensgebeurtenissen die hier onderzocht zijn, in combinatie met een betere recall bij individuen met hogere SES vormen mogelijke verklaringen.

PB15**Actief ouder worden en de rol van de subjectieve sociaal economische status**

PG Geurts¹, M Aartsen², M Huisman³

¹Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen, Nederland

²VUmc & Longitudinal Aging Study Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

³Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Het Nederlandse beleid zet in op actief ouder worden om de druk op het pensioen- en zorgstelsel te beperken. Een hogere objectieve sociaaleconomische status heeft een positief effect op actief ouder worden. Het huidige onderzoek verkent in hoeverre de beleving van de eigen sociaaleconomische status het actief ouder worden beïnvloedt en in welke mate de subjectieve en objectieve sociaaleconomische status elkaar daarin beïnvloeden.

Methoden: Er worden drie observaties gebruikt uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Hiervan zijn er twee afkomstig van de hoofdmetingen in 2008 en 2012, en een tussenmeting uit 2010 ($N=1165$, tijdspanne van vier jaar). Actief ouder worden wordt gemeten middels negen indicatoren die stroken met de definitie van de World Health Organization van Active Aging, waarvoor een index uit verschilcores is geconstrueerd. De MacArthurScale of Subjective Social Status meet de subjectieve sociaaleconomische status. Lineaire regressieanalyses zijn uitgevoerd om het belang van zowel subjectieve als objectieve sociaaleconomische status vast te stellen voor het actief ouder worden

Resultaten: Uit voorlopige resultaten blijkt dat de subjectieve sociaaleconomische status geen direct effect heeft op actief ouder worden. Tevens is er geen relatie tussen de subjectieve en objectieve sociaaleconomische status gevonden wat betreft actief ouder worden. Slechts een van de drie indicatoren voor de objectieve sociaaleconomische status, opleidingsniveau, hangt positief samen met actief ouder worden.

Conclusie: De subjectieve sociaaleconomische status heeft geen invloed op actief ouder worden.

Groep C: Ontwikkelingen in de ouderenzorg

PC16

Tijdsbesteding van het zorgpersoneel in verpleeg- en verzorgingshuizen; een observationeel onderzoek

A Tuinman¹, M de Greef², WP Krijnen¹, MB Nieweg¹, PF Roodbol³
¹Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland
²Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland
³Academisch Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Achtergrond: Betere kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt geassocieerd met méér zorgpersoneel én de aanwezigheid van verpleegkundigen. Studies laten echter wisselende resultaten zien als het gaat om welk zorgpersoneel van invloed is op betere zorguitkomsten. Dit komt mede omdat onduidelijk is waar de zorgverlening uit bestond. Doel: het inzichtelijk maken van de tijd die wordt besteed aan zorginterventies door verzorgend en verplegend personeel. Daarnaast het verkennen van de relatie tussen de tijdsbesteding en beroepsgroep, zorgzwaarte van bewoners en het soort afdeling.

Methode: De Nursing Interventions Classification is gebruikt om een observatielijst te ontwikkelen. Observaties zijn uitgevoerd bij verzorgenden ($n=89$), verpleegkundigen ($n=19$), helpenden ($n=19$) en eerstverantwoordelijke verzorgenden ($n=9$) werkend op verzorgingshuis- (4), somatische (3)- en psychogeriatrische (6) afdelingen in vijf zorgcentra in Noord-Nederland. Met behulp van lineair mixed models met log-getransformeerde tijdswaarnemingen is de relatie tussen de tijd besteed aan zorgdomeinen en beroepsgroep, zorgzwaarte en type afdeling geanalyseerd.

Resultaten: Zorgpersoneel besteedde de meeste tijd aan fysiologische zorg en weinig tijd aan psychosociale- en veiligheidsinterventies. Het verschil in tijdsbesteding tussen beroepsgroepen was klein. Type afdeling was significant geassocieerd met de tijdsbesteding en niet de zorgzwaarte van bewoners of beroepsgroep.

Conclusie: Taakdifferentiatie tussen verzorgend en verplegend en personeel leek beperkt. De zorgzwaarte van bewoners was niet van invloed op de gegeven zorg. De toename van de stijgende complexe zorgbehoeften van bewoners en het doel van verpleeg- en verzorgingshuizen om persoonsgerichte zorg te verlenen vereist een her-

overweging van de inzet van het verschillende zorgpersoneel.

