



Editie oktober 2024

Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg



Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Kennisthema's	
Advance care planning	8
Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg	12
Geriatrische revalidatie	16
Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg	20
Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen	24
Ethische dilemma's	29
Participatie van ouderen in onderzoek	33
Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen	37
Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg	41
Infecties en antibioticaresistentie	46
Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie	50
Eigen regie	54
Medicatieveiligheid	58
Zorgtechnologie	63
Data-geïnformeerde zorg en datainfrastructuur	67
Reablement	72
Dementie op jonge leeftijd	77
Interprofessioneel samenwerken	81
Samen beslissen	85
Colofon	90

Inleiding

Waarom deze agenda?

De langdurige ouderenzorg staat in alle zorgvelden volop onder druk. Dit vereist vernieuwing op vele fronten, zoals onder andere gesignaleerd in het Integraal Zorgakkoord en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) uit 2022*. De centrale vraag is hoe we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de langdurige ouderenzorg kunnen borgen? Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het opleiden en binden van zorgprofessionals, en het ontwikkelen en borgen van geheel andere werkwijzen en diensten. Om richting aan die vernieuwing te geven is inzicht in huidige kennisvelden en prioritering in de aanpak van die hiaten gewenst.

In de afgelopen jaren zijn voor dit doel al diverse kennisagenda's opgesteld. Soms betreffen die de gezondheidszorg in het algemeen (bijvoorbeeld de Kennis- en Innovatieagenda (KIA) 2020-2023 Gezondheid & Zorg vanuit de Topsector Life Sciences & Health). Andere agenda's zijn opgesteld vanuit specifieke beroepsgroepen waaronder het specialisme ouderengeneeskunde (Verenso) en de wijkverpleging (V&VN) dan wel vanuit specifieke patiëntenverenigingen als Alzheimer Nederland.

Veel van deze agenda's bevatten aandacht voor ouderen en de ouderenzorg, maar zijn daar niet specifiek of alleen op gericht. Deze versnippering was aanleiding voor de zes samenwerkende Academische Werkplaatsen Ouderenzorg (SANO) om, in overleg met ZonMw en het Ministerie van VWS, het initiatief te nemen voor een synthese van bestaande kennisagenda's. Het aanvullende en onderscheidende karakter van deze synthese is vierledig: zij is toegespitst op de langdurige ouderenzorg, omvat alle (intra- en extramurale) zorgsettings, is multidisciplinair van aard, en heeft een onafhankelijke en wetenschappelijke insteek.

Het doel is om met deze agenda een dynamisch (kennis)kompas voor de langdurige ouderenzorg op te leveren.** Dit kompas wordt regelmatig tegen het licht gehouden voor het actualiseren van bestaande en het toevoegen van nieuwe kennisthema's. Daarmee is dit kompas waardevol voor onder meer beroeps- en patiëntenverenigingen en kennisinstellingen. Verder kan deze agenda bijdragen aan het realiseren van nieuwe onderzoeksprogramma's en het genereren van inzichten en oplossingen voor de uitdagingen in de ouderenzorg (zoals o.a. gesignaleerd in de Dialoognota Ouder worden 2020 – 2040).

* Ministerie van VWS en diverse andere organisaties: Het Integraal Zorgakkoord (2022), zie Het Integraal Zorgakkoord - samenwerken aan gezonde zorg | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/integraal-zorgakkoord>

Ministerie van VWS: Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Den Haag, 2022.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

** in voorzieningen voor langdurige ouderenzorg worden overigens ook personen behandeld en begeleid die op basis van hun leeftijd strikt genomen niet als 'oudere' betiteld kunnen worden, zoals jonge mensen met dementie. Deze doelgroepen zijn wel meegenomen in deze kennisagenda.

Hoe zijn we te werk gegaan?

Een werkgroep van vertegenwoordigers van de 6 Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, verenigd binnen SANO, is eind 2019 van start gegaan. ZonMw ter ondersteuning en Vilans als kennispartner hebben in de eerste ontwikkelfase ook deelgenomen aan de werkgroep. Dit laatste maakte het mogelijk om onderling informatie uit te delen over de te ontwikkelen kennisagenda en de door Vilans uitgevoerde inventarisatie van kennisvragen die leven bij zorgprofessionals in de ouderenzorg.

Omdat de Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg een synthese van bestaande agenda's betreft zijn als eerste stap elf relevante (deel)agenda's geïdentificeerd en bestudeerd.^{***}

Aan de hand van de onderscheidende kenmerken van de Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg is vervolgens een voorlopige lijst opgesteld van kennisthema's. Bij die selectie en beoordeling van thema's is tevens gebruik gemaakt van een handreiking voor kennisagenda's van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Omdat het vaak om 'brede thema's' gaat – bijvoorbeeld mantelzorg en advance care planning – is per thema een leidend perspectief gekozen (perspectief cliënt, professional, of organisatie), al zijn die in de uitwerking niet altijd strak af te bakenen.

Ieder kennisthema is door experts uit de zes academische netwerken uitgewerkt; beknopt in enkele pagina's op hoofdlijnen, toegankelijk voor een brede doelgroep, en steeds aan de hand van de volgende drie

vragen: waar gaat het thema over (omschrijving en afbakening), wat is de huidige wetenschappelijke stand van zaken rond dit thema ('evidence'), en wat zijn in het verlengde daarvan de belangrijkste kennisuitdagingen voor de komende jaren?

Een aanvullende, inhoudelijke toets op iedere uitwerking heeft plaatsgevonden door de zes hoogleraren die ieder een academische werkplaats aansturen. Op deze wijze is ieder thema grondig en vanuit verschillende disciplines bekeken. Dat de expertleden van de schrijfgroepen alsook de voorzitters van de netwerken actief zijn in diverse beroepsorganisaties (o.a. Verenso, V&VN en verenigingen voor ouderenzorgpsychologie), draagt niet alleen bij aan de multidisciplinaire focus van de agenda maar ook aan een goed beeld van de wetenschappelijke stand van zaken rondom de kennisthema's.

Tot slot

Deze kennisagenda beoogt een dynamisch (kennis) kompas voor de langdurige ouderenzorg te zijn. De eerste editie van de kennisagenda is medio 2022 verschenen. Het streven is om jaarlijks nieuwe thema's aan de agenda toe te voegen en uitwerkingen van reeds opgenomen thema's waar nodig te actualiseren. Nieuwe thema's betreffen relevante actuele onderwerpen voor de langdurige ouderenzorg. In oktober 2023 is de volgende editie van de kennisagenda verschenen.

^{***} (1) Analyse bestaande onderzoeksagenda's Langdurige zorg en ondersteuning (ZonMw, febr 2019); (2) Voorbeelden onderzoeksvragen SANO uit de praktijk (SANO, juli 2019); (3) Factsheet Kennisagenda Wijkverpleging (V&VN/HU, oktober 2018); (4) Toetsingskader Beter Oud: wat vinden ouderen belangrijk bij wonen, welzijn en zorg (2018); Kennisagenda Korsakov Zorg & Behandeling (2019); (6) Kennisagenda Ouderenzorgpsychiatrie (november, 2017); (7) Kennisagenda Preventie en Zorg Thuis door verpleegkundigen en verzorgenden (oktober, 2014); (8) Wetenschapsagenda Dementie op Jonge Leeftijd (2019); (9) Wetenschapsagenda Mondzorg voor ouderen (2019); (10) Onderzoeksagenda Alzheimer Nederland (2020), (11) Kennisvragen Langdurige zorg (Vilans 2020).

Op deze wijze wordt de actualiteit van de agenda continu door SANO gemonitord; nieuwe kennis en inzichten worden toegevoegd aan beschikbare uitwerkingen van thema's, terwijl er ook steeds ruimte is om actuele nieuwe thema's aan de agenda toe te voegen.

Gegeven het brede domein van de langdurige ouderenzorg en de snelle ontwikkelingen die daarin plaatsvinden, kan de agenda onmogelijk helemaal compleet zijn. Aanbevelingen en aanvullingen zijn derhalve van harte welkom.

Bij ieder thema staat aangegeven welke onderzoekers hebben meegewerkt en wie van hen als contactpersoon optreedt. Voor vragen of opmerkingen over de gehele agenda kunt u contact opnemen met **ouderenzorg@maastrichtuniversity.nl**.

Editie oktober 2024

In deze editie zijn drie nieuwe thema's aan de kennisagenda toegevoegd: Dementie op jonge leeftijd, Interprofessioneel samenwerken, Samen beslissen. Het thema Mantelzorg onderging een revisie.

kennisthema's

Onderstaande kennisthema's zijn in de huidige editie van de kennisagenda opgenomen.

- Advance care planning
- Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg
- Geriatrische revalidatie
- Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg
- Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen
- Ethische dilemma's
- Participatie van ouderen in onderzoek
- Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen
- Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg
- Infecties en antibioticaresistentie
- Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie
- Eigen regie
- Medicatieveiligheid
- Zorgtechnologie
- Data-geïnformeerde zorg en datainfrastructuur
- Reablement
- Dementie op jonge leeftijd
- Interprofessioneel samenwerken
- Samen beslissen

kennisagenda thema

Advance care planning

Trefwoorden

proactieve zorgplanning

familiegesprekken

zorgdoelen

behandelwensen

zorgplan

Auteurs

Jenny T van der Steen (UNC-ZH en UKON), Judith MM Meijers (AWO-L),

Ruth B Veenhuizen en Eefje M Sizoo (UNO Amsterdam), Ivonne Lesman (UNO-UMCG)

Contactpersoon

Jenny T van der Steen | jtvandersteen@lumc.nl

Wat behelst dit thema?

Advance care planning (ACP) draait om tijdige gesprekken over toekomstige behandeling en zorg, en de doelen ervan. In het verpleeghuis spreekt men over het maken van beleidsafspraken; in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg noemt met het proactieve zorgplanning. We beschouwen dit als equivalenten van ACP. Afspraken rond acute situaties en niet-behandelwensen hebben in Nederland een wettelijk kader en zijn actueler geworden door de COVID-19 pandemie.

Het afstemmen van mogelijkheden op voorkeuren maakt deel uit van een doorlopend interprofessioneel en transmuraal communicatieproces met patiënt, naaste en zorgverlener. Daarbij hoort ook besluitvorming en documentatie. Centraal in ACP staan echter geuite voorkeuren (verbaal, non-verbaal, schriftelijk) van de patiënt voor medische behandeling, beslissingen rond het levenseinde, en bredere zorg zoals palliatieve zorg en praktische ondersteuning. Naarmate het vermogen om zelf te beslissen afneemt zal de naaste, eerst betrokken bij ACP als ondersteuner van de patiënt, steeds meer de rol van vertegenwoordiger op zich nemen, om in te brengen wat de patiënt zou hebben gewild.

Voordelen of doelen van ACP kunnen zijn: het bevorderen van autonomie, het verbeteren van relaties, zich beter voorbereid weten op het levenseinde, en dat het betere, meer proportionele en vooral meer op de persoon afgestemde zorg oplevert. Naasten kunnen door ACP minder onzeker zijn als er beslissingen genomen moeten worden en het kan later helpen in het rouwproces.

ACP vraagt om een reeks competenties van de zorgverlener, patiënt en de naaste op cognitief en emotioneel gebied, waaronder: luister- en gespreksvaardigheden, ziektebeloop tijdig kennen en accepteren, onderscheid zien tussen wat iemand wil(de) en wat men het beste voor iemand vindt, en zorgdoelen relateren aan wat de patiënt belangrijk vindt in het leven. Het kunnen hanteren van een proactieve stijl en het signaleren van veranderingen in conditie of situatie zijn van belang voor het proactieve communicatieproces van ACP.

Huidige evidence

- In de eerste lijn wordt weinig structureel aan ACP gedaan en bestaan er velerlei belemmeringen, waaronder onzekerheid over gespreksvaardigheden en bepalen van het juiste moment. Hierdoor worden gesprekken vaak pas laat gevoerd, ook bij cognitieve achteruitgang. ACP is niet altijd onderdeel van de overdracht bij verandering van setting. In het verpleeghuis worden bij opname de acute medische zaken zoals reanimatie-beleid en mogelijke toekomstige ziekenhuisopname besproken en vastgelegd.
- Wat en hoe na verhuizing naar het verpleeghuis verder aan ACP wordt gedaan, is verankerd in competenties van de opleidingen. Het is ook afhankelijk van een proactieve stijl van de specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist. Er is weinig bekend over welke rol andere disciplines spelen in Nederlandse verpleeghuizen. Gedurende het verblijf worden ACP plannen regelmatig besproken; bij dementie vaak alleen met naasten. Er verandert echter doorgaans weinig aan de afspraken en zorgdoelen die vaak bij aanvang al gericht zijn op kwaliteit, en niet lengte van leven; pas in de terminale fase worden zorgdoelen of beleidsafspraken herzien of nader gespecificeerd.
- In hoeverre ACP kwaliteit van leven verbetert, is onbekend. ACP leidt doorgaans tot zorg in de richting van afspraken en terughoudend beleid dat (in het buitenland) ook zorgkosten vermindert.
- ACP vormt daarmee ook een vertrouwenskwestie; volgens onderzoek uit het buitenland is begrip van culturele diversiteit nodig. Een goede relatie tussen alle partijen stimuleert het ideaal van een voortgaand communicatieproces.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe zorgen we voor meer proactieve eerstelijnszorg met een goede overdracht van ACP bij verhuizing naar het verpleeghuis? Welke digitale discipline-overstijgende oplossingen zijn er?
- Welke rol kunnen met name de verpleegkundige en verzorgende vervullen bij ACP?
- Hoe kunnen mensen met cognitieve beperkingen betrokken worden en blijven bij ACP?
- Hoe kan ACP worden geïmplementeerd zonder te verworden tot standaard afvinklijstjes, dus beter worden gepersonaliseerd (bijvoorbeeld sensitief voor coping-stijl en andere diversiteit)?
- Hoe nemen we dit mee in (bij- en na)scholing en wat zijn de effectieve elementen daarvan?
- Welke public health strategie en educatie is nodig om meer bekendheid te geven aan ACP?
- Wat is de bijdrage van ACP aan tevredenheid met de zorg en kwaliteit van leven en sterven?
- Welke theoretische modellen zoals besluitvormings- communicatie- en implementatiemodellen gebruiken we, en welke voldoende ziekte-specifieke, en toch tussen groepen vergelijkbare, uitkomstmaten voor ACP effect-onderzoek?

Enkele bronnen

- Boddaert M, Caffarel J, Dermois M, Kodde A, Reyners AKL. Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie. PZNL, 2020. [https://palliaweb.nl/publicaties/leidraad-proactieve-zorgplanning-\(1\)](https://palliaweb.nl/publicaties/leidraad-proactieve-zorgplanning-(1))
- Bolt SR, van der Steen JT, Schols JMGA, Zwakhalen SMG, Janssen DJA, Meijers JMM. De rol van de verzorgende en verpleegkundige in het advance care planning proces. Tijdschr Gerontol Geriatr 2021 23 maart;52(1). <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2021.01.02>
- Fleuren N, Depla MFIA, Janssen DJA, Huisman M, Hertogh CPM. Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. BMC Palliat Care 2020 March 6;19(1):27. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0175-7>
- Hendriks SA, Smalbrugge M, Hertogh CPM, van der Steen JT. Changes in care goals and treatment orders around the occurrence of health problems and hospital transfers in dementia: A prospective study. J Am Geriatr Soc 2017;65(4):769-776. <https://doi.org/10.1111/jgs.14667>
- Jimenez G, Tan WS, Virk AK, Low CK, Car J, Ho AHY. State of advance care planning research: A descriptive overview of systematic reviews. Palliat Support Care 2019;17(2):234-244. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000500>
- McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the complexities of advance care planning outcomes: what do we know and where do we go? A scoping review. J Am Geriatr Soc 2021;69(1):234-244. <https://doi.org/10.1111/jgs.16801>
- van der Plas A, Eliel M, Onwuteaka-Philipsen B. Advance care planning in de huisartsenpraktijk: Denken en praten ouderen over behandelwensen? Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2017 no 4: <https://www.verenso.nl/magazine-september-2017/no-4-september-2017/wetenschap/advance-care-planning-in-de-huisartsenpraktijk>
- Rietjens R, Sudore R, Deliens L, Ott B, Connolly M, van Delden J, et al. Internationale definitie van advance care planning. H & W 2018; juli:1-5. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0224-y>
- van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Gutschow G, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD, de Vet HC, Hertogh CM. advance care planning in nursing home patients with dementia: A qualitative interview study among family and professional caregivers. J Am Med Dir Assoc 2015;16(11):979-989. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.015>
- van der Steen JT. Developing guidance in addressing the challenges of advance care planning in dementia: An EAPC delphi study. Palliative Medicine 2021;35(15):14. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/02692163211035909>
- <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/advance-care-planning-in-dementia/>
- de Vries K, Banister E, Dening KH, Ochieng B. Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. Nurs Ethics 2019;26(7-8):1946-1954. <https://doi.org/10.1177/0969733019833130>

kennisagenda thema

Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg

Trefwoorden

wonen

innovatieve woonzorgconcepten

zorgomgeving

technologie

Auteurs

Hilde Verbeek (AWO-L), Debby Gerritsen (UKON),
Monique Caljouw (UNC-ZH), Sarah Janus (UNO-UMCG)

Contactpersoon

Hilde Verbeek | h.verbeek@maastrichtuniversity.nl

Wat behelst dit thema?

Waar kunnen ouderen wonen naarmate hun kwetsbaarheid toeneemt en zij intensievere vormen van zorg nodig hebben? Hoe kan de zorg dan zo ingericht worden om hen en hun naasten optimaal te ondersteunen in het dagelijks leven? Dat zijn kernvragen bij het thema leefomgeving.

De leefomgeving voor (kwetsbare) ouderen bestaat uit 3 componenten:

- Fysieke omgeving: architectuur, ontwerp, gebouwde omgeving, inrichting en buitenruimten;
- Sociale omgeving: mensen waar de oudere mee interacteert: hun naasten, medewerkers, het bredere sociale netwerk uit de wijk/buurt, scholen, vrijwilligers, ondernemers;
- Organisatorische omgeving: de manier waarop zorg- en dienstverlening is georganiseerd, en hoe de organisatiecultuur wordt ervaren, o.a. gericht op de gedachten, aannames en waarden die onderliggend zijn aan het gedrag van medewerkers.

De leefomgeving voor ouderen die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben kan thuis zijn (bijvoorbeeld via Volledig Pakket Thuis, VPT) maar ook in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Er ontstaan een groeiend aantal nieuwe woonzorgconcepten, waarin ouderen die (intensieve) zorg en ondersteuning nodig hebben kunnen wonen en hun zorg en dienstverlening op maat ontvangen. Dit kunnen woonleefgemeenschappen, zorgboerderijen, kleinschalige woonvormen, hofjes, woonzorglandschap en/of vormen met aandacht voor (culturele) diversiteit en inclusiviteit. Soms geïnitieerd vanuit burgers zelf, andere vanuit vastgoedorganisaties, ondernemers of reguliere zorgorganisaties. Digitale technologie, waaronder domotica, sensoren en wearables, maken in toenemende mate onderdeel uit van de leefomgeving van ouderen.

Huidige evidence

- Onderzoek laat zien dat de leefomgeving waarin ouderen zorg en ondersteuning ontvangen hun dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en welzijn beïnvloedt. Kennis over de werkingsmechanismen ontbreekt echter. Het is onduidelijk hoe de verschillende aspecten uit de leefomgeving het functioneren van ouderen, hun naasten en medewerkers beïnvloeden.
- Er is enig onderzoek gedaan naar enkelvoudige componenten van de fysieke (bijvoorbeeld licht, inrichting van het gebouw) en sociale omgeving (o.a. benaderingswijze medewerkers-bewoners in verpleeghuizen) van ouderen. Dit is veelal beschrijvend onderzoek, en in mindere mate interventie-onderzoek, vaak verricht vanuit één wetenschappelijke discipline (veelal vanuit een zorginhoudelijke achtergrond).
- Onderzoek naar de samenhang met de organisatorische context is schaars, maar geeft wel aanwijzingen dat deze medebepalend is voor de inrichting van de fysieke en sociale omgeving en daarmee het dagelijks leven en functioneren mogelijk beïnvloed.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Welke werkingsmechanismen spelen bij hoe personen met hun omgeving interacteren (ouderen, naasten, medewerkers), wat is de invloed van de verschillende elementen (fysieke, sociale en organisatorische omgeving) en hoe hangen deze met elkaar samen?
- Hoe kan de fysieke en sociale leefomgeving therapeutisch ingezet worden bij ouderen met een intensieve zorgvraag en wat zijn de effecten hiervan? Wat is de rol van organisatorische context hierbij?
- Hoe kunnen omgevingselementen worden geïmplementeerd en wat is de betekenis voor de zorgpraktijk? Een interdisciplinaire benadering, waarbij niet alleen vanuit zorgwetenschappelijke disciplines (zoals ouderengeneeskunde, psychologie, verplegingswetenschap, fysio/ergotherapie) gekeken wordt, maar juist ook vanuit andere vakgebieden zoals sociale geografie, ecologie, architectuur, organisatiewetenschappen, sociologie, gerontologie en linguïstiek is hierbij essentieel.
- Wat zijn karakteristieken van alternatieve woonzorgvoorzieningen naast reguliere verpleeghuiszorg, voor welke doelgroepen zijn deze geschikt en wat is de impact op het dagelijks leven en functioneren van ouderen, hun naasten, medewerkers en de bredere sociale context (bijvoorbeeld integratie met de wijk of buurt)?
- Hoe kan de leefomgeving meer cultuursensitief en inclusief worden, rekening houdend met de diversiteit - zoals migratieachtergrond en seksuele identiteit - van ouderen?
- Wat is de rol en invloed van technologie zoals domotica, sensoren, wearables in de leefomgeving en hoe kunnen deze de zorg en dienstverlening voor ouderen met een intensieve zorgvraag ondersteunen zodat deze aansluit bij hun wensen en behoeften?

Enkele bronnen

- Adams J, Verbeek H, Zwakhalen SMG (2017). The Impact of Organizational Innovations in Nursing Homes on Staff Perceptions: A Secondary Data Analysis. *J Nurs Scholarsh.* 49(1):54-62.
- de Boer B; Bozdemir B; Jansen J; Hermans M; Hamers JPH; Verbeek H. 2021. "The Homestead: Developing a Conceptual Framework through Co-Creation for Innovating Long-Term Dementia Care Environments" *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, no. 1: 57.
- de Boer B, Beerens H, Katterbach M, Viduka M, Willemse B, Verbeek H (2018). The Physical Environment of Nursing Homes for People with Dementia: Traditional Nursing Homes, Small-Scale Living Facilities, and Green Care Farms. *Healthcare (Basel)* 6(4):
- Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, ... Charras K (2017). Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment Health.* 21(1):4-17.
- Janus, S., Kusters, J., Van den Bosch, K., Andringa, T., Zuidema, S., & Luijendijk, H. (2021). Sounds in nursing homes and their effect on health in dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 33(6), 627-644. doi:10.1017/S1041610220000952
- Koopmans, R., Verbeek, H., Bielderman, A., Janssen, M., Persoon, A., ... Gerritsen, D. (2021). Reopening the doors of Dutch nursing homes during the COVID-19 crisis: Results of an in-depth monitoring. *Int Psychogeriatr* 1-8. doi:10.1017/S1041610221000296
- Knippenberg I, Reijnders, J, Gerritsen DL & Leontjevas (2021) The association between specific activity components and depression in nursing home residents: the importance of the social component, *Aging & Mental Health*, 25:1, 118-125, DOI: 10.1080/13607863.2019.1671312
- Plaisier I & Den Draak M (2019). *Wonen met Zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen.* SCP
- Tucker S, Brand C, Sutcliffe C, Challis D, ... Soto ME (2016). What Makes Institutional Long-Term Care the Most Appropriate Setting for People With Dementia? Exploring the Influence of Client Characteristics, Decision-Maker Attributes, and Country in 8 European Nations. *J Am Med Dir Assoc* 17(5):465.e9-465
- Van den Buuse S & de Boer A (2021). Nieuwe woonvormen dringend nodig voor mensen met dementie. *Alzheimer Nederland.*
- Verbeek H, Peisah C, de Mendonça Lima CA, Rabheru K, Ayalon L. Human rights to inclusive living and care for older people with mental health conditions. 2021 *Am J Ger Psych* Volume 29, Issue 10, Pages 1015-1020 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.023>
- van der Velde-Buuringen M, Achterberg W, Caljouw M (2021). Daily garden use and quality of life in persons with advanced dementia living in a nursing home: A feasibility study. *Nurs Open.* 8,1243-1253

Websites:

- <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/persoonsgerichte-zorg/leefomgeving>
- <https://www.beteroud.nl/zelfstandig-wonen/gezonde-woonomgeving-ouderen>
- <https://www.taskforcewonzorg.nl>

kennisagenda thema

Geriatrische revalidatie

Trefwoorden

geriatrische revalidatie

kortdurende herstelgerichte zorg

Auteurs

Jolanda van Haastregt (AWO-L), Lizette Wattel (UNO – Amsterdam),
Meriam Janssen (Tranzo), Wilco Achterberg (UNC – ZH)

Contactpersoon

Jolanda van Haastregt | j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl

noot deze beschrijving is besproken met en onderschreven door leden van het landelijke GRZ consortium

Wat behelst dit thema?

Geriatrische revalidatie is kortdurende multidisciplinaire zorg die als doel heeft het optimaliseren van de functionele capaciteit, het bevorderen van activiteit en het behouden van functionele reserve en sociale participatie. Het betreft zorg aan laag belastbare ouderen waarbij meestal sprake is van multimorbiditeit.

Geriatrische revalidatie wordt meestal voorafgegaan door een ziekenhuisopname, maar kan ook plaatsvinden zonder voorafgaande opname. De revalidatie kan zowel intramuraal als gedeeltelijk ambulant (poliklinisch of thuis) plaatsvinden en draagt bij aan het behalen van doelen die voor de revalidant van belang zijn. Vanuit de geriatrische revalidatie vindt samenwerking plaats met aanpalende zorgvormen waaronder geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP), eerstelijnsverblijf (ELV) en medisch specialistische revalidatie (MSR).

Huidige evidence

- Geriatrische revalidatie staat als onderzoeksgebied nog in de kinderschoenen, maar het onderzoek binnen dit domein is de laatste jaren wel sterk toegenomen. De focus ligt veelal op beschrijvend onderzoek.
- In Nederland zijn er verschillende subdomeinen binnen de geriatrische revalidatie waarbinnen de afgelopen jaren onderzoek is geïnitieerd. Dit betreft onder andere onderzoek naar: zorgpaden (zowel modulair als doelgroepspecifiek); factoren die samenhangen met succesvolle geriatrische revalidatie; meetinstrumenten; triage; voorspellers voor ontslag naar de thuissituatie; rol van ondervoeding en comorbiditeit bij revalidatie; angst om te vallen; goal-setting; eHealth en telerevalidatie; en uitdagend revalidatieklimaat.
- Voor de meeste subdomeinen geldt echter dat aanvullend onderzoek gewenst is om de evidence base binnen de geriatrische revalidatie te versterken en deze kennis te kunnen implementeren in de zorgpraktijk.
- Op Europees niveau bestaat er een 'Special Interest Group on Geriatric Rehabilitation' van de European Geriatric Medicine Society. Vanuit deze groep komen regelmatig wetenschappelijk publicaties waaronder een consensusdocument over wat men op Europees niveau onder geriatrische revalidatie verstaat.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe kan de geriatrische revalidatie (zowel intramuraal als ambulant) op een zo effectief en doelmatig mogelijke manier worden aangeboden? Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de (door)ontwikkeling en evaluatie van zorgpaden (modulair en doelgroepspecifiek) en de evaluatie van ambulante revalidatie als aanvulling op, of vervanging van, intramurale revalidatie.
- Hoe kan de triage voor geriatrische revalidatie worden geoptimaliseerd qua proces, inhoud en zorglocatie waar de triage wordt uitgevoerd?
- Hoe kan er worden omgegaan met cognitieve problematiek en neuropsychiatrische symptomen binnen de geriatrische revalidatie?
- Hoe kunnen de wensen en behoeften van patiënt en diens naasten centraal worden gesteld en hoe kunnen zij actief betrokken worden bij het revalidatieproces en daar regie over krijgen? Aandachtspunten hierbij zijn shared decision making, het gezamenlijk opstellen van (participatie)doelen en het betrekken van de naasten.
- Wat kan de rol zijn van telerevalidatie en andere ondersteunende technologie (eHealth) binnen de geriatrische revalidatie?
- Hoe kan op een zodanige manier samengewerkt worden tussen de geriatrische revalidatie en aanpalende zorgvormen (GZSP, ELV en MSR) dat de patiënt de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plek ontvangt, zonder gehinderd te worden door de bestaande schotten in de zorg?
- Hoe zorg je voor een goede infectiebeheersing en voldoende behandelcapaciteit (zowel kwalitatief als kwantitatief) binnen de geriatrische revalidatie in tijden van een epidemie/pandemie, zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft?
- Hoe kan de kwaliteit van zorg (effecten, proces en kosten) binnen de geriatrische revalidatie inzichtelijk worden gemaakt en welke meetinstrumenten zijn hierbij zowel wetenschappelijk als praktisch bruikbaar?
- Welke methoden van onderzoek zijn goed bruikbaar binnen de geriatrische revalidatie, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de doelgroep en setting?

Enkele bronnen

- Consortium Geriatrische Revalidatie. (2017). Position Paper GRZ.
- Q-Consult zorg (2019). Inventarisatie Zorginhoud GRZ. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Q-Consult zorg (2019). QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige zorg.
- Consortium Geriatrische Revalidatie (2021). Onderweg naar beter. De ontwikkelagenda voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg.
- Van den Besselaar J, Buurman B, Hartel L, Jongenburger A, van Peppen R (2021). Varen op ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners in geriatrische revalidatie (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP): eindrapport.
- Grund S, Gordon AL, van Balen R, Bachmann S, Cherubini A, Landi F, et al. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *European Geriatric Medicine*. 2020;11(2):233-8.
- van Haastregt JCM, Everink IHJ, Schols JMGA, Grund S, Gordon AL, Poot EP, Martin FC, O'Neill D, Petrovic M, Bachmann S, van Balen R, van Dam van Isselt L, Dockery F, Holstege MS, Landi F, Pérez LM, Roquer E, Smalbrugge M, Achterberg WP. Management of post-acute COVID-19 patients in geriatric rehabilitation: EuGMS guidance. *Eur Geriatr Med*. 2021 Nov 20:1–14. doi: 10.1007/s41999-021-00575-4.

kennisagenda thema

Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

werkplekleren

leren en innoveren

praktijkleren

hybride leren

leernetwerk

Auteurs*

Maartje Baede & Alice Bakker (UNO Amsterdam), Petra Erkens & Erik van Rossum (AWO-L),
Lieke de Jong (Tranzo), Anke Persoon & Anja Harlaar (UKON),
Francine Quittner & Riejanne Slaghuis (UNO-UMCG), Rens Raat (UNO-ZH)

Contactpersoon

Anke Persoon | anke.persoon@radboudumc.nl

* Aanvullingen zijn verzorgd door Robbert Gobbens (InHolland), Judith Meijers (AWO-L) en Anneke van Vught (HAN), allen projectleiders van lopende studies naar leeromgevingen in de ouderenzorg

Wat behelst dit thema?

Organisaties in de ouderenzorg werken in toenemende mate systematisch en integraal aan een cultuur waarin werken en leren van zorgprofessionals (en leerlingen en studenten) geïntegreerd is. Náást het behalen van kwaliteit van zorg en de productie, is de werkomgeving zo ingericht dat zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk kunnen leren.

In zo'n rijke leeromgeving kunnen zorgprofessionals zich professioneel en persoonlijk ontwikkelen en (nieuwe) competenties opbouwen. Voorbeelden van omgevingen waarin werken en leren gecombineerd worden zijn zorginnovatiecentra (ZICs), zorginnovatienetwerken (ZINs), leer- en innovatienetwerken (LINs), leerafdelingen en fieldlabs. Aan deze omgevingen worden vaak concepten gekoppeld als werkplekleren, actieleren, gepersonaliseerd leren, interprofessioneel leren, leerklimaat, evidence-based cultuur, informeel leren en leven-lang-leren.