PC17

De vervulling van psychologische basisbehoeften op het werk in relatie tot het welbevinden van zorgmedewerkers in verzorgingshuizen

N Kloos, SMA Lamers, GJ Westerhof, ET Bohlmeijer
 Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond: Met de veranderingen in de zorg ligt een nadruk op negatieve kanten van het werk in verzorgingshuizen, zoals verhoogde werklast, werkstress en burn-out. Voor de positieve kanten van het werk is minder aandacht. In deze studie is de werkgerelateerde vervulling van de drie psychologische basisbehoeften autonomie, verbondenheid en competentie van zorgmedewerkers in relatie tot hun werkbevoegenheid, werktevredenheid en subjectief welbevinden onderzocht.

Methode: 123 zorgmedewerkers van somatische afdelingen van vier woonzorgcentra vulden online vragenlijsten in als deel van een project gericht op het verhogen van het welbevinden van bewoners. Werkgerelateerde vervulling van psychologische basisbehoeften (WR-BNSS), werkbevoegenheid (UWES), werktevredenheid en subjectief welbevinden (SWLS) werden meegenomen in de huidige studie. De data werden geanalyseerd met Pearson correlaties en drie regressieanalyses.

Resultaten: De vervulling van de drie basisbehoeften correleerden significant met werktevredenheid, bevoegenheid en algemeen welbevinden (alle $r > .35$; $p < .01$). Regressieanalyses toonden dat vervulling van verbondenheid een unieke relatie heeft met alle drie uitkomsten van welbevinden op het werk (β 's $\geq .25$), gecontroleerd voor de twee andere basisbehoeften. Autonomie toonde een unieke relatie met werktevredenheid en bevoegenheid (β 's $\geq .31$), en competentie met alleen werktevredenheid ($\beta = .15$).

Discussie: Bij zorgmedewerkers zijn verbondenheid en autonomie sterker gerelateerd aan welbevinden op het werk dan competentie. Een goede band met collega's en zelfsturing zijn dus het meest van belang. In het vervolg van dit project wordt onderzocht of de vervulling van de psychologische basisbehoeften verbondenheid en autonomie kan worden verhoogd door een positief-psychologische interventie en of daarmee het welbevinden van zorgmedewerkers wordt bevorderd.

PC18**Zeven professionele verpleegkundige rollen, van theorie naar praktijk, er valt nog iets te winnen!**

P Huizenga¹, R Gobbens², E Finnema³, P Roodbol⁴

¹NHL Hogeschool/RUG, Leeuwarden, Nederland

²Hogeschool Inholland, Amsterdam, Nederland

³NHL Hogeschool, Leeuwarden, Nederland

⁴RUG/UMCG, Groningen, Nederland

Achtergrond: Eén van de ontwikkelingen om de kwaliteit van zorg voor ouderen te behouden en te stimuleren, is de inzet en opleiding van HBO verpleegkundigen met een differentiatie in Gerontologie en Geriatrie (HBO-VGG) met een educatief programma op basis van het theoretische framework van CanMEDS. Kwalitatief onderzoek toont aan dat HBO-VGG, in het noorden van Nederland, ondanks hun opleiding vooral gericht zijn op de directe zorg voor patiënten en minder op professionele rollen als netwerker, kenniswerker en professional. Is deze situatie vergelijkbaar voor de totale populatie van HBO-VGG in Nederland en wat is de perceptie van samenwerkende partners hierin?

Methode: Er werd gebruik gemaakt van mixed methods design bestaande uit een survey (N=106) en een vergelijkende case studie (N=52). Gegevens werden verzameld tussen september 2013 en april 2014.

Resultaten: In de praktijkuitvoering scoorden de rollen kenniswerker (9,4%) en netwerker (6,9%) het laagst. Ook in mate van belangrijkheid scoorden deze rollen het laagst netwerker (2,8%) en kenniswerker (1,9%). Uit interviews blijkt dat samenwerkende partners, HBO-VGG vooral rollen zien vervullen van communicator, zorgregisseur en samenwerker. Organisaties doen minder beroep op de rollen van netwerker, kenniswerker en professional.