De toegenomen aandacht voor leeromgevingen wordt gevoed door vernieuwende onderwijsvisies, in zowel het mbo, hbo als wo, om interprofessioneel de kennis uit praktijk, onderzoek en onderwijs te integreren. Tevens is het inzicht om innovaties, bij een toename van complexiteit van persoonsgerichte zorg in een continu veranderend zorglandschap, bottom-up te ontwikkelen. Deze ontwikkelingen worden onder meer gestimuleerd door het ministerie van VWS (kennisuitwisseling over lerende omgevingen in het project Actie Leer Netwerk (www.actieleernetwerk.nl/) en diverse subsidieprogramma's vanuit ZonMw (o.a. Langdurige Zorg en Ondersteuning, inclusief de subsidiëring van Leernetwerken, en het programma Leren en Verbeteren).

Huidige evidence

- Ondanks de sterk toegenomen belangstelling en het inrichten van een diversiteit aan leeromgevingen, staat systematisch onderzoek naar het functioneren en de meerwaarde van deze organisaties in de langdurige ouderenzorg nog in de kinderschoenen.
- Er zijn inmiddels diverse procesevaluaties van projecten uitgevoerd waarin vooral hun ontwikkeling en inhoud beschreven worden en de eerste ervaringen van betrokkenen gerapporteerd worden. Deze projecten richten zich op een onderdeel van zorgorganisaties en zijn niet organisatiebreed.
- Beschikbare studies richten zich vooral op hoe de diverse zorgprofessionals in de praktijk leren en welke knelpunten en randvoorwaarden voor leerorganisaties geconstateerd worden.
- Enkele studies naar de korte termijn effecten van deze leerorganisaties op studenten en zorgprofessionals (competentie-ontwikkeling, arbeidstevredenheid en behoud voor de sector) en op cliëntuitkomsten, lopen momenteel in Nederland. Uitkomsten van deze studies volgen in de komende jaren.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Welke initiatieven m.b.t. leeromgevingen in de langdurige zorg zijn bekend in Nederland en wat zijn hun (onderscheidende) kenmerken?
- Hoe verloopt de ontwikkeling van professionele competenties, ook met betrekking tot intra- en interprofessioneel samenwerken, en hoe kan deze ontwikkeling in een lerende omgeving gefaciliteerd worden?
- Wat vraagt het formeel en informeel leren van de stakeholders (zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers, vrijwilligers) én zorgorganisaties, ook in tijden van schaarste?
- Welke vorm past bij een systematische, integrale en organisatiebrede leeromgeving?
- Hoe kan een lerende omgeving duurzaam in een organisatie geborgd worden?
- Wat zijn de (lange termijn) effecten van een leeromgeving, en welke onderdelen zijn daarbij bepalend, op:
 - de kwaliteit van zorg voor cliënten?
 - het innovatievermogen van organisaties, interprofessionele teams en zorgprofessionals?
 - de ontwikkeling van professionele identiteit, competenties, de ervaren kwaliteit van werk en de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals, alsook hun behoud voor de sector en duurzame inzetbaarheid?
- Op welke wijze kunnen de diverse professionals in een lerende omgeving toegang krijgen tot een variëteit van kennis en tools en welke randvoorwaarden moeten daarbij gerealiseerd worden?

Enkele bronnen

- Albers, M., Gobbens, R. J. J., Reitsma, M., Timmermans, O., & Nies, H. (2021). Learning and innovation network in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 104, 104988.
- Barendregt, C., Jansen Lorkeers, L., & Straaten, L. v. (2021). De waarde van leernetwerken Evaluatieonderzoek naar leernetwerken langdurige zorg en onbegrepen gedrag.
- Cant, R., & Levett-Jones, T. (2021). Umbrella review: Impact of registered nurses' continuing professional education informed by contemporary reviews of literature. *Nurse Education in Practice*, 50, 102945.
- Damen, N., Koopmans, L., Van de Steeg, L., & Wagner, C. (2015). Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzor - lerende teams in de ouderenzorg. Retrieved from Utrecht:
- Hodson, N. (2020). Landscapes of practice in medical education. *Medical Education*, 54(6), 504-509.
- Miller, R., Scherpbier, N., van Amsterdam, L., Guedes, V., & Pype, P. (2019). Inter-professional education and primary care: EFPC position paper. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e138.
- Muller-Schoof, I. J., Verbiest, M. E. A., Stoop, A., Snoeren, M., & Luijkx, K. G. (2022). How do practically trained (student) caregivers in nursing homes learn? A scoping review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2022, Vol. 12, No. 1.
- Ruijters, M. (2018). *Queeste naar goed werk - Over krachtige professionals in een lerende organisatie*. Deventer: Management IMPACT.
- Snoeren, M., Volbeda, P., Niessen, T. J., & Abma, T. A. (2016). Dutch care innovation units in elderly care: A qualitative study into students' perspectives and workplace conditions for learning. *Nurse Education in Practice*, 17, 174-181.

kennisagenda thema

Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen

Trefwoorden

mantelzorg

sociaal netwerk

overbelasting

informele zorg

Auteurs*

Marjolein Broese van Groenou (UNO Amsterdam), Nina Hovenga (UNO-UMCG), Elleke Landeweer (UNO-UMCG),
Tineke Roelofs (Tranzo), Annerieke Stoop (Tranzo)

Contactpersoon

Annerieke Stoop | lh.j.stoop@tilburguniversity.edu

* Met dank aan leden uit het UNO-UMCG-cliëntenpanel: dhr. G. Bosma, mw. T. Flapper, dhr. Y. van der Leeuw,
mw. M. van der Meulen, dhr. R. Schudde, mw. M. Schuil en dhr. H. Smits.

Wat behelst dit thema?

Mantelzorg is gedefinieerd als zijnde alle onbetaalde hulp en ondersteuning aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale netwerk. Deze zorg wordt doorgaans geboden door de partner en/of volwassen kinderen. Bij mantelzorgers die intensieve of langdurige zorg leveren bestaat het risico op overbelasting. Mantelzorg beperkt zich niet tot de thuissituatie, maar kan ook in een intramurale zorgsetting worden gestart of voortgezet.

In beide settings komen mantelzorgers andere zorgverleners tegen, zoals vrijwilligers en zorgprofessionals. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, zorgprofessionals en de oudere is uitdagend. Het vaststellen van voorwaarden voor optimale samenwerking en inzicht in ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers is een belangrijk kennisthema in het realiseren van goede ouderenzorg en duurzame inzetbaarheid van mantelzorgers.

Huidige evidence

Het geven van mantelzorg

- Een-derde van de 16-plussers in Nederland (ongeveer 5 miljoen mensen) verleent mantelzorg. 830.000 personen leveren lang (meer dan drie maanden) en intensieve (meer dan 8 uur per week) zorg. De 45-65-jarigen geven relatief vaak mantelzorg, vooral aan hun (schoon)ouders.
- Of en hoe intensief men mantelzorg geeft, wordt bepaald door de relatie met de zorgbehoevende, een intrinsieke motivatie, belemmeringen in afstand en tijd (door werk en gezinssituatie), en de beschikbaarheid van hulp van anderen.
- Bijna 10% van de mantelzorgers is overbelast, waarbij vrouwen vaker overbelasting rapporteren dan mannen. De kans op overbelasting is groter als 1) de zorgvraag van de hulpbehoevende complexer is (bijvoorbeeld bij dementie), 2) de zorgverlening intensiever is, en 3) de consequenties voor andere levensdomeinen (werk, sociaal functioneren) groter zijn. Overbelasting verhoogt het risico op eigen gezondheidsproblemen en voortijdig overlijden.
- Een deel van de mantelzorgers maakt gebruik van respijtzorg en andere vormen van ondersteuning. Of en welke vormen van ondersteuning overbelasting verminderen is onduidelijk.
- Uit survey onderzoek blijkt dat mensen met een niet-westerse migratie achtergrond minder vaak mantelzorg verlenen dan mensen zonder migratieachtergrond. Wel zijn mantelzorgers met een niet-westerse migratie achtergrond relatief vaker overbelast, omdat ze vaak langdurig en intensief hulp verlenen.
- Er zijn verschillende soorten technologische hulpmiddelen die mantelzorgers kunnen ondersteunen of ontlasten, zoals GPS-trackers, sociale robots of medicijndispensers. Technologische hulpmiddelen worden door mantelzorgers als behulpzaam ervaren, maar het effect op belasting, tevredenheid of welzijn ontbreekt grotendeels. Co-creatie met eindgebruikers en hulpverleners staat centraal in de ontwikkeling.
- Mantelzorgers voelen zich niet altijd gezien en erkend door zorgprofessionals in de rol die zij vervullen voor hun naasten. Communicatie en betrokkenheid in besluitvorming richting mantelzorgers is belangrijk.

Het ontvangen van mantelzorg

- Bijna 40% van de thuiswonende 75-plussers krijgt mantelzorg, al dan niet in combinatie met publiek of particulier gefinancierde hulp. De beschikbaarheid van partner en/of kinderen vergroot de kans op het krijgen van mantelzorg. Ongeveer 20% van de 65-plussers geeft aan dat zij niemand uit hun netwerk voor informele zorg zouden kunnen aanspreken.
 - Bijna 80% van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners ontvangt naast de zorgverlening van het personeel in het tehuis ook hulp van een familielid, veelal kinderen. Familieleden helpen vaak met de administratie, het vervoer en het doen van boodschappen en de was. De hulp van familie is meestal wekelijks.
 - De groep 50-74-jarigen biedt relatief vaak mantelzorg en de groep 85-plussers ontvangt relatief vaak mantelzorg. De verhouding tussen deze twee leeftijdsgroepen is een indicator (Oldest Old Support Ratio) voor het aantal potentiële mantelzorgers. Nu zijn er ongeveer 15 personen van 50-74 jaar per 85-plusser, in 2030 is dit gedaald tot 10 personen.
-

Waarde van mantelzorg

- De huidige maatschappelijke waarde van mantelzorg bedraagt tussen de €32 en €44 miljard. Dit is wat het zou kosten als de zorg die mantelzorgers verlenen door een professional zou moeten worden verleend. lang mogelijk thuis blijven wonen (zo ook het programma Langer Thuis van het ministerie van VWS). Daarmee wordt een steeds groter beroep gedaan op mantelzorgers, om de zorg betaalbaar te houden.
 - Nationaal en internationaal beleid is er in toenemende mate op gericht dat ouderen zo Daarnaast ontstaan commerciële partijen die betaalde (particuliere) mantelzorg bieden
-

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Zorg voor mantelzorgers; het individuele perspectief:

- Wat is de bereidheid van individuen om mantelzorg te verlenen en welke zorg wordt daadwerkelijk over de tijd geboden? Zijn er verschillen in de druk op mantelzorg te onderscheiden naar bijvoorbeeld relatietype (partner, kind, familie, buur, vriend), sekse, leeftijd, sociaaleconomische status, arbeidsparticipatie en migratieachtergrond, waardoor we meer zicht krijgen op groepen die extra ondersteuning nodig hebben?
- Hoe kunnen we mantelzorgers het beste faciliteren in de verlening van zorg, in de combinatie met werk, vrijwilligerswerk en in de samenwerking met andere mantelzorgers, vrijwilligers en zorgprofessionals? Welke praktische interventies (wonen, technologie) zijn daarvoor nodig en/of ondersteunend en voor welke groepen?
- Wat is de effectiviteit van verschillende vormen van ondersteuning van mantelzorgers met verschillende kenmerken (gericht op werk, respijtzorg, bevorderen van kennis en kunde en familiedynamiek) op het ervaren van overbelasting. Dit onderzoek is tevens van belang om in beeld te brengen hoe overbelasting het best kan worden voorkomen.
- Wat is de (meer)waarde en betekenis van mantelzorg voor de hulpbehoevende (o.a. ervaren autonomie, plicht tot dankbaarheid, afhankelijkheid), voor de mantelzorger zelf (o.a. positieve aspecten van mantelzorg) en voor de relatie tussen beiden, alsmede voor de zorgprofessional (o.a. met oog op personeelstekorten)? Wat kenmerkt een goede samenwerking tussen de hulpbehoevende, mantelzorger en zorgprofessional.

- Vanuit het professioneel perspectief: Hoe wordt er samengewerkt met mantelzorgers, ook als er sprake is van complexe (verpleeg)huiszorg thuis? Hoe gaan professionals en mantelzorgers samen op met verschillende ideeën over goede zorg en afstemming van verantwoordelijkheden.

Politieke/ maatschappelijke impact:

- In de Mantelzorgagenda 2023-2026 is het streven dat zorgprofessionals, werkgevers en de samenleving mantelzorg herkennen en erkennen. Hoe kan de positie en het belang van mantelzorgers meer prominent worden?
- Hoe verhoudt langdurige professionele zorg, zowel thuiszorg als verpleeghuiszorg, zich tot mantelzorg in de komende jaren, gegeven de focus op zo lang mogelijk thuis wonen en de krapte op de arbeidsmarkt? Denk aan de verdeling van taken, financiering, bejegening van mantelzorgers, nemen/ afstemmen van verantwoordelijkheden, verschillen in (morele) visies wat goede zorg behelst, rol van privacy.
- Er is een steeds groter aanbod aan betaalde en onbetaalde hulp, maar het is nog onduidelijk hoe mantelzorg zich verhoudt tot deze nieuwe vormen van particulier betaalde hulp.
- Hoe kunnen technologische innovaties bijdragen aan het vervangen of ondersteunen van mantelzorgers en/of het ondersteunen van hulpbehoevenden, dan wel in de samenwerking tussen mantelzorgers en professionals?
- Wat is de kwaliteit van zorg voor ouderen die geen beroep (kunnen of willen) doen op mantelzorg, zowel thuis als in het verpleeghuis? Wat is de kwaliteit van hulp voor ouderen die uitsluitend een beroep doen op mantelzorg?
- Er is meer kennis nodig over mantelzorg in verschillende culturen en leefstijlen; De vraag is of het bestaande ondersteuningsaanbod en samenwerking met zorgprofessionals voldoende inclusief is.

Enkele bronnen

- Barnes, M. (2015) Beyond the dyad: exploring the multidimensionality of care. In: Barnes et al (eds) Ethics of Care. Critical Advances in International Perspectives. Policy Press, Bristol.
- Boer, A. de, de Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D. en Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/12/09/blijvende-bron-van-zorg> • De Boer, A., Plaisier, I. & De Klerk, M. (2019). Mantelzorg in het vizier. Beleidssignalement Mantelzorg. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/08/mantelzorgers-in-het-vizier>
- De Boer, A., De Klerk, M., Josten, E. & De Roos, S. (2023). Meer integrale visie op mantelzorg nodig. Position paper van het SCP ten behoeve van het rondetafelgesprek Tweede Kamer over mantelzorg op 28 september 2023. Te vinden op: Mantelzorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal. url: Mantelzorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Ecorys (2021). De maatschappelijke waarde van mantelzorg. https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/sites/3/2021/03/NL5300-35818-Maatschappelijke-Waarde-Mantelzorg_def.pdf
- Giebel, C., De Boer, B., Gabbay, M., Marlow, P., Stoop, A., Gerritsen, D., & Verbeek, H. (2023). "Because if I don't hold his hand then I might as well not be there": Experiences of Dutch and UK care home visiting during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002799>
- Hovenga, N., Landeweer, E., Vinckers, F., Leget, C., & Zuidema, S. Family involvement in dementia special care units in nursing homes: A qualitative care ethical study into family experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–14. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/jan.15794>
- Klerk, M. de, Verbeek-Ouddijk, D., Plaisier, I., den Draak, M. (2019). Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen. Den Haag: SCP.

- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). Kerncijfers informele hulp in Nederland 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooiker, S., de Jong, A., Verbeek-Oudijk, D, Boer, A. de (2019). Toekomstverkenning Mantelzorg aan ouderen in 2040. Den Haag: SCP.
- Landeweer E, Hovenga N, Noten S, Vinckers F, Witte J, Stoop A, Zuidema S. Moral lessons from residents, close relatives and volunteers about the COVID-19 restrictions in Dutch and Flemish nursing homes. *Philos Ethics Humanit Med.* 2023 Sep 6;18(1):12. doi: 10.1186/s13010-023-00140-w. PMID: 37670362; PMCID: PMC10481572.
- Lindemann, H. (2007) Care in families. In *Principles of Health Care Ethics*, edited by Dawson Angus et al. Hoboken: NY: John Wiley.
- Ministerie van VWS (2023) De Mantelzorgagenda 2023-2026. Te downloaden van Mantelzorgagenda 2023-2026 | Rapport | Rijksoverheid.nl
- Plaisier, I. en de Klerk, M. (red)(2015). Ouderenmishandeling in Nederland. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2015/06/15/ouderenmishandeling-in-nederland>
- Snaphaan, L. J. A. E., Geerts, I. A. G. M., & Bongers, I. M. B. (2022). Involving people with dementia in the development process of assistive technology: multi-stakeholder experiences of a user-driven living lab. *Design for Health*, 6(1), 28-43. <https://doi.org/10.1080/24735132.2022.2058827>
- Sriram, V., Jenkinson, C. & Peters, M. Informal carers' experience of assistive technology use in dementia care at home: a systematic review. *BMC Geriatr* 19, 160 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1169-0>
- Tange, M., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Heeft de COVID-19 pandemie de zorgsituatie van ouderen veranderd? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 53(3), 1-12. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2022.03.01> (Scopus - Document details - Did the COVID-19 pandemic change the care situation of older adults?)
- Tronto (2013), J.C. *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.
- Verbeek-Ouddijk, D en Koper, I. (2021). Het leven in een verpleeghuis. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/02/19/hetleven-in-een-verpleeghuis>

kennisagenda thema

Ethische dilemma's

Trefwoorden

ethische dilemma's

botsende waarden en normen

Auteurs

Elleke Landeweer (UNO-UMCG), Eefje Sizoo (UNO Amsterdam),
Marieke de Boer (UNO Amsterdam), Daisy Janssen (AWO-L)

Contactpersoon

Elleke Landeweer | e.g.m.landeweer@umcg.nl

Wat behelst dit thema?

Ethiek is de filosofische discipline die zich bezighoudt met de systematische reflectie op de moraal en theorievorming over het morele handelen en het goede leven. Met de moraal wordt bedoeld hoe normen en waarden in sociale praktijken vorm krijgen, bijvoorbeeld wat de heersende regels, afspraken, gewoontes en gebruiken zijn over wat het goede is om te doen.

Dit is een voortdurend proces waarbij verschillende perspectieven, belangen en nieuwe (alternatieve) visies op goede zorg vragen om afstemming en kunnen leiden tot morele dilemma's. De langdurige (ouderen)zorg is bij uitstek een (complexe) ethische praktijk, omdat zorgprofessionals dagelijks te maken hebben met 'grote' of bekende ethische dilemma's dan wel alledaagse ethische dilemma's waarbij het niet (op voorhand) evident is wat het goede is om te doen.

Huidige evidence

- Uit onderzoek komt naar voren dat stil staan bij en met elkaar in gesprek gaan over morele dilemma's bij kan dragen aan goede zorg en tevens morele stress bij betrokkenen kan verminderen, maar harde cijfers ontbreken nog.
- In de afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar hoe gestructureerde ethische gespreksmethoden, zoals moreel beraad en (online) gesprekstoel, zorgprofessionals en andere betrokkenen ondersteunen in de omgang met ethische dilemma's. Ethische gespreksmethoden bieden kansen om de morele reflectieve vaardigheden van betrokkenen te versterken en te helpen bij een goede omgang met ethische dilemma's.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Ethische kennisuitdagingen

- Hoe kunnen we morele competenties van zorgprofessionals, beginnend bij bewustwording van ethische kwesties, in alle lagen van de ouderenzorgorganisaties verder stimuleren en ontwikkelen? Welke (organisatorische) randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?
- Welke ethische methoden (ethische gespreksmethoden, wegingsmodellen en handreikingen) zijn het meest geschikt voor welke (zorg)praktijk en voor welke doelgroep?
- Hoe kan het verbeteren van ethische reflectie (c.q. betere omgang met morele dilemma's) in organisaties meetbaar gemaakt worden?
- Wat zijn de effecten van ethische reflectie op de omgang met morele dilemma's?

Morele kennisuitdagingen

- Wanneer is het begrenzen van de eigen regie van de cliënt verantwoord?
- Wanneer wegen collectieve belangen (systeem) zwaarder dan persoonsgerichte zorg?
- Wanneer dragen E-health en zorgtechnologie bij aan goede zorg?
- Wat is een optimale balans tussen goede zorg en efficiënte bedrijfsvoering?
- Wat is goede zorg voor ouderen in de laatste levensfase?

Enkele bronnen

- Allinson M, White S, Black P. Pharmacy graduates' perceived impact of long-term undergraduate use of an ethical decision-support tool on their early practice. *Curr Pharm Teach Learn*. 2021 Jul;13(7):760-769. doi: 10.1016/j.cptl.2021.03.001. Epub 2021 Apr 5. PMID: 34074504.
- Bell SK, Kerfoot BP, Gauferberg E. Online tool to promote medical student professionalism and moral decision making. *Med Educ*. 2014 May;48(5):538-9. doi: 10.1111/medu.12469. PMID: 24712958.
- Haan, M.M., van Gorp, J.L.P., Naber, S.M. et al. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics* 19, 85 (2018). doi: 10.1186/s12910-018-0325-y
- Dam S van der, Molewijk B, Widdershoven GA, Abma TA. Ethics support in institutional elderly care: a review of the literature. *J Med Ethics*. 2014 Sep;40(9):625-31. doi: 10.1136/medethics-2012-101295. Epub 2014 Feb 27. PMID: 24578386.
- Stolper M. Learning by by doing. Developing Moral Case Deliberation in health care. Vrije Universiteit Amsterdam. Phd Thesis. 2016 .
- Snoo-Trimpp, J de. Outcomes of Moral Case Deliberation. Using, testing and improving the Euro-MCD Instrument to evaluate Clinical Ethics Support. Vrije Universiteit Amsterdam. PhD thesis, 2020.

Voor de totstandkoming van dit document zijn ook de volgende websites geraadpleegd:

- <https://www.actiz.nl>
- <https://www.ceg.nl/themas>
- https://www.venvn.nl/media/vzxftfk/kennisagendawijkverpleging_factsheet.pdf
- <https://www.gezondheidsraad.nl/over-ons/organisatie/vaste-commissies/ethiek-en-recht>
- <https://orsakovkenniscentrum.nl/kennisbank/kennisagenda>
- <https://www.patientenfederatie.nl/downloads/rapporten/342-onderzoek-voor-en-door-patienten/file>
- <https://www.raadrvs.nl/over-de-rvs>
- https://www.venvn.nl/media/44og2fs0/kennisagendawijkverpleging_rapport.pdf
- <https://www.beteroud.nl/images/beteroud/nieuws/2018/Toetsingskader.pdf>
- <https://www.vilans.nl/artikelen/handreiking-helpt-bij-beslissen-over-ethische-dilemma>
- <https://www.waardigheidentrots.nl>
- <https://www.zorgvoorbeter.nl>

kennisagenda thema

Participatie van ouderen in onderzoek

Trefwoorden

ouderenparticipatie

cliëntparticipatie in onderzoek

Auteurs

Monique Caljouw (UNC-ZH), Aukelien Scheffelaar (Tranzo), Janneke Groothuijse (UNC-ZH),
Sytse Zuidema (UNO-UMCG), Roeslan Leontjevas (UKON)

Contactpersoon

Aukelien Scheffelaar | A.Scheffelaar@tilburguniversity.edu

Wat behelst dit thema?

Ouderen kunnen op verschillende manieren participeren in onderzoek. Naast meewerken als respondent of onderzoeksobject, kan onderzoek samen met ouderen worden uitgevoerd.

Ouderen kunnen opdrachtgever, aanvrager, mede-uitvoerder of beoordelaar van onderzoek zijn. Ze kunnen in verschillende onderzoeksfasen actieve rollen vervullen, zoals:

Adviseren

bijvoorbeeld bij het bepalen van de onderzoeksvragen of meedenken in een stuurgroep.

Vorbereiding onderzoek

denk aan het meehelpen bij informatiematerialen voor respondenten, of bij de werving en het opstellen van vragen voor interviews (topiclijst) of vragenlijsten.

Uitvoering onderzoek

betrokken zijn bij dataverzameling, analyseren, evalueren en rapporteren.

Implementatie

een actieve rol hebben in de kennisdisseminatiefase en (duurzame) implementatie door de bevindingen te verspreiden, praktische producten vorm te geven en meewerken aan trainingen.

De betrokkenheid van ouderen kan de kwaliteit van onderzoek verbeteren door betere aansluiting bij hun ervaringskennis, ideeën, behoeften en prioriteiten. Een normatief en moreel argument voor ouderenparticipatie betreft het democratische recht om betrokken te zijn bij onderzoek over de zorg die ouderen ontvangen (“nothing about us, without us”). Daarnaast kan de betrokkenheid van ouderen het draagvlak van partijen voor de eindbevindingen en producten verhogen.

Huidige evidence

- In de afgelopen decennia participeren ouderen steeds vaker in onderzoek, vooral in kwalitatief onderzoek.
- Hoewel uit onderzoek blijkt dat participatie van ouderen haalbaar lijkt, zijn er vele uitdagingen voor deze groep in het geheel en voor specifieke subgroepen.
- Bij participatie zijn de meer vitale, mondige, en hoger opgeleide ouderen oververtegenwoordigd.
- Onderzoekers zoeken naar beste manieren van ouderparticipatie en leren hier gaandeweg over bij. Er is weinig kennis over effectieve strategieën om de participatie te vergroten zoals relatieopbouw, weloverwogen planning en logistiek, visualisatie en toegankelijke communicatie. Het is belangrijk om te voorkomen dat participatie vooral symbolisch wordt toegepast.
- Er zijn ethische dilemma's verbonden aan participatie, dus ook bij ouderen, zoals rond de veranderende machtsbalans, over de vervagende grenzen tussen de onderzoeker en de onderzochte, eigenaarschap, dilemma's rondom privacy en vertrouwelijkheid, en het representatievraagstuk (wie mag wie vertegenwoordigen?). Vaak worden kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen indirect betrokken en komen zij minder goed aan bod.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Voor welke rol(len) en in welke fasen van onderzoek is participatie essentieel? Hoe kan de wijze van ouderenparticipatie goed aansluiten bij de behoeften van ouderen, het doel en type onderzoek, de context en bij de betrokken onderzoekers?
- Onderzoeksmethoden: Welke onderzoeksmethoden passen het beste bij de verschillende rollen van participatie? In kwalitatieve onderzoeksdesigns werken co-onderzoekers al vaker mee, in kwantitatieve en mixed-design studies veel minder. Hoe kan ouderenparticipatie ook in deze designs worden gerealiseerd?
- Wat zijn de beste strategieën bij specifieke groepen, zoals ouderen met chronische ziekten of cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld dementie)? Wat past bij minder mondige, kwetsbare en minder verbaal vaardige ouderen?
- Hoe ga je als onderzoeker de samenwerking met ouderen aan, hoe blijft de wetenschappelijke integriteit gewaarborgd en hoe worden ethisch verantwoorde keuzes gemaakt?
- Hoe worden kennisproductie en kennisdeling rond ouderenparticipatie tussen kennisinstellingen gestimuleerd en meer duurzaam en structureel vormgegeven?
- Hoe kan ouderenparticipatie het beste geëvalueerd worden? En wat is de meerwaarde van ouderenparticipatie in onderzoek (vanuit verschillende perspectieven)?

Enkele bronnen

- Een 10 voor patiëntenparticipatie:
https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Een_10_voor_patientenparticipatie.pdf
- Handboek participatie voor ouderen in zorg en welzijnsprojecten:
https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/OUDERENPARTICIPATIE.pdf
- Kickstarter patiëntenparticipatie voor onderzoekers:
<https://participatiekompas.nl/kickstart-voor-onderzoekers>
- Backhouse, T., Kenkmann, A., Lane, K., Penhale, B., Poland, F., & Killett, A. (2016). Older care-home residents as collaborators or advisors in research: a systematic review. *Age and ageing*, 45(3), 337-345.
- Baldwin, J. N., Napier, S., Neville, S., & Wright-St Clair, V. A. (2018). Impacts of older people's patient and public involvement in health and social care research: a systematic review. *Age and ageing*, 47(6), 801-809.
- Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Wright, M. T. (2019). *Participatory research for health and social well-being*. Springer International Publishing.
- Bendien, E., Groot, B., & Abma, T. (2020). Circles of impacts within and beyond participatory action research with older people. *Ageing & Society*, 1-21.
- Bromley, Mikesell, Jones, & Khodyakov (2015). From Subject to Participant: Ethics and the Evolving Role of Community in Health Research, *American Journal of Public Health* 105, no. 5 (May 1, 2015): pp. 900-908.
- Keady, J., Hydén, L.-C., Johnson, A., & Swarbrick, C. (Eds.). (2017). *Social Research Methods in Dementia Studies: Inclusion and Innovation* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315517490>

Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen

Trefwoorden

Multiple Sclerose

Korsakov

niet-aangeboren hersenletsel

Huntington

probleemgedrag

Auteurs

John Mens (KennisNetwerk MS), Roy Kohnen (UKON), Jan Lavrijsen (UKON), Kitty Jurrius (UKON),
Raymond Koopmans (UKON), Ineke Gerridzen (UNO Amsterdam), Ruth Veenhuizen (UNO Amsterdam)

Contactpersoon

Ruth Veenhuizen | r.veenhuizen@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

Dit thema heeft betrekking op de volgende vier aandoeningen: Multiple Sclerose (MS), Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH), Syndroom van Korsakov (SvK) en de Ziekte van Huntington (ZvH). Deze aandoeningen worden hier gezamenlijk beschreven. Ze kenmerken zich door ernstige cognitieve stoornissen (geheugenstoornissen en executieve stoornissen) en neuropsychiatrische symptomen. Er is somatische én psychosociale problematiek en/of comorbiditeit die de communicatie en het duiden van gedrag bemoeilijken, naast een grote variatie in leeftijd. MS en ZvH zijn degeneratieve aandoeningen, SvK en NAH vertonen een stabiel beeld.

De prevalentie van probleemgedrag is hoog (grootweg >50% met vaak meerdere symptomen tegelijk). Probleemgedrag wordt opgedeeld in afzonderlijke neuropsychiatrische symptomen waarvan agitatie, prikkelbaarheid en verbale en fysieke agressie het meeste voorkomen. De combinatie van neuropsychiatrie met somatiek heeft geleid tot het ontwikkelen van categorale afdelingen binnen zorginstellingen.

Gedragsveranderingen kunnen een direct gevolg zijn van hersenletsel, maar ook indirect als gevolg van frustratie door de ervaren beperkingen of door interactie met de omgeving die soms ook al beperkend was door erfelijkheid of sociale omstandigheden (verslaving). De veranderingen kunnen geuit worden in de vorm van ontremming, impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressie, maar ook als apathie.

Gedragsveranderingen veroorzaken niet alleen een hoge last bij de patiënt, maar ook bij diens omgeving (zowel naasten als professionele zorgverleners). In de omgeving van de patiënt ontstaat regelmatig handelingsverlegenheid, hetgeen zelfs aanleiding kan geven tot het niet-passend voorschrijven van psychofarmaca met risico op ongewenste bijwerkingen.