Conclusie: De zorgverlenersrol is de centrale rol, vanuit deze rol houdt de HBO-VGG feeling met de praktijk en kan goed invulling geven aan de andere rollen. Het gevaar bestaat dat de HBO-VGG door het primaire proces wordt opgeslokt en dat specifieke taken en bevoegdheden van de overige rollen stagneren, taken die juist invulling kunnen geven aan innovaties en kwaliteitsverbetering van de ouderenzorg.

PC19**Schurende Beroepsethiek?**

AM van den Berg, MR Koopman- Draijer, CHM Smits
Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond: Professionals in zorg en welzijn werken steeds meer samen in de wijk. Samenwerking is nodig tussen wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en maatschappelijk werkers. Wat betekent deze samenwerking voor grenzen tussen beroepen en voor opleidingen? Welke invloed heeft beroepsethiek op samenwerking? Onderzoeksvraag: Wat is de visie van zorg en welzijnsprofessionals (opleiders, studenten, professionals) op de eigen beroepsethiek en hoe worden verschillen en overeenkomsten in beroepsethiek ervaren in de samenwerking?

Methode: In focusgroepbijeenkomsten bespraken studenten, docenten en professionals uit verpleegkunde, maatschappelijk werk en toegepaste gerontologie hun visie op kernwaarden van het eigen beroep en de betekenis van de beroepsethiek als factor in de samenwerking. De bijeenkomsten zijn getranscribeerd en in QDA miner gecodeerd. Via open, axiale en selectieve codering is geanalyseerd.

Resultaten: Opleiders en studenten bespraken kernwaarden op verschillende wijze. De volgende thema's kwamen aan het licht bij zowel opleiders, studenten als professionals: een gemeenschappelijk ervaren knelpunt in het naleven van protocollen die losgeraakt zijn van waarden; een gemeenschappelijk centraal stellen van de cliënt; verschil in hoeverre je mee gaat in de eigen kracht van de cliënt.

Conclusie: In vergelijking met opleiders benoemden studenten minder kernwaarden. Zij wezen vooral op werkwijze en spanningsvelden binnen het eigen beroep. Een mogelijke aanbeveling is om in het onderwijs meer aandacht te besteden aan kernwaarden van het beroep in relatie tot samenwerking tussen disciplines.

PC20**Professioneel samenwerken in de wijk: naar monitoringsinstrumenten voor de praktijk**

MWM Mensen, J Hofhuis, A Van den Berg, L Ten Den, M Koopman, S de Vries, CHM Smits
Hogeschool Windesheim, Zwolle, Nederland

Achtergrond: De transities in zorgen welzijn veranderen de beroepspraktijk voor de sociale en zorgprofessionals in de wijk. Nieuwe vormen van samenwerking rond kwetsbare ouderen én met

informele partners in de wijk doen hun intrede. Aangezien beide vormen van samenwerking vaak moeizaam verlopen, ontwikkelen we praktische instrumenten om de kwaliteit van de samenwerking te monitoren en te verbeteren.

Methoden: In dit ontwikkel- en onderzoeksproject worden mixed methods ingezet om instrumenten op te leveren die enerzijds systematisch met behulp van onderzoek onderbouwd zijn en anderzijds voldoen aan de wensen van toekomstige gebruikers. In de voorbereidende fase zijn stapsgewijs concept-samenwerkingsthermometers ontwikkeld via literatuurverkenning, conceptmappingbijeenkomsten met professionals, focusgroepbijeenkomsten met vrijwilligers en mantelzorgers, en een survey.

Resultaten: De eerste resultaten laten zien dat het van groot belang is om de volgende dimensies op te nemen in de concept-samenwerkingsthermometers: taakinterdependentie, afspraken over ethiek, taakverdeling, gelijkwaardigheid, luisteren, gedeelde visie, regelmatigheid, teamidentiteit, reflexiviteit, vertrouwen, onderlinge concurrentie en autonomie.