Huidige evidence

- De complexe en intensieve zorg voor deze doelgroepen behelst een multidisciplinaire benadering met specifieke kennis en expertise, over de ziekten/aandoeningen en de behandelopties. De binnen deze multidisciplinaire benadering gehanteerde monodisciplinaire richtlijnen bevatten de aanwezige evidence en worden toegepast. De zorg voor en benadering van mensen uit deze doelgroepen is vooral practice-based, bestaande uit interventies die op basis van langdurige ervaring met de zorg voor deze doelgroepen zijn ontstaan. Deze kennis en ervaring met de aanpak van probleemgedrag is nog maar zelden onderzocht en derhalve nog niet omschreven en vastgelegd in richtlijnen.
- Probleemgedrag bij de patiënt belast ook diens systeem. Verminderde wilsbekwaamheid is vaak strijdig met de behoefte van de patiënt aan autonomie en kan ook in de interactie met het systeem weer tot probleemgedrag leiden.
- In de praktijk wordt een multidisciplinaire en methodische aanpak aangeraden conform de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso, naast de ziekte-specifieke richtlijnen.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Gedrag

- Wat is de (multifactoriële) etiologie van probleemgedrag of gedragsveranderingen?
- Wat zijn de prevalentie en kenmerken van probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen en emotionele problemen) bij genoemde doelgroepen?
- Is er een relatie tussen gedragsveranderingen, met name agressie, en beperkingen in sociaal functioneren?
- Wat is de kwaliteit van leven bij deze doelgroepen en bij de groep met gedragsveranderingen in het bijzonder en wat is de relatie met ziekte-inzicht of het tekort hieraan?
- Wat is de relatie tussen de aanwezigheid van seksueel ontremd gedrag en kwaliteit van leven in relatie tot de seksuele expressie?
- Welke bepalende factoren spelen een rol bij plaatsing in een setting? En hoe zorg je dat jonge mensen met NAH op de goede plek terecht komen? (overige doelgroepen hebben categorale voorzieningen)
- Wat is de impact van gedragsveranderingen zoals agressie en seksueel ontremd gedrag op zorgmedewerkers in de verpleeghuizen die te maken hebben met (jonge) patiënten met ernstig NAH, MS, ZvH of SvK?
- Wat is de invloed van kenmerken, zoals opleidingsniveau, persoonlijkheidskenmerken, psychiatrische stoornissen (o.a. angst en depressie), sociaaleconomische status, sociaal netwerk, zinvolle dagbesteding, zingeving, sociale steun, op het beloop van cognitie, stemming en probleemgedrag?
- Wat is de invloed van veel gebruikte medicatie (o.a. voor motorische problemen, pijnstillers, anti-epileptica) op gedrag, stemming en (verlies van) cognitie?
- Wat is de invloed van vermoeidheid/pijn op stemming, cognitie en gedrag en wat is het effect van verschillende behandelingen voor vermoeidheid hierop?
- Hoe wordt omgegaan met onvrijwillige zorg?
- Hoe is het beloop van gedragsveranderingen en het voorschrijven van gedrag regulerende medicatie?

Interventies

- Welke psychosociale interventies en benaderingen zijn effectief?
- Welke farmacologische interventies zijn effectief? Wat is passend voorschrijven van psychofarmaca?
- Wat zijn de effecten van verschillende vormen van cognitieve revalidatie op de kwaliteit van leven en probleemgedrag?
- Hoe kan educatie van mantelzorgers bijdragen aan het ondersteunen van naasten m.b.t. verandering in cognitie, stemming en gedrag? Hoe verloopt de samenwerking tussen het netwerk van professionals en de naasten ten aanzien van de benadering van probleemgedrag?
- Wat is de invloed van een bewegingsprogramma op gedrag, stemming en cognitie?

Enkele bronnen

- Kohonen R.F., Gerritsen D.L., Smals, O.M., Lavrijsen J.C.M., Koopmans R.T.C.M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms and psychotropic drug use in patients with acquired brain injury in long-term care: a systematic review. *Brain Injury* 2018; 32 (13-14): 1591-1600.
- Kohonen R.F., Lavrijsen J.C.M., Akkermans R.P., Gerritsen D.L., Koopmans R.T.C.M. The prevalence and determinants of neuropsychiatric symptoms in people with acquired brain injury in nursing homes. *JAMDA* 2020; 21 (11): 1643-1650.
- Kohonen R.F., Lavrijsen J.C.M., Akkermans R.P., Gerritsen D.L., Koopmans R.T.C.M. The prevalence and determinants of inappropriate sexual behaviour in people with acquired brain injury in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 2021; doi: 10.1111/jan.14817.
- Kennisagenda Korsakov Zorg & Behandeling, Korsakov Kenniscentrum, 2019
- Proefschrift Gerridzen I 'Nothing is wrong with me. Behavioural symptoms and awareness in people with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders living nursing homes', 2020
- Empathisch Directieve Benadering, www.korsakovkenniscentrum.nl, 2020
- van Duijn E. Treatment of Irritability in Huntington's Disease. *Curr Treat Options Neurol.* 2010 Sep;12(5):424-33. doi: 10.1007/s11940-010-0088-3. Epub 2010 Jul 10. PMID: 20730109
- Ishihara L, Oliveri D, Wild EJ. Neuropsychiatric comorbidities in Huntington's and Parkinson's Disease: A United States claims database analysis. *Ann Clin Transl Neurol.* 2021 Jan;8(1):126-137. doi: 10.1002/acn3.51252. Epub 2020 Nov 20.

kennisagenda thema

Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

planmatige aanpak

beïnvloedende factoren

disseminatie

implementatieonderzoek

valorisatie

Auteurs

Sander Ranke (UKON) & Ivonne Lesman (UNO-UMCG) i.s.m. implementatieadviseurs SANO:
Henriette van der Kloet (UNO-UMCG), Josien Wijfels (UNO Amsterdam), Claudia van Erven (Tranzo),
Arno Doornebosch (UNC-ZH) en Judith Urlings (AWO-L)

Contactpersoon

Sander Ranke | Sander.Ranke@radboudumc.nl

Wat behelst dit thema?

Implementatie verwijst naar procesmatige en planmatige invoering van een vernieuwing of verandering (van bewezen waarde) in de klinische praktijk, met als doel dat dit wordt opgenomen in de dagelijkse werkzaamheden, het functioneren van de organisatie of de structuur van de sector en leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

In de langdurige ouderenzorg is implementatie gericht op het toepassen van kennis en innovaties vanuit wetenschappelijk onderzoek, met als doelen: het verbeteren van de kwaliteit van leven voor ouderen (en hun naasten), de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van werk. Er zijn verschillende effectieve, maar complexe interventies (multicomponent en multidisciplinair) die zorgorganisaties zouden willen toepassen, maar die lastig te implementeren zijn.

Implementatie van een verandering of vernieuwing vraagt om disseminatie (verspreiden en kennisnemen van kennis), adaptatie (bereidheid om mee te werken), invoering (gedrag aanpassen) en borging (volhouden van verandering). Pas wanneer de verandering onderdeel is van de routine, noemen we een implementatie succesvol. Onderzoek naar implementatie in de langdurige ouderenzorg is een relatief jonge vorm van wetenschap. De laatste jaren is er toenemend aandacht voor procesevaluaties, wat heeft geleid tot meer wetenschappelijke en praktische kennis over factoren gerelateerd aan (niet) succesvolle implementatie.

Huidige evidence

- Multicomponent en multidisciplinaire interventies

Vaak blijkt dat maar enkele activiteiten van de multicomponent interventie succesvol zijn geïntegreerd, in plaats van de complete interventie. Dit lijkt samen te hangen met de context: in welke mate de interventie aansluit op de daadwerkelijke praktijk (doelgroep, soort afdeling en organisatievorm). Hierdoor wordt effectiviteit van de interventie onvoldoende benut (of is onvoldoende aan te tonen). Elke activiteit zou apart moeten worden geïmplementeerd en geëvalueerd.

- Inzichten uit procesevaluaties

- De meeste onderzoeken naar implementatie van interventies in de ouderenzorg betreffen procesevaluaties en brengen de beïnvloedende factoren voor implementatie in kaart. Bevorderende factoren zijn: sterk leiderschap van de (enthousiaste) kartrekker, ondersteuning van ambassadeurs, goede communicatie en coördinatie tussen de verschillende zorgprofessionals, een lerende cultuur, een implementatieplan (met daarin tijdspad en activiteiten), scholing voor medewerkers, ondersteuning van het management d.m.v. mandaat en faciliteren van voldoende middelen (o.a. uren), regelmatige terugkoppeling op voortgang en integratie van de interventie in de dagelijkse werkzaamheden.

- Daarnaast zijn er ook verschillende factoren die de implementatie van interventies kunnen belemmeren zoals: ontbreken van 'urgentiegevoel', een hoog personeelsverloop, ervaren tijdsdruk door personeel, grote organisatorische veranderingen, variatie in locaties en doelgroepen per organisatie, onvoldoende faciliteiten of support vanuit management.

- De lokale context van de organisatie, waarbinnen de implementatie van een interventie plaatsvindt en de mate van betrokkenheid van professionals (o.a. vanaf begin betrokken worden bij de implementatie, voldoende kennis hebben van de implementatie en/of mogelijkheid tot scholing en sociale ondersteuning van collega's) zijn medebepalend voor een (niet) succesvolle implementatie. Het is niet duidelijk hoe organisaties deze beïnvloedende factoren vaststellen en hoe zij hiermee omgaan.

- Implementatiestrategieën

- De analyse van de context, waarbij beïnvloedende factoren worden beschreven, leiden tot keuzes voor implementatiestrategieën. Bij implementatie van innovaties worden vaak algemene implementatie strategieën gekozen en niet op maat toegepaste, gecombineerde implementatie strategieën, waardoor de kans op succesvolle implementatie wordt verkleind.

- De activiteiten die ingezet gaan worden op basis van de gekozen implementatie strategieën (informatieve, draagvlak vergrotende, educatieve, organisatorisch faciliterende en cliëntgerichte strategieën) moeten nauwkeurig worden afgestemd op de specifieke doelgroep, de knelpunten en behoeften. Een combinatie van meerdere implementatiestrategieën, in verschillende fases van implementatie, lijkt het meest effectief.

- Betrokkenheid toekomstige zorgprofessionals bij implementatie
Valorisatie van onderzoeksresultaten lijkt het meest succesvol te zijn als resultaten in co-creatie met zorgprofessionals en onderwijs worden omgezet naar praktische tools. Er lijken aanwijzingen te zijn dat betrokkenheid van onderwijs (mbo-hbo-wo) de implementatie van innovaties kunnen stimuleren, doordat zij al in een vroeg stadium kennisnemen van nieuwe ontwikkelingen voor hun toekomstige werkveld en dit direct kunnen toepassen en uitdragen zodra zij in dit werkveld gaan werken. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van samenwerking tussen onderwijs en wetenschap als het gaat om implementatie van innovaties in de langdurige zorg.
- Effectevaluaties van implementatie (betreft gezondheidsuitkomsten en economische effecten)
 - Het is onduidelijk welke effecten succesvolle interventies hebben op de gezondheid van kwetsbare ouderen.
 - Of een implementatie van een innovatie financieel haalbaar is, wordt vaak niet meegenomen in een procesevaluatie en is daarmee onduidelijk. Budget impact analyses kunnen hierin verandering brengen.
 - Kosten-baten analyses op implementatie van verschillende interventies met hetzelfde beoogde effect op de gezondheid van kwetsbare ouderen, zijn schaars.
 - Er zijn aanwijzingen dat het bezig zijn met het verbeteren van kwaliteit van zorg leidt tot een verhoging van de werktevredenheid van zorgmedewerkers. Hier is echter nog weinig onderzoek aan gewijd.
- De-implementatie in de langdurige (ouderen)zorg:
Hoewel ondoelmatigheid prikkels ook in de langdurige zorg steeds meer aandacht krijgen wordt hier momenteel nog maar weinig aandacht aan besteed in onderzoek.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van verschillende implementatiestrategieën om multidisciplinaire en multicomponent interventies succesvol te implementeren? Hoe kunnen zorgprofessionals beter toegerust worden om de implementatie van deze interventies te realiseren? En hieraan gelieerd: Wat is de ondersteuningsbehoefte van zorgorganisaties en zorgprofessionals bij de analyse van de context? Wat hebben zij nodig bij het maken van de keuze voor geschikte implementatiestrategieën die aansluiten bij de lokale situatie en innovatie?
- Welke factoren bevorderen het opschalen van bewezen interventies naar andere onderdelen binnen de organisatie of naar andere organisaties? En welke factoren zijn van invloed om succesvol te implementeren zonder dat organisaties direct gefaciliteerd worden?
- Wat zijn adequate theoretische modellen om procesevaluatie en effectevaluatie binnen de langdurige zorg uit te voeren, rekening houdend met proces-, economische- en gezondheidsuitkomsten? En hoe kunnen deze uitkomsten in procesevaluatie goed in kaart worden gebracht?
- Hoe kunnen zorgorganisaties, onderwijsorganisaties en academische werkplaatsen voor ouderenzorg samenwerken voor effectieve valorisatie van kennis uit wetenschappelijk onderzoek?
- Hoe kan de-implementatie binnen de langdurige ouderenzorg plaatsvinden (d.w.z. planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft, of zorg vervangen door een vergelijkbaar maar goedkoper alternatief)?

Enkele bronnen

- ZonMw: Wat verstaan we onder implementatie? - ZonMw
- ZonMw: Implementatie-kennisportaal - ZonMw
- Europese Samenwerking: <http://www.implementation.eu/implementation>
- NIC: Nederlands implementatie collectief -> opgericht tijdens European Implementation Conference, mei 2021. Nederlands Implementatie Collectief (weekvandeimplementatie.nl) :
- Nivel: Van Beek APA., Spreeuwenberg PMM., Groenewegen PD., Innovaties in de zorg. Nivel, Utrecht, 2009. Rapport A4 (innovatiefinwerk.nl)
- Gerritsen D., Vries de E., et al. Implementing a multidisciplinary psychotropic medication review among nursing home residents with dementia: a process evaluation. *International Psychogeriatrics: International Psychogeriatric Association*, 2019, p1-13.
- Groot Kormelinck CM., Janus SIM., et al. Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International Psychogeriatrics, International Psychogeriatric Association*, 2020, p1-17.
- Kloos N., Drossaert, CHC. , et al. Exploring facilitators and barriers to using a person centered care intervention in a nursing home setting. *Geriatric Nursing*, 2020, p 730-739.
- Leontjevas, R., Gerritsen DL., et al. Process Evaluation to Explore Internal and External Validity of the “Act in Case of Depression” Care Program in Nursing Homes. *Jamda*, 2021, p e1-e8.
- Nilsen, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Sci* 10, 53 (2015).
- Zwijsen SA., Smalbrugge M., et al. Grip on challenging behavior: process evaluation of implementation of a care program. *Trials*, 2014, p 1-11.
- Wensing M, Grol R,. *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten, 2017.
- Westenend M. ten., et al. An explorative study on how an academic knowledge network can facilitate and improve implementation in nursing homes. Master Internship report. Nijmegen, 2021.

kennisagenda thema

Infecties en antibiotica- resistentie

Trefwoorden

urine­weginfecties

luchtweginfecties

antibioticaresistentie

verantwoord antibioticagebruik

infectiepreventie

Auteurs

Laura van Buul (UNO Amsterdam), Cees Hertogh (UNO Amsterdam),
Jeanine Rutten (UNO Amsterdam)

Contactpersoon

Laura van Buul | L.vanbuul@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

De meest voorkomende infectieziekten binnen de langdurige zorg betreffen urineweginfecties en luchtweginfecties. Deze worden veelal behandeld met antibiotica. Antibioticaresistentie is een toenemend probleem, wereldwijd en in alle zorgsettings, waarbij het risico bestaat dat in de toekomst antibiotica niet meer (goed) zijn in te zetten bij de behandeling van infectieziekten en bij de uitvoer van verschillende medische handelingen.

het bevorderen van verantwoord antibioticagebruik. Het terugdringen van antibioticaresistentie is een actueel thema dat extra onder de aandacht is gekomen na politieke prioritering van dit thema in 2015 (lancering 'nationaal actieplan antibioticaresistentie'). Aanvullend hierop heeft de COVID-19 pandemie het thema infectieziekten (viraal en bacterieel) in de zorg, en met name het belang van infectiepreventie, bijzonder actueel gemaakt.

Er zijn twee strategieën om antibioticaresistentie in de (langdurige) zorg aan te pakken: infectiepreventie en

Huidige evidence

Urineweginfecties

- Uit eerder onderzoek is gebleken dat het niet verantwoord voorschrijven van antibiotica in de langdurige zorg veelvuldig voorkomt, met name voor vermeende urineweginfecties. Internationaal is er consensus bereikt over wanneer er bij een verdenking op urineweginfectie wél en juist géén antibiotica geïndiceerd is. Deze inzichten zijn verwerkt in de herziene richtlijn Urineweginfecties van Verenso. Er zijn en worden verschillende onderzoeken uitgevoerd gericht op het implementeren en borgen van deze richtlijn.
- De effectiviteit van preventieve behandeling met Vitamine C of cranberries ter voorkoming van recidiverende urineweginfecties is niet aangetoond. Er wordt onderzocht of preventieve behandeling met methenamine wel effectief kan zijn.
- De inzet van sneltest diagnostiek voor bio markers (CRP en procalcitonine) bij urineweginfecties is onderzocht, deze bleek echter onvoldoende sensitief en daardoor niet zinvol.

Luchtweginfecties

- In 2018 heeft Verenso haar eerste richtlijn Lage Luchtweginfecties uitgebracht.
- In recent onderzoek is aangetoond dat de inzet van de CRP point-of-care test bij lage luchtweginfecties in verpleeghuizen leidt tot een reductie in antibioticagebruik zonder nadelige gevolgen voor het klinisch herstel of complicaties.

COVID-19

- Sinds de uitbraak van de COVID-19 pandemie zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd naar preventie, diagnostiek en behandeling van COVID-19 in verpleeghuizen.

Algemeen

- Sinds 2017 fungeert een aantal verpleeghuisorganisaties als peilstations voor (o.a.) de registratie van antibiotica voorschrijfgegevens via data-extractie uit het elektronisch cliëntdossier.
- Er zijn en worden verschillende onderzoeken uitgevoerd naar het vóórkomen van antibioticaresistentie en naar het naleven van handhygiëne richtlijnen.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Urineweginfecties en luchtweginfecties

- Hoe kan de recent beschikbaar gekomen kennis over preventie, diagnostiek en behandeling van urineweginfecties en luchtweginfecties gebundeld en geïmplementeerd worden? Deze implementatie zou vervolgens geëvalueerd moeten worden.
- Wat zijn de effecten, bijwerkingen en het beloop van urineweginfecties bij een afwachtend beleid ten opzichte van antibiotische behandeling? Wat zijn effectieve preventieve maatregelen voor (recidiverende) urineweginfecties? En wat zijn betrouwbare methoden voor urine-afname bij incontinentie bewoners?
- Wat is de effectiviteit van ondersteunende behandeling bij kwetsbare ouderen met een lage luchtweginfectie? Welke interventies kunnen aspiratie voorkomen, en wat is de effectiviteit van antibioticagebruik na heftige aspiratie of als onderhoudsbehandeling bij COPD-patiënten?
- Wat zijn vóórkomende verwekkers, resistentiepatronen en geschikte antibiotische behandeling (middel, therapieduur en dosering) bij urineweginfecties en luchtweginfecties?

COVID-19 en infectiepreventie

- Welke ontwikkelingen ontstaan er met betrekking tot (nieuw opkomende) virale infectieziekten, waaronder COVID-19? En welke onderzoeksvragen levert dit op rondom preventie, diagnostiek en behandeling van deze infectieziekten in de ouderenzorg?
- Hoe kan de kwaliteit van infectiepreventie in de ouderenzorg verbeterd worden, ten behoeve van zowel de strijd tegen antibioticaresistentie als ter voorkóming van infecties met bekende en nieuw opkomende infectieziekten? Welke lessen kunnen we op dit gebied leren van de COVID-19 pandemie? En hoe kunnen opleidingen en opleiders van zorgmedewerkers betrokken worden, opdat de basiskennis over infectiepreventie voldoende geborgd is en blijft op de werkvloer?

Enkele bronnen

- Ashraf MS, Gaur S, Bushen OY, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of urinary tract infections in post-acute and long-term care settings: a consensus statement from AMDA's infection advisory subcommittee. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(1):12-24.e2.
- Boere TM, van Buul LW, Hopstaken RM, et al. Effect of C reactive protein point-of-care testing on antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2021;374:n2198.
- Kuil SD, Hidad S, Fischer JC, et al. Sensitivity of C-reactive protein and procalcitonin measured by point-of-care tests to diagnose urinary tract infections in nursing home residents: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis.* 2021;73(11):e3867-e3875.
- Rutten JJS, van Buul LW, Smalbrugge M, et al. An electronic health record integrated decision tool and supportive interventions to improve antibiotic prescribing for urinary tract infections in nursing homes: a cluster randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2021:S1525-8610(21)00980-4.
- Rutten JJS, van Loon AM, van Kooten J, et al. Clinical suspicion of COVID-19 in nursing home residents: symptoms and mortality risk factors. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(12):1791-1797.e1.
- Teasing GR, Richardus JH, Nieboer D, et al. The effect of a hand hygiene intervention on infections in residents of nursing homes: a cluster randomized controlled trial. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2021;10(1):80.
- Van den Besselaar JH, Sikkema RS, Koene FMHPA, et al. Are presymptomatic SARS-CoV-2 infections in nursing home residents unrecognized symptomatic infections? Sequence and metadata from weekly testing in an extensive nursing home outbreak. *Age Ageing.* 2021:afab081.
- Van Buul LW, Veenhuizen RB, Achterberg WP, et al. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(3):229-37.
- Verenso. Richtlijn: Lage luchtweginfecties bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2018.
- Verenso. Richtlijn: Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2018.

kennisagenda thema

Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie

Trefwoorden

betekenisvolle activiteiten

dementie

persoonsgerichte zorg

relatiegerichte zorgzorg

Auteurs

Monique Caljouw (UNC-ZH), Bram de Boer (AWO-L),
Hanneke Smaling (UNC-ZH), Lindsay Groenvynck (AWO-L)

Contactpersoon

Monique Caljouw | M.A.A.Caljouw@lumc.nl

Wat behelst dit thema?

Betekenisvolle activiteiten zijn activiteiten of bezigheden waar men plezier aan beleeft en die aansluiten bij de eigen interesses, gewoonten, identiteit, rollen en routines, aangepast aan zijn of haar mogelijkheden.

De diagnose dementie gevolgd door achteruitgang in functioneren en cognitie zorgt vaak voor rolveranderingen tussen de persoon met dementie en diens naasten. De persoon met dementie wordt steeds afhankelijker van de naaste en dat is moeilijk voor beiden. Mensen met dementie verliezen het vermogen om activiteiten te ondernemen en te communiceren met anderen. Ook interesses veranderen gedurende de progressie van de ziekte. Betekenisvolle activiteiten kunnen helpen bij het aanpassen aan deze veranderende omstandigheden door bij te dragen aan het behoud van een positief zelfbeeld, autonomie en het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties.

Het is belangrijk dat mensen met dementie hun leven zoveel als mogelijk kunnen voortzetten met behoud van betekenisvolle activiteiten, zowel thuis als in het verpleeghuis. De context waarin activiteiten plaatsvinden verandert voortdurend als gevolg van de achteruitgang. Bij het bepalen van geschikte betekenisvolle activiteiten is een goede samenwerking tussen zorgmedewerkers, de persoon met dementie en hun naasten van groot belang.

Huidige evidence

- De rolveranderingen die mensen met dementie en hun naasten gedurende het ziekteproces doormaken zijn voor beide partijen ingrijpende levensgebeurtenissen. Personen die dit meemaken zijn kwetsbaar en lopen het risico dat hun welzijn afneemt. Diverse studies hebben aangetoond dat betekenisvolle activiteiten van groot belang zijn voor de levenskwaliteit en zingeving van mensen met dementie en om de relatie tussen een persoon met dementie en zijn of haar naasten te versterken. Sociale ondersteuning, relaties en nabijheid zijn voor zowel mensen met dementie als hun naasten belangrijk.
- Uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals en naasten het afstemmen en samenwerken met elkaar in betekenisvolle activiteiten als ingewikkeld ervaren. Zij vinden het moeilijk om de juiste activiteit bij de persoon te vinden. Er is behoefte aan een overzicht en hulp bij het kiezen van passende persoonsgerichte betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie.
- Het is aangetoond dat het behoud van betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie uitdagingen met zich mee brengt, met name na een verandering in context (denk hierbij aan een snelle progressie van de dementie, of een verhuizing van thuis naar het verpleeghuis).
- Betekenisvolle activiteiten moeten continu worden aangepast aan de persoonlijke interesses, mogelijkheden en voorkeuren van de persoon met dementie, zowel thuis als in het verpleeghuis. Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat (1) goede informatievoorziening; (2) duidelijke communicatie; (3) praktische en emotionele ondersteuning, en (4) tijd belangrijk zijn voor een goede overgang van thuis naar het verpleeghuis en daarmee het voortzetten en borgen van betekenisvolle activiteiten.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe gaan mensen met dementie en hun naasten om met veranderingen met betrekking tot betekenisvolle activiteiten ten gevolge van het verloop van de dementie en welke behoefte aan ondersteuning van professionals hebben zij daarbij?
- Welke rol speelt het steeds afhankelijker worden van de omgeving voor mensen met dementie en wat betekent dit voor participatie aan betekenisvolle activiteiten?
- Hoe kan je bepalen wat voor een persoon met dementie betekenisvolle activiteiten zijn? Welke persoonskarakteristieken spelen daarbij een rol en hoe maak je activiteiten persoonlijker?
- Hoe behoud je betekenisvolle activiteiten, afgestemd op het individu, in een veranderende context als gevolg van de achteruitgang van dementie en verschillende woonsituaties, thuis en in het verpleeghuis?
- Welke initiatieven worden in de praktijk toegepast die gericht zijn op het opzetten en onderhouden van betekenisvolle activiteiten, en wat zijn de effecten van deze initiatieven?
- Hoe kan je betekenisvolle activiteiten integreren in de dagelijkse zorg thuis en in het verpleeghuis?
- Hoe kunnen zorgmedewerkers en naasten samenwerken bij het behouden en borgen van betekenisvolle activiteiten (thuis en in het verpleeghuis)?
- Hoe kunnen we processen rondom de transitie van thuis naar het verpleeghuis inrichten met focus op behoud van betekenisvolle activiteiten ter verbetering van welzijn, kwaliteit van leven en persoonsgerichte zorg voor personen met dementie en hun naasten?

Enkele bronnen

- Onderzoeksagenda van Alzheimer Nederlands; <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoeksagenda> (2020)
- Rausch A, Caljouw MAA, van der Ploeg ES. Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions. *International Psychogeriatrics*, 2017;Apr;29(4):583-593.
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg> (2017)
- Kenniskring Dementie (2015). Geraadpleegd op 1 juni 2020: <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-1757/plezierige-activiteiten-in-het-verpleeghuis-organiseren>
- Tierney L, Beattie E. Enjoyable, engaging and individualised: A concept analysis of meaningful activity for older adults with dementia. *Int J Older People Nurs*. 2020;00:e12306.
- Travers C, Brooks D, Hines S, et al. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2016, 14, 163-225, doi:10.11124/jbisrir-2016-003230.
- Han A, Radel J, McDowd JM, Sabata D. The Benefits of Individualized Leisure and Social Activity Interventions for People with Dementia: A Systematic Review. *Activities, Adaptation & Aging* 2016, 40, 219-265, doi:10.1080/01924788.2016.1199516.
- Groenendaal M, Loor A, Trouw M, et al. Perspectives of Healthcare Professionals on Meaningful Activities for Persons with Dementia in Transition from Home to a Nursing Home: An Explorative Study. *Healthcare* 2019, 7, 98.
- Groenvynck L, de Boer B, Hamers J, et al. (2020). Towards a partnership in the transition from home to a nursing home: the TRANSCIT model. Maastricht University. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.041>

kennisagenda thema

Eigen regie

Trefwoorden

eigen regie

autonomie

samen beslissen

zelfredzaamheid

Auteurs

Katrien G Luijkx (Tranzo), Sandra MG Zwakhalen (AWO-L), Marleen Lovink (UKON)

Contactpersoon

Katrien G Luijkx | K.G.Luijkx@tilburguniversity.edu

Wat behelst dit thema?

Beleid is erop gericht dat (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met gepaste zorg indien nodig. Ouderen worden gestimuleerd en geacht zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn, de eigen regie te pakken om te regelen dat de situatie voor hen prettig en leefbaar is. Eigen regie is van belang voor alle mensen, dus ook voor ouderen die in het verpleeghuis of andere intramurale zorgorganisatie wonen en die wel of niet met cognitieve en lichamelijke beperkingen te maken hebben. Eigen regie kan zich uiten in zelf bepalen (decisional autonomy) en zelf uitvoeren (executorial autonomy), maar er is ook sprake van eigen regie als één van beide aan de orde is.

In de langdurige ouderenzorg is de laatste decennia steeds meer aandacht voor een mensgerichte zorgbenadering. Hierin staat de oudere en diens perspectief centraal en wordt de oudere gestimuleerd of geacht om de regie te behouden door mee te beslissen en keuzes te maken. Deze gezamenlijke besluitvorming dient als middel om de zorg aan te laten sluiten op de wensen en behoefte van de oudere en diens naasten.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een vermogen van ouderen om eigen regie te pakken en eigen keuzes duidelijk te maken, zeker als zij zorg nodig hebben. Ook vraagt het van zorgverleners een faciliterende houding, evenals kennis en inzet om eigen regie van de oudere mogelijk te maken en samen met hen te beslissen over een passende behandeling en begeleiding. Ondersteunende interventies gericht op de bevordering van eigen regie kunnen hierbij van dienst zijn.

Huidige evidence

- Veel onderzoek heeft zich gericht op het belang en de urgentie van eigen regie van ouderen in hun eigen leven en zorg. Urgentie is aangetoond vanuit de kwaliteit van zorg (zorg sluit beter aan op wensen en behoeften van ouderen) en vanuit beleidsperspectief (langer thuis wonen drukt de zorgkosten).
- Er is in beperkte mate kennis over de effectiviteit van interventies gericht op de ondersteuning van eigen regie van ouderen.
- Onderzoek geeft enkele inzichten en kennis over hoe eigen regie gestimuleerd kan worden en in kaart kan worden gebracht (bijvoorbeeld door keuzemogelijkheden aan te bieden, bewoners te kennen, familie en vrienden te betrekken en gepersonaliseerde zorg te verlenen).
- Vanuit wetenschappelijk onderzoek zijn modellen en stappenplannen ontwikkeld die samen beslissen en daarmee eigen regie kunnen faciliteren.
- Onderzoek heeft aangetoond dat zorgverleners een belangrijke invloed hebben op het faciliteren of stimuleren van eigen regie, bijvoorbeeld door keuzemogelijkheden aan te bieden, door bewoners te leren kennen en gepersonaliseerde zorg te verlenen. Het is echter niet altijd duidelijk hoe dit precies werkt.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

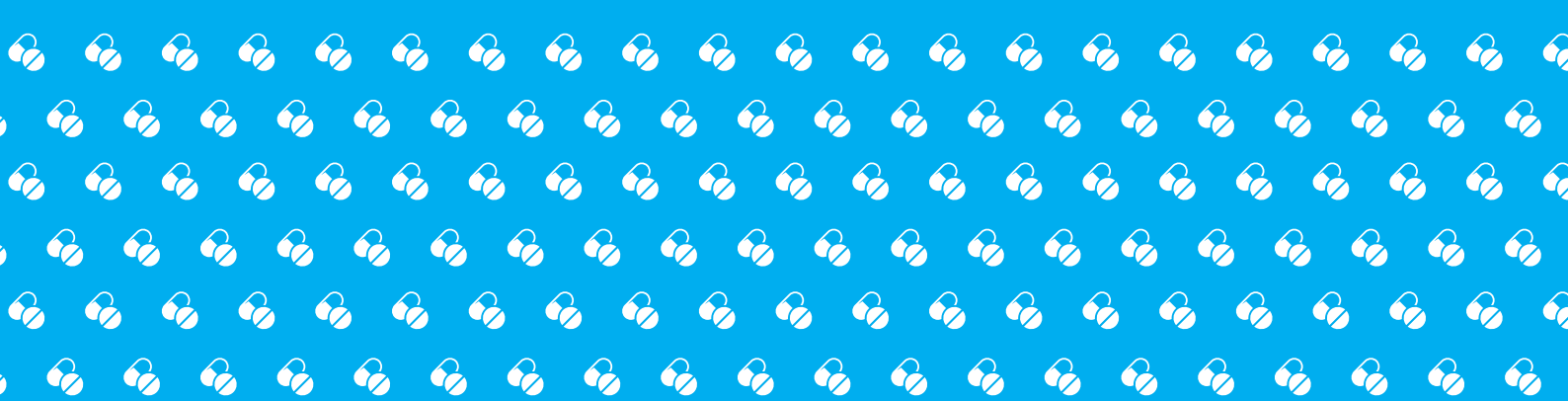
- Wat hebben thuiswonende ouderen nodig om eigen regie te voeren over hun leven en zorg? Is dit verschillend voor oudere en jongere generaties ouderen? Zijn er andere individuele of situationele kenmerken die van invloed zijn op eigen regie?
- Wat hebben oudere verpleeghuisbewoners nodig om zelf de regie over hun leven en hun zorg te voeren? Zijn er verschillen tussen verpleeghuisbewoners te ontdekken?
- Hoe kunnen zorgverleners eigen regie stimuleren bij ouderen in het geval van een complexe zorgvraag?
- Welke rol vervullen naasten in het bevorderen van eigen regie bij ouderen met dementie en hoe kunnen zij daarin ondersteund worden?
- Zorgt meer eigen regie van ouderen voor een hogere kwaliteit van zorg en leven, thuis en in het verpleeghuis?
- Zorgt meer eigen regie van ouderen voor langer thuis wonen van ouderen en minder zorgkosten?
- Hoe kan de mate van eigen regie van ouderen en autonomie-stimulerend gedrag van zorgverleners op valide en betrouwbare wijze in kaart worden gebracht?