Conclusie: Het komend jaar volgen de resultaten van het in gang gezette intensieve ontwikkel- en onderzoeksproject met genoemde belanghebbenden. Resultaten die de ervaren meerwaarde van de thermometers voor de professionele samenwerking in de wijk zichtbaar maken. Een samenwerking die bijdraagt aan een versterking van efficiënte en effectieve zorg en dienstverlening aan een groeiende groep kwetsbare ouderen in een maatschappelijke context van toenemende schaarste

PC21

Problemen en prioriteiten in mondzorg en mondgezondheid van thuiswonende ouderen in Nederland - een mixed-method onderzoek

B Everaars¹, K Jerkovic – Cosic²,

G-J Van der Putten², GJMG van der Heijden³

¹Hogeschool Utrecht/ACTA, Utrecht, Nederland

²Hogeschool Utrecht, Utrecht, Nederland

³ACTA, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Complexe gebitten en afname van goede mondhygiëne bij ouderen kan leiden tot een slechte mondgezondheid. Dit kan grote impact hebben op het welzijn en de kwaliteit van leven van ouderen. Met de hogere levensverwachting, zullen de problemen en behoeften betreft mondgezondheid van thuiswonende ouderen de zorgvraag doen vergroten. In dit onderzoek hebben we problemen en behoefte in mondzorg en mondgezondheid van thuiswonende ouderen

geïdentificeerd en geprioriteerd voor de huidige situatie en de toekomst.

Methoden: In een focus groep en 12 diepte interviews, zijn de perspectieven en ervaringen van thuiswonende ouderen betreft problemen en behoeften in mondzorg en mondgezondheid geïdentificeerd. Hieruit is een lijst met problemen en behoeften ontstaan welke werd gepresenteerd in een vragenlijst aan N=97 thuiswonende ouderen om de meest gerapporteerde problemen en behoefte te prioriteren.

Resultaten: Over het algemeen zijn ouderen tevreden met hun huidige mondgezondheid, het onderhoud en de zorg hiervan. Echter, er zijn verschillen in huidige behoeften/problemen en verwachte behoeften/problemen in de toekomst. De eerste relateren met name tot geobserveerde problemen met betrekking tot de geleverde mondzorg en het kennisniveau van patiënten betreft mondgezondheid. Voor de toekomst, werd het verliezen van autonomie en het belang van dagelijkse mondzorg door de thuiszorg benadrukt. De kosten van mondzorg werd gezien als het grootste probleem in de focus groep en vragenlijst (N (32) * gewicht (3,6)=113,9).

Conclusie: Het is belangrijk om verwachtingen en perspectieven van thuiswonende ouderen mee te nemen in beleidsplannen om toekomstige mondzorg te organiseren, omdat deze verschillen van tandheeskundige professionals.

PC22

Aanpak eenzaamheid ouderen: Nieuwe rollen voor vrijwilliger en professional

JTB Van 't Veer, EJ Finnema

NHL Hogeschool, Leeuwarden, Nederland

Achtergrond: Eenzaamheid is een significant probleem onder ouderen. De vigerende aanpak van eenzaamheid is sterk gericht op het bevorderen van eigen regie en het aanwenden van bestaande sociale netwerken. Maar ook de inzet van vrijwilligers – zorg- en welzijnsprofessionals – wordt steeds belangrijker. In zeven Friese gemeenten is onderzocht hoe professionals en vrijwilligers samenwerken in het signaleren, interveniëren en doorverwijzen bij eenzaamheid onder ouderen.

Methoden: Het onderzoek kende meetmomenten in 2012 en in 2013, onder zorg- en welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties. De beginmeting telde 121 respondenten (56 professionals, 65 vrijwilligers) en meting twee 71 (37 professionals en 37 vrijwilligers). In een (semi) gestructureerd interview schatten respondenten hun rol en deskundigheid in wat betreft het sig-

naleren, interveniëren en het samenwerken met andere (in)formele organisaties.

Resultaten: Professionals, maar ook vrijwilligers zagen voor zichzelf een belangrijke rol bij het signaleren van eenzaamheid bij ouderen (beide 75%). Professionals (70%) en bijna net zoveel vrijwilligers (67%) vonden zichzelf ook belangrijke bij verdere ondersteuning. Beide groepen achtten zich hierin deskundig. Beide groepen zagen ‘eigen regie’ en ‘aanwenden van bestaande sociale netwerken’ als belangrijke methodische principes bij de eenzaamheidsaanpak, maar consequent handhaven is soms lastig (vonden vooral de vrijwilligers). Samenwerking en doorwijzing tussen organisaties gebeurt weinig. Tussen beide meetmomenten waren weinig verschillen.

Conclusie: De inzet van vrijwilligers bij eenzaamheid is niet zonder dilemma’s. Enerzijds nemen zij veel verantwoordelijkheid; anderzijds is er een grens aan hun draagkracht en professionalisering. Beleid gericht op meer vrijwillige inzet vergt een duidelijke investering, met (ook) aandacht voor de veranderende rol voor professionals.