Enkele bronnen

- Boumans, J., Van Boekel, L. C., Baan, C.A. & Luijkx, K.G. (2018). How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review. *Gerontologist*, e709–e730. <https://doi.org/10.1093/geront/gny096>
- Boumans, J., Van Boekel, L., Kools, N., Scheffelaar, A., Baan, C. & Luijkx, K. (2021). How staff characteristics influence residential care facility staff's attitude toward person-centered care and informal care. *BMC Nurs*, 20:217. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00743-8>.
- Luijkx, K., van Boekel, L., Janssen, M., Verbiest, M. & Stoop, A. (2020). The Academic Collaborative Center Older Adults: A Description of Co-Creation between Science, Care Practice and Education with the Aim to Contribute to Person-Centered Care for Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23):9014. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239014>
- Roelofs, T.S.M., Luijkx, K.G. & Embregts, P.J.C.M. (2019). Love, Intimacy and Sexuality in Residential Dementia Care: A Client Perspective. *Clin Gerontol*, 44(3):288-298. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1667468>
- Van Loon, J. M. C., Luijkx, K. G., Janssen, M. M., de Rooij, I., & Janssen, B. (2019). Facilitators and barriers to autonomy: a systematic literature review for older adults with physical impairments, living in residential care facilities. *Ageing Soc*, 41(5):1-30. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001557>

kennisagenda thema

Medicatieveiligheid



Trefwoorden

medicatieveiligheid

veilige principes medicatieketen

Auteurs*

Martin Smalbrugge (UNO Amsterdam), Rob van Marum (UNO Amsterdam), Sanne Geling (UNO-UMCG),
Marjan Emmens (UNO-UMCG), Esther de Haas (UNO-UMCG)

Contactpersoon

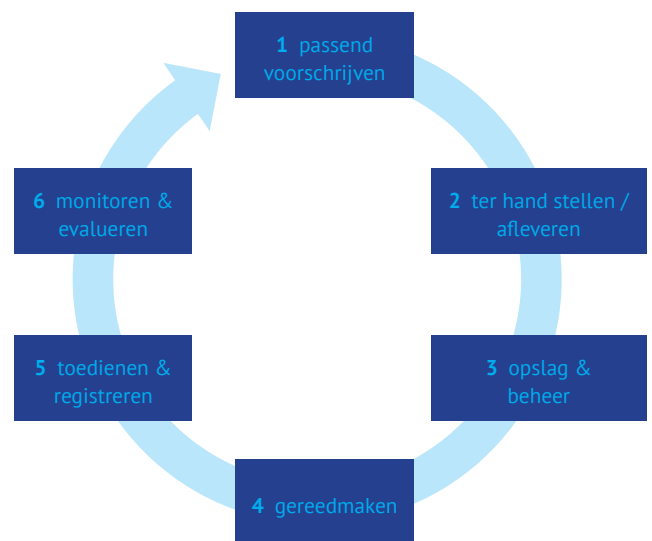
Esther de Haas | e.de.haas@umcg.nl

* met dank aan leden uit het UNO-UMCG-cliëntenpanel: dhr. G. Bosma, mw. T. Flapper, dhr. Y. van der Leeuw,
mw. M. van der Meulen, dhr. R. Schudde, mw. M. Schuil en dhr. H. Smits.

Wat behelst dit thema?

Kwetsbare ouderen hebben door o.a. fysiologische veranderingen, multimorbiditeit en polyfarmacie een verhoogd risico op medicatie-gerelateerde schade. Medicatieveiligheid omvat alle activiteiten die gericht zijn op het juist voorschrijven, afleveren en gebruik van geneesmiddelen met als doel de kans op medicatie-gerelateerde schade te beperken. Een goede afstemming tussen de betrokkenen (cliënt/mantelzorger, voorschrijver, apotheker, zorgorganisatie en zorgmedewerker) is daarbij van belang.

Het platform Medicatieveiligheid van landelijke branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties heeft hiervoor de handreiking 'Veilige principes in de medicatieketen (voor de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg)' opgesteld. We volgen in de uitwerking de daarin opgenomen 6 stappen van de medicatieketen (afbeelding hiernaast).



Huidige evidence

(1) Passend voorschrijven

Kwetsbare ouderen zijn ondervertegenwoordigd in gerandomiseerde gecontroleerde studies naar medicatie. Hierdoor is voor deze doelgroep de kennis over de voor- en nadelen van veel chronische en preventieve medicatie beperkt. Juist bij toenemende kwetsbaarheid en beperkte levensverwachting hebben voorschrijver en cliënt/mantelzorgers behoefte aan deze informatie om een afweging te kunnen maken ten aanzien van het starten/continueren of stoppen/minderen van medicatie.

Het is onbekend hoe recente adviezen over het passend voorschrijven en het stoppen/minderen van medicatie bij kwetsbare ouderen in de langdurige zorg zijn geïmplementeerd. Het betreft o.a. addenda bij aandoening-specifieke richtlijnen, de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' met de bijbehorende modules 'Medicatiebeoordeling' en 'Minderen en stoppen van medicatie', en de kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'.

Passend gebruik van medicatie is beperkt onderzocht. Onderzoeken naar psychofarmaca, antibiotica en preventieve cardiovasculaire medicatie bij verpleeghuisbewoners suggereren dat er volop ruimte is voor verbetering in het passend voorschrijven en tijdig stoppen/minderen. Er is kwalitatief goed onderzoek nodig naar de effecten van het stoppen/minderen van medicatie, zogenaamde deprescriptie. Zowel zorgverleners als cliënten/mantelzorgers ervaren belemmeringen om het gesprek over deprescriptie te voeren.

2 Ter hand stellen / afleveren door de apotheek

Cliënten/mantelzorgers en zorgmedewerkers geven aan bij de uitgifte van medicatie behoefte te hebben aan duidelijke en begrijpbare uitleg en instructies over het gebruik van medicatie.

Tussentijdse wijzigingen in chronische medicatie vormen een potentiële bedreiging voor de medicatieveiligheid, bijvoorbeeld via toedieningsfouten en problemen rond therapietrouw. Het is onbekend hoe vaak dergelijke problemen als gevolg van tussentijdse medicatiewijzigingen voorkomen.

3 Opslag & beheer door cliënt of zorgorganisatie

Bij eigen beheer van medicatie door de cliënt kunnen problemen ontstaan als medicatie niet óf op incorrecte wijze wordt ingenomen. Het is onbekend bij welke cliënten binnen de langdurige zorg en onder welke omstandigheden eigen beheer van medicatie mogelijk is en hoe de veiligheid gemonitord kan worden.

4 Gereedmaken en 5 Toedienen en registreren door cliënt/mantelzorgers of zorgmedewerker

De landelijke leidraad 'Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg' benoemt welke kennis, vaardigheden en professionele houding hiervoor nodig zijn. Echter, het proces van gereedmaken, toedienen en registreren is arbeidsintensief. Er bestaat behoefte aan optimalisatie van de balans tussen benodigde personeelsinzet en vereiste veiligheid. Hiervoor is doelmatigheidsonderzoek nodig.

6 Monitoren & evalueren van de effecten

Er is weinig kennis over de frequentie en gevolgen van bijwerkingen bij kwetsbare ouderen. Daarnaast is er behoefte aan kennis over hoe de effecten van medicatie, in het bijzonder bijwerkingen, doelmatig gemonitord

kunnen worden.

Het verrichten van een medicatiebeoordeling (MBO) leidt tot afname van het aantal gebruikte geneesmiddelen en mogelijke medicatie-gerelateerde problemen. Er is aanvullende kennis nodig over de effecten en doelmatigheid van MBO in de langdurige ouderenzorg.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

1 Passend voorschrijven

- Hoe zijn de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' met bijbehorende modules en de standaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' binnen de langdurige zorg geïmplementeerd? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij deze implementatie?
- Wat is het effect (voor- en nadelen) van het stoppen/minderen van chronische/preventieve medicatie bij kwetsbare ouderen?
- Welke methoden en hulpmiddelen dragen bij aan effectieve communicatie tussen voorschrijver en cliënt/mantelzorger of zorgmedewerker over passend voorschrijven en stoppen/minderen van medicatie?

2 Ter hand stellen / afleveren door de apotheek

- Hoe sluiten uitleg en instructies over het gebruik van medicatie zo goed mogelijk aan bij de behoeften van cliënt/mantelzorger en zorgmedewerker?
- Hoe vaak vinden tussentijds wijzigingen in chronische medicatie plaats en welke problemen m.b.t. medicatieveiligheid, zoals toedieningsfouten en problemen met therapietrouw, worden hierdoor veroorzaakt?

3 Opslag & beheer door cliënt of zorgorganisatie

- Bij welke cliënten en onder welke omstandigheden is eigen beheer van medicatie binnen de langdurige zorg mogelijk? Welke invloed heeft het eigen beheer op therapietrouw en wijze van inname? Hoe kan worden gemonitord dat eigen beheer verantwoord is m.b.t. medicatieveiligheid?

4 Gereedmaken en 5 toedienen en registreren door cliënt/mantelzorger of zorgmedewerker

- Hoe kan de doelmatigheid van het gereedmaken, en toedienen en registreren van medicatie door zorgmedewerkers worden geoptimaliseerd?

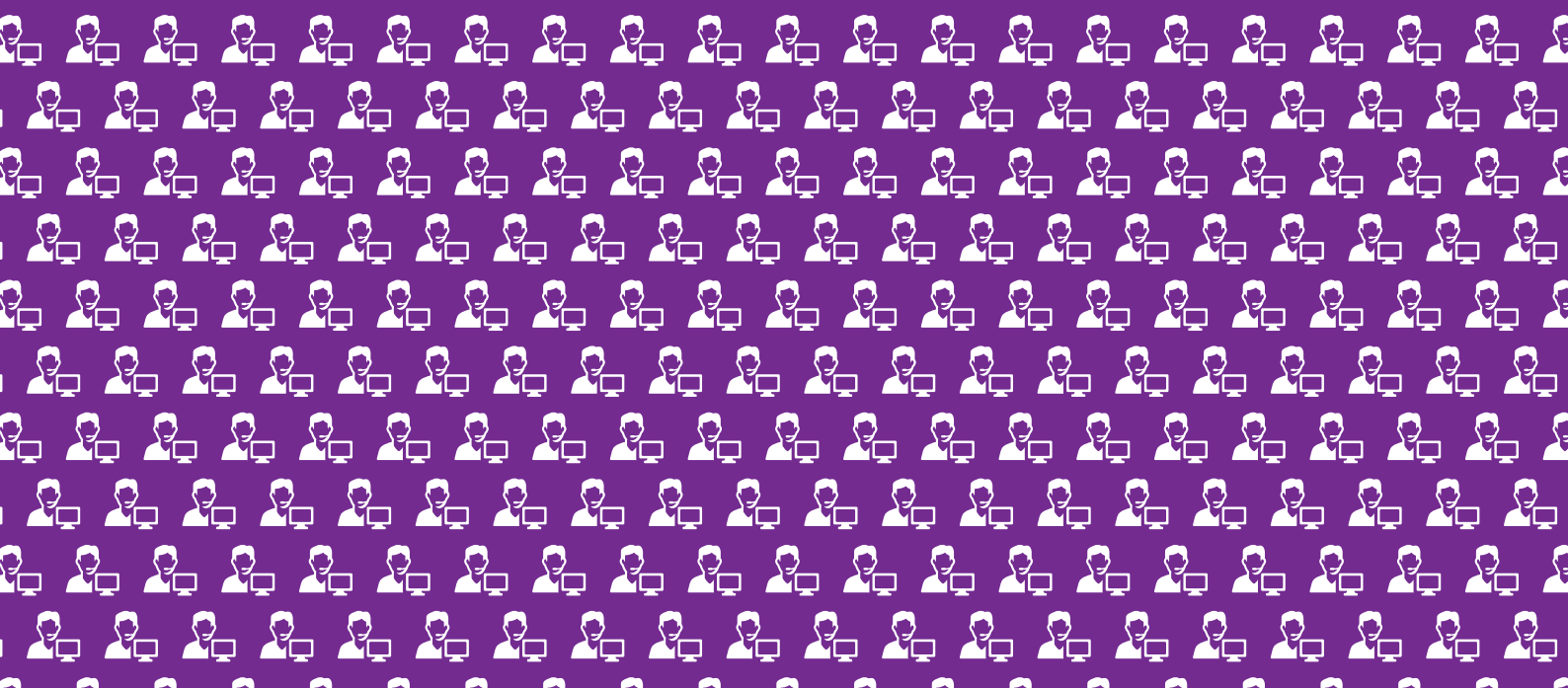
6 Monitoren & evalueren van de effecten

- Hoe kunnen de effecten van medicatie, in het bijzonder bijwerkingen, goed gemonitord worden? Door wie? Wat voor metingen zijn daarvoor nodig en hoe frequent? Hoe kan e-health hierbij worden ingezet?
- Wat is de doelmatigheid van medicatiebeoordeling (MBO) en welke cliënten hebben het meeste baat bij een MBO?

Enkele bronnen

- Liao SJ, Lalic S, Sluggett JK, Cesari M, Onder G, Vetrano DL, et al. Medication management in frail older people: consensus principles for clinical practice, research, and education. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22:43-9.
- Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9:CD008165.
- Malek Makan A, van Hout H, Onder G, Finne-Soveri H, van der Roest H, van Marum R. Prevalence of preventive cardiovascular medication use in nursing home residents. Room for deprescribing? The SHELTER Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:1037-42.
- Rijksen DOC, Zuidema SU, de Haas EC. Use of Benzodiazepines and Z-Drugs in nursing home residents with dementia: prevalence and appropriateness. *J Alzheimers Dis Rep.* 2021;5:871-9.
- Van Buul LW, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RTGM, de Greeff SC, et al. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16:229-37.
- Van der Spek K, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Nelissen-Vrancken MHJMG, Wetzels RB, Smeets CHW, et al. Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. *Int Psychogeriatr.* 2016;28:1589-95.
- Veilige principes in de medicatieketen voor de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg. Platform medicatieveiligheid care (ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN); Versie 3, 2022.
- Verenso Wetenschapsagenda. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde; 2018.
- NVKG-Wetenschapsagenda. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2015.
- Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Nederlands Huisartsen Genootschap; 2018.
- KNMP Onderzoeksagenda 2025. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie; 2019.
- Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, NVKG, OMS; 2012.
 - Module Medicatiebeoordeling (2019)
 - Module Minderen en stoppen van medicatie (2020)
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten - Herziening 2018/2019.
- Leidraad Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg. V&VN; 2014.
- Zorg bij medicijngebruik dichtbij mensen - Zorg en begeleiding bij medicijngebruik volgens patiënten. Patiëntenfederatie Nederland; 2018.
- Toetsingskader Medicatieveiligheid in de verpleeghuiszorg en de zorg thuis. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2021.
- Website Zorg voor beter (kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn) – Thema Medicatieveiligheid. www.zorgvoorbeter.nl/medicatieveiligheid.

Zorgtechnologie



Trefwoorden

proactieve zorgplanning

familiegesprekken

zorgdoelen

behandelwensen

zorgplan

Auteurs

Ramon Daniëls (AWO-L), Rogier Hulsebosch (UNO-UMCG), Leonoor van Dam van Isselt (UNC-ZH),
Sytse Zuidema (UNO-UMCG)

Contactpersoon

Sytse Zuidema | s.u.zuidema@umcg.nl

Wat behelst dit thema?

Zorgtechnologie betreft elke vorm van technologie om de zorg beter, goedkoper, effectiever of efficiënter te maken.

Dat kan gaan om (a) simpele technologische oplossingen, zoals telemonitoring of een medicijndoos met alarm, (b) hightech oplossingen waaronder (sensor)technologie voor domotica, voor monitoren onbegrepen gedrag of valrisico, robots of virtual reality, (c) ICT-toepassingen om eHealth te realiseren, of (d) slim gebruik van data (inclusief Artificial Intelligence) ter ondersteuning in de besluitvorming van zorgprofessionals. Zorgtechnologie kan ingezet worden om cliënten, naasten of professionals te ondersteunen bij revalidatie, zelfmanagement en eigen regie, en zorg in de eigen leefomgeving. In het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) van het Ministerie van VWS wordt het integreren van zorgtechnologie expliciet aangewezen als een sleutelfactor voor toekomstbestendige ouderenzorg. Meer en meer wordt aangedrongen op snellere implementatie van bewezen zorgtechnologie, bij voorkeur vanuit een regionale samenwerking. Tegelijkertijd vraagt de introductie van technologie in de ouderenzorg om gedegen/zorgvuldig onderzoek naar de effecten op kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Met andere woorden: worden ouderen er beter van?

Huidige evidence

- Ondanks de brede beschikbaarheid van zorgtechnologie loopt de implementatie (duurzame inbedding in zorgprocessen) ervan achter in de ouderenzorg. Onderzoek naar de inzet van zorgtechnologie laat zien dat er een drietal knelpunten zijn die aandacht vragen:
 - 1 Onvoldoende aansluiting van technologie op de behoeften van cliënten, naasten, professionals en organisaties
 - 2 Gebrek aan wetenschappelijk onderzoek, c.q. beschikbaar bewijs voor (kosten) effectiviteit van veel zorgtechnologieën
 - 3 Moeilijkheden/belemmeringen in het proces van implementatie, borging en opschaling
- De aanname is dat betrokkenheid van de praktijk (professionals, cliënten en naasten) bij het ontwerpen van zorgtechnologie leidt tot een betere fit tussen de behoeften, de context en de technologie. Er is enig onderzoek beschikbaar over het betrekken van diverse stakeholders bij ontwerpprocessen, en de wijze waarop ethische aspecten meegewogen worden, maar dit staat nog in de kinderschoenen.
- Er is weinig wetenschappelijk onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van technologieën in de ouderenzorg beschikbaar. Meer onderzoek is gewenst om zorgorganisaties te ondersteunen bij besluitvorming, maar kent ook de nodige uitdagingen. Er komen veel nieuwe producten op de markt, en technologie ontwikkelt zich voortdurend door. Diepgravend onderzoek naar al deze producten is niet haalbaar, en traditionele onderzoeksmethoden schieten veelal te kort en duren (te) lang. Dat vraagt om reflectie hoe zorgorganisaties ondersteund kunnen worden bij besluitvorming over technologie die goed aansluit bij de behoeften van gebruikers.
- Innoveren met zorgtechnologie in zorgorganisaties is complex en kent veel uitdagingen in het sociale en organisatorische proces. Onderzoek concludeert dat kansen vooral liggen in het verbeteren van besluitvormingsprocessen, vergroten van organisatorische readiness voor innoveren met technologie, en het optimaliseren van technologie-acceptatie en (digitale) competenties/vaardigheden van medewerkers.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Gericht op de kansen die technologie biedt

- Hoe kan slim gebruik van zorgtechnologie (big) data, eHealth en domotica en andere (sensor)technologieën bijdragen aan meer efficiëntie, kwaliteit, flexibiliteit en maatwerk in de ouderenzorg?
- Hoe kan inzet van technologie (zoals slimme bedden of tilapparatuur) medewerkers van ouderenzorgorganisaties ondersteunen, zodat de duurzame inzetbaarheid van personeel en efficiëntie van hun werk wordt vergroot?
- Hoe kan de inzet van zorgtechnologie ervoor zorgen dat cliënten na een (sub-) acute aandoening vaker en sneller vanuit hun eigen woonomgeving kunnen revalideren en herstellen?
- Hoe kan de inzet van zorgtechnologie het zelfmanagement en de eigen regie van cliënten die revalideren en herstellen het beste ondersteunen?
- Hoe kunnen domotica en andere vormen van technologie (kwetsbare) thuiswonende ouderen ondersteunen bij zelfredzaamheid thuis en bij participatie in de maatschappij?
- Hoe kunnen technologieën zoals sociale robots bijdragen aan welzijn van kwetsbare ouderen (waaronder ouderen met dementie)?

Gericht op optimaliseren van innoveren met zorgtechnologie

- Wat is bekend over de aanpak en de meerwaarde van het betrekken van zorgorganisaties, professionals en cliënten bij het ontwerpen, evalueren en implementeren van nieuwe zorgtechnologie om een betere fit te bereiken tussen de technologie, de context, en de behoeften van gebruikers (cliënten en professionals)?
- Hoe kunnen zorgorganisaties worden ondersteund (met welke passende onderzoeksmethoden en welk bewijs?) in besluitvorming over aankoop, implementatie en opschaling van zorgtechnologie?
- Hoe worden zorgorganisaties “innovation ready” voor het innoveren (inclusief implementeren) met zorgtechnologie?
- Hoe realiseren we dat professionals en cliënten open staan voor zorgtechnologie en dat professionals de juiste basisvaardigheden hebben om zorgtechnologie op passende wijze in te zetten?
- Hoe kunnen zorgorganisaties meer samenwerken om de implementatie van zorgtechnologie te optimaliseren?
- Welke ethische dilemma's gaan gepaard met gebruik en verdere integratie van zorgtechnologie in de ouderenzorg en hoe kunnen we deze goed adresseren in praktijk, onderzoek en onderwijs?

Enkele bronnen

- Gupta Strategists. Uitweg uit de schaarste. Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg. FME, 2022.
- Fotteler ML, Mühlbauer V, Brefka S, Mayer S, Kohn B, Holl F, Swoboda W, Gaugisch P, Risch B, Denking M, Dallmeier D. The Effectiveness of Assistive Technologies for Older Adults and the Influence of Frailty: Systematic Literature Review of Randomized Controlled Trials. *JMIR Aging*. 2022 Apr 4;5(2):e31916. doi: 10.2196/31916. PMID: 35377322; PMCID: PMC9016506.
- Hendriks, N., Truyen, F., Duval, E. (2013). Designing with Dementia: Guidelines for Participatory Design together with Persons with Dementia. In: Kotzé, P., Marsden, G., Lindgaard, G., Wesson, J., Winckler, M. (eds) *Human-Computer Interaction – INTERACT 2013*. INTERACT 2013. Lecture Notes in Computer Science, vol 8117. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40483-2_46.
- Hoed van den MW, Backhaus R, de Vries E, Hamers JPH, Daniëls R. Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022 Aug 5;22(1):997. doi: 10.1186/s12913-022-08185-x. PMID: 35932012; PMCID: PMC9354428.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *Werkplan 2023*. Ministerie VWS, 2022.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Integraal Zorgakkoord. Samenwerken aan gezonde zorg*. Ministerie VWS, 2022.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Ministerie VWS, 2022.
- Peeters, J., Wieggers, T., Bie, J. de, Friele, R. *Overzichtstudies: technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL, 2013.
- NZA. *Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg. Een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren*. NZA, 2022.
- Robert G, Greenhalgh T, MacFarlane F, Peacock R. *Organizational Factors Influencing Technology Adoption and Assimilation in the NHS: A Systematic Literature Review*. Report for the NIHR Service Delivery & Organization Programme. London: HMSO, 2009.

kennisagenda thema

Data-geïnformeerde zorg en data- infrastructuur

Trefwoorden

routine zorgdata

beslisondersteuning

kunstmatige intelligentie

sensoren

Auteurs

Cees Hertogh (UNO Amsterdam), Sytse Zuidema (UNO-UMCG) en Jos Schols (AWO-L)

Contactpersoon

Sytse Zuidema | s.u.zuidema@umcg.nl

Wat behelst dit thema?

In het kader van evidence based practice is het onderbouwen van het handelen in de ouderenzorg steeds belangrijker. Data kunnen inzicht geven in het handelen van de zorgprofessional en de mate waarin richtlijnen of kwaliteitsstandaarden worden opgevolgd.

Het gaat enerzijds om gebruik van routine zorgdata, die waardevolle informatie kan opleveren (zonder extra administratielast) over welke zorg waarom en hoe geboden wordt én wat het effect daarvan is. Anderzijds gaat het om extra zorgdata voor leren verbeteren met spiegelinformatie voor kwaliteitsverbetering. Daarnaast kunnen routine zorgdata in principe ook gebruikt worden voor interne kwaliteitscontrole (afdeling) en benchmarking (landelijk). Nieuwe technologische innovaties, zoals kunstmatige intelligentie, bieden daarnaast mogelijkheden om routine zorgdata te gebruiken voor beslisondersteuning.

Deze ontwikkelingen rond data geïnformeerde zorg pleiten voor een landelijke data-infrastructuur, met daarbij het formuleren van passende innovatie- en kennisvragen.

Huidige evidence

- Verschillende wetenschappelijke initiatieven voor het structureel verzamelen van meetgegevens zijn de afgelopen jaren in de ouderenzorg opgezet en uitgevoerd. Voorbeelden zijn:
 - Meetplan GRZ: hierbij wordt in de geriatrische revalidatiezorg gebruik gemaakt van standaard meetinstrumenten van opname tot ontslag;
 - Landelijke prevalentie meting zorgkwaliteit (LPZ): verzameling van praktijkgegevens over de prevalentie van zorgproblemen en geleverde kwaliteit van zorg op gebieden als decubitus, ondervoeding, vallen, onvrijwillige zorg, incontinentie en pijn. Deze data worden gebruikt voor benchmarking op afdelings-, organisatie- en landelijk niveau;
 - Monitor woonvormen dementie: verzameling van data over kwaliteit van leven, ouderenparticipatie, psychofarmaca voor landelijke benchmarking.
- Dergelijke initiatieven die alle (in)direct het doel hebben om een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van zorg door verandering van het handelen van professionals zijn moeilijk landelijk opschaalbaar, omdat ze vaak onvoldoende aansluiten bij het zorgproces. Daarnaast spelen juridische (AVG, WGBO, WLZ) en ethische aspecten een rol als het gaat om onder meer het gebruik van persoonsgegevens en dataveiligheid.
- Daarom is de laatste jaren gestart met een initiatief om te komen tot een landelijke data-infrastructuur vanuit routinematig in de praktijk verzamelde zorgdata. Routinezorgdata dienen van goede kwaliteit te zijn en zo mogelijk gestandaardiseerd te worden vastgelegd. Op dit punt is nog veel verbetering mogelijk en noodzakelijk. Dit wordt vormgegeven in twee grote programma's:
 - *Leren van data*. Dit programma vanuit Verenso, UNO Amsterdam en Nivel, richt zich op het gestandaardiseerd vastleggen van gegevens in het elektronisch patiëntendossier (EPD), het ontsluiten van routine zorgdata voor praktijk en beleid, de opzet van een landelijk netwerk van peilstations en op de ontwikkeling van een minimale dataset voor de ouderengeneeskunde. Leren van data heeft inmiddels waardevolle informatie opgeleverd over de incidentie en ziektelast van COVID 19 en (uit peilstations) over lage luchtweginfecties, urineweginfecties, en psychofarmaca gebruik.
 - *Zorgprofessionals aan zet*. Dit programma vanuit Verenso, V&VN en AWO-L richt zich op het beter toegankelijk maken van gegevens over kwaliteit van zorg voor zorgverleners en cliënten in de ouderenzorg. De bedoeling is dat professionals door slimme terugkoppeling van routinematig verzamelende gegevens zelf en multidisciplinair aan de slag gaan met kwaliteitsinformatie, om zo de zorg te kunnen verbeteren zonder extra werkdruk en bureaucratische last die gepaard gaat met het verzamelen van extra gegevens.
- Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van sensortechnologie. Dit betreft het gebruik van sensoren om de gezondheidssituatie van een cliënt te monitoren, tijdig te waarschuwen voor negatieve veranderingen in de gezondheidstoestand, en achterliggende oorzaken in kaart te brengen. De hiermee gegeneerde data kunnen naast standaard data uit EPDs, goede informatie bieden waarop zorgprofessionals hun handelen kunnen baseren, en tijdige en passende zorg kunnen leveren.
- Kunstmatige intelligentie heeft de afgelopen jaren een belangrijke impuls gegeven aan data-geïnformeerde zorg. Het gebruik van technieken als machine learning en textmining, of taalmodellen (zoals ChatGPT) kan behulpzaam zijn om meer uit sensordata en routinezorg data uit EPDs te halen voor beslisondersteuning van de zorgprofessionals en voor het integreren van adviezen uit richtlijnen gericht op bepaalde individuele patiënteigenschappen. Slim gebruik van data zou op die wijze kunnen bijdragen aan kwalitatief betere, efficiënte, kosteneffectieve en persoonsgerichte ouderzorg.

Kennisvragen voor de komende jaren

- Hoe bouwen we in de langdurige zorg een toekomstbestendige en duurzame infrastructuur waarmee we relevante data genereren en verzamelen om continu de zorg en behandeling inhoudelijk, professioneel en bedrijfsmatig te kunnen monitoren en ondersteunen?
- Hoe kunnen data informeren over welke zorg er waarom en hoe geboden wordt, wat dit oplevert voor cliënten en of deze ook conform richtlijnen en kwaliteitsstandaarden geboden wordt?
- Hoe kunnen we de registratiediscipline en de kwaliteit van routinematig vastgelegde zorgdata verhogen bij gebruikers en bij organisaties? En hoe kunnen zorgverleners ondersteund en gemotiveerd worden om meer gestandaardiseerd te registreren?
- Hoe kunnen routine zorgdata gebruikt worden om de besluitvorming over én het directe proces van de zorgverlening aan cliënten te ondersteunen?
- Hoe kunnen routine zorgdata gebruikt worden om een realistisch beeld te scheppen over de kwaliteit van de geboden zorg; én hoe kan de juiste terugkoppeling hiervan zorgprofessionals ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van acties ter verbetering van de zorg?
- Hoe kunnen data gegenereerd op basis van brede sensortechnologie bijdragen aan het verkrijgen van een actueel beeld van de cliënt alsmede over relevante veranderingen hierin, na start van ingezette interventies?
- Wat zijn de risico's van inzet van kunstmatige intelligentie in de zorg? Denk daarbij bijvoorbeeld aan inadequate beslisondersteuning door bias, beperkte nauwkeurigheid/ voorspelbaarheid.
- Welke ethische en juridische aandachtspunten zijn er ten aanzien van het (her)gebruik van in de zorg gegenereerde data? (Mede gerelateerd aan privacy wetgeving, data-veiligheid en data-lekken et cetera).
- Welke scholing is passend voor zorgprofessionals die werken met zorgdata?

Enkele bronnen

Websites

- Meetplan Geriatrische Revalidatie - StudioGRZ.nl en Meetplan Geriatrische Revalidatie en het Multidisciplinaire overleg Presentatie UNC-ZH 1 - PDF Free Download (docplayer.nl)
- Een uitkomst voor iedere zorginstelling - LPZ (lpz-um.eu) en Publicaties - LPZ (lpz-um.eu)
- Publicaties en producten Leren van Data - UNO Amsterdam en Programma Leren van Data - Verenso
- Zorgprofessionals aan Zet | Maastricht University
- Sensortechnologie voor monitoren van onbegrepen gedrag (MOOD-Sense) (umcg.nl)

Overige literatuur

- Hacking C, Verbeek H, Hamers JPH, Sion K, Aarts S. Text mining in long-term care: exploring the usefulness of artificial intelligence in a nursing home setting. Plos One 2022; 17: e0268281.
- Mar J, Gorostiza A, Oliver Ibarrondo et al. Validation of random forest machine learning models to predict dementia-related neuropsychiatric symptoms in real-world data. J Alz Disease 2022; 77: 855-864.
- Rutten JJS, van loon AM, van Kooten J, van Buul LW, Joling KJ, Smalbrugge M, Hertogh CMPM. Clinical suspicion of COVID-19 in nursing home residents: symptoms and mortality risk factors. JAMDA 2020; 21: 1791-1797.
- Wouters F, van Loon AM, Rutten JJS