Groep D: Technologie voor goede zorg

PD23

Omgaan met eenzaamheid: een online vriendschapskursus voor 50-plussers

TE Bouwman¹, MJ Aartsen¹, TG Van Tilburg¹, NL Stevens²

¹Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland

²Radboud Universiteit, Nijmegen, Nederland

Achtergrond: Eenzaamheid is een complex probleem dat verschillende oorzaken kent. Een online vriendschapskursus is ontwikkeld die 50-plussers verschillende manieren aanleert om met eenzaamheid om te gaan. De cursus moedigt mensen aan om zowel de kwaliteit als de kwantiteit van hun vriendschappen te verbeteren. De cursus besteedt daarnaast aandacht aan twee andere strategieën om met eenzaamheid om te gaan: het bijstellen van verwachtingen en het verminderen van het belang van het probleem. De cursus bestaat uit wekelijkse lessen met oefeningen, dagboeken en vragenlijsten.

Methodie: Bij 239 deelnemers van 50 jaar en ouder (131 met een intensieve interventie en 108 met een lichte interventie) zijn in 2013 gegevens verzameld.

Resultaten: De eenzaamheid van de deelnemers bij aanvang is hoog (gemiddeld 8.1 op de

eenzaamheidsschaal met een bereik van 0–11). Na zes weken was de eenzaamheid van deelnemers met een intensieve interventie afgenomen, en bleef de eenzaamheid in de andere groep gelijk. Na elf weken was de eenzaamheid in beide groepen afgenomen. Een jaar na de start van de cursus is de eenzaamheid in beide groepen nog verder gedaald. Naast de vragenlijsten werd ook dagelijks eenzaamheid gerapporteerd. Deze dagelijks gerapporteerde eenzaamheid neemt niet af naar mate men langer in het programma zit. Als deelnemers met een intensieve interventie oefeningen uit de cursus deden en die als redelijk succesvol beoordeelden, voelden ze zich die dag minder eenzaam. In beide groepen was de eenzaamheid lager op dagen waarop men waardevolle contacten had.

Conclusie: Deze eerste resultaten laten zien dat de online vriendschapskursus veelbelovend is in het terugdringen van eenzaamheid.

PD24

PERSSILAA project: een nieuw service model voor ouderen om te screenen op en ter voorkoming van kwetsbaarheid; eerste resultaten

SWT Frazer¹, SM Jansen-Kosterink¹,

MMR Vollenbroek-Hutten²

¹Roessingh Research and Development,

Enschede, Nederland

²Universiteit van Twente, Enschede, Nederland

Achtergrond: Screening op verhoogd risico op kwetsbaarheid en functionele achteruitgang is de sleutel tot succesvol ouder worden. Om dit op een kosteneffectieve en proactieve manier te realiseren wordt in het Europese PERSSILAA-project gewerkt aan een technologie ondersteunde dienst, waarin zorg- en welzijnsinstellingen samenwerken om dit te realiseren.

Methodie: De dienst bestaat uit een screening en het aanbieden van online diensten. De screening kent twee stappen: een eerste zelfscreening (online/papier) en een tweede professionele face-to-face screening voor diegene die in de eerste stap een verhoogd risico op kwetsbaarheid vertonen. Degene die in stap twee eveneens een verhoogd risico op kwetsbaarheid vertoont krijgt online diensten, ter bevordering van gezond ouder worden, aangeboden.

Resultaten: Voor de eerste screening zijn 1234 ouderen tussen de 65–75 jaar benaderd via hun huisarts. 575 ouderen hebben de vragenlijst ingevuld. Van deze ouderen is 24,1% geclassificeerd als kwetsbaar, 18,1% als verhoogd risico op kwetsbaarheid en 57,2% als robuust. Uit de resultaten van de tweede screening bleek dat van de

ouderen in de groep met een verhoogd risico op kwetsbaarheid 84,6% cognitieve en 52,6% fysieke problemen ondervindt en dat 11,5% verslechterde eetgewoontes had. Vierenveertig ouderen met een verhoogd risico heeft aangegeven te willen werken met technologie ondersteunde diensten om hun gezondheid te verbeteren en 17 zijn inmiddels met de online training begonnen.

Conclusie: De eerste resultaten van het nieuwe service model toont de noodzaak aan dat ouderen niet alleen worden gescreend op alleen generieke gezondheid, maar ook op het fysieke-, cognitieve en voedingsdomein.

PD25

Telemonitoring voor vroegtijdige signalering en behandeling van ondervoeding bij ouderen: studieopzet en methoden voor evaluatie

MN van Doorn-van Atten, A Haveman-Nies, JHM de Vries, CPGM de Groot
Wageningen Universiteit, Wageningen, Nederland

Achtergrond: In Nederland wordt geschat dat 11–35% van de thuiswonende ouderen ondervoed is. Ondervoeding bij ouderen is geassocieerd met een langzamer herstel, afname van de levenskwaliteit en een verhoogd sterfterisico. Vroegtijdige signalering en behandeling van ondervoeding is daarom belangrijk. Technologie zou zorgverleners hierin kunnen ondersteunen door middel van telemonitoring: het op afstand meten van de gezondheid van patiënten. Het doel van dit onderzoek is het evalueren van een telemonitoringsinterventie die gericht is op vroegtijdige signalering en behandeling van ondervoeding bij thuiswonende ouderen.

Methode: Het onderzoek bestaat uit een pilotstudie en een effectstudie die worden uitgevoerd in drie Europese landen (Spanje, Verenigd Koninkrijk, Nederland). De effectstudie in Nederland heeft een quasi-experimenteel design met 300 thuiszorgcliënten van 65 jaar of ouder. De negen maanden durende interventie bestaat uit telemonitoring van gewicht, voedingsstatus en kwaliteit van voeding, en terugkoppeling van de resultaten met voedings- en beweegadvies via de televisie. Verpleegkundigen ontvangen de resultaten eveneens en coördineren passende opvolging. De controlegroep ontvangt gebruikelijke zorg. Metingen worden verricht bij aanvang, halverwege en aan het eind van de studie en omvatten de primaire uitkomstmaten kwaliteit van leven en voedingsstatus. Secundaire uitkomstmaten omvatten eetlust, gewicht, fysiek functio-

neren en gedragsdeterminanten. Daarnaast zal er een evaluatie van het proces en de kosteneffectiviteit plaatsvinden.

Conclusie: Dit onderzoek draagt bij aan het inzicht in de uitvoerbaarheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit van telemonitoring van voedingsparameters bij thuiswonende ouderen. Dit levert belangrijke informatie op voor zorgverleners, onderzoekers en beleidsmedewerkers.

PD26

Implementatie van een digitale communicatietool om de zorgafstemming te verbeteren tussen thuiszorgmedewerkers en hun cliënten

MGH Dautzenberg¹, H Breebaart¹,
MI Broese van Groenou²
¹VU Amsterdam, Den Bosch, Nederland
²VU, Amsterdam, Nederland

Achtergrond: Zorgnetwerken van thuiswonende ouderen kunnen bestaan uit een mix van formele en informele hulpverleners. Het is de vraag of een digitale communicatietool de zorgafstemming tussen deze hulpverleners kan verbeteren. Dit onderzoek geeft de uitkomsten weer van een proefproject met de tool ConnectedCare bij zorgaanbieder Maartje. ConnectedCare is gericht op het verbeteren van de zorgafstemming tussen familie en thuiszorg en het versterken van de regie van cliënten en mantelzorgers over het zorgproces. Dit onderzoek geeft inzicht in (1) de voorwaarden voor gebruik/*triggers for use* bij cliënten en hun zorgverleners; (2) de frequentie en aard van dergelijke online communicatie en (3) de gerapporteerde effecten op de kwaliteit van zorg en betrokkenheid van informele hulpverleners.

Methode: In 2015 worden 20 zorgnetwerken van nabij gevolgd met 3 metingen. Er wordt gebruik gemaakt van persoonlijke en telefonische interviews, schriftelijke vragenlijsten, observaties tijdens werkbijeenkomsten en de inlogdata van de online communicatietool.

Resultaten: Baselinedata van de eerste 5 zorgnetwerken laten zien dat de digitale communicatie in 3/5 zorgnetwerken enthousiast start maar binnen 2 maanden sterk afneemt. Er is wel veel digitale communicatie binnen zorgnetwerken van een demente(rende) thuiswonende oudere en mantelzorgers op afstand. Commitment van zowel verzorgenden als mantelzorgers is bepalend voor de kwaliteit van de onderlinge communicatie. Follow-ups laten zien hoe en waarom communicatie en inzet van mantelzorgers verbeterd is.

Conclusie: Digitale communicatietools lijken vooral zinvol voor bepaalde cliëntgroepen en onder specifieke organisatorische randvoorwaarden.

PD27

E-Health bij mensen met dementie en hun mantelzorgers. Resultaten na 1 jaar van geheugenpoli-online.nl

S van der Weide¹, PE van Walderveen¹,

E van Noort²

¹Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, Nederland

²Curavista, Geertruidenberg, Nederland

Achtergrond: Na de diagnose dementie start een telefonische medicatie begeleiding. Zo worden bijwerkingen vroeg gesignaleerd. De gesprekken duren 15–20 minuten en roepen ook sociale vragen op. Een nieuwe manier van begeleiding is via online monitoring en e-Consult.

Methode: De verpleegkundige start het dossier en zorgpad. Galantamine, rivastigmine, memantine en “geen medicatie” zijn verschillende paden. De verpleegkundige autoriseert het behandelteam (geriater en casemanager) in overleg met de patiënt. De patiënt en/of mantelzorger logt in, geeft toestemming, kiest veilige inlogcode en vult het profiel aan. Per zorgpad worden de bijwerkingen uitgevraagd. Daarbij toont het systeem direct wat men zelf kan doen. Bij een ernstige bijwerking, ontvangt de verpleegkundige een alert. De verpleegkundige raadpleegt het dossier en geeft advies via het eConsult of telefoon.

Resultaten: Ten aanzien van het algemeen gebruik: 149 aangemelde personen waarvan 102 (69%) het dossier activeren. Het gebruik bestaat uit: 71 eConsulten, 133 vragenlijsten en 79 raadplegingen van de kennisbank. Ten aanzien van de bijwerkingen: voor 34 personen is een galantamine zorgpad gestart, voor één persoon een memantine zorgpad en voor 114 personen geen medicatie zorgpad. In de galantamine groep vulden 17 personen de bijwerkingen in. “bijwerkingen” werden aangegeven door 6 personen na 2 weken, 4 personen na 6 weken en 4 personen na 10 weken. De meerderheid (65–76%) gaf “geén bijwerkingen” aan.

Conclusie: Het systeem wordt gebruikt en 65–75% van de mensen die de medicatielijsten invult, meldt geen last te hebben van bijwerkingen. Hierdoor kan het begeleidingsproces efficiënter worden ingericht.

PD28

Meerwaarde van Robotica in de Zorg

E van de Veerdonk¹, K Hee¹, M Osch¹, J Rijsman²

¹Rose b.v., Eindhoven, Nederland

²Universiteit Tilburg, Tilburg, Nederland

Achtergrond: De Meerwaarde is getoetst met behulp van twee modellen: (1) Het ‘robot algemeen dagelijks levensverrichtingen model’ met 3 onderdelen: de cliënt, de robot en de ADL, en (2) De meerwaarde – dit is kwaliteitsverhoging aan het leven van de cliënt en een besparing op arbeidskosten.

Methode: De meerwaarde is onderzocht in participierend kwalitatief actie-onderzoek met semigestructureerd diepte-interviews gehouden in een testomgeving om de service robot te implementeren. Aan de 27 testbijeenkomsten namen 24 zorgvragers (lichamelijke gehandicapten en ouderen) en 13 zorgmedewerkers deel. In het oog springende punten op het vlak van de robotisering zijn met 11 vragen (over bijvoorbeeld de verwachtingen omtrent robotisering, beeldvorming over de robot, de ADL taken die de zorgvrager de robot wil laten uitvoeren) in kaart gebracht.

Resultaten: Alle zorgvragers en zorgmedewerkers zien de service robot als aanvulling op de zorgmedewerker en een verlengstuk van de zorgvrager. Onafhankelijkheid van de medemens is de rode draad in de argumenten om gebruik te maken van de service robot. De zorgvrager en zijn familie wil de service robot ter ondersteuning van het sociaal contact en gevoel van veiligheid.

Conclusie: Het concept wat er nu heerst ‘de robot neemt de plaats in van de mens’ is zich aan het ontwikkelen naar ‘de robot wordt het verlengstuk van de mens’. De zorgvrager wil beschikken over en opdrachten geven aan de robot, een perspectief voor de toekomst van de service robot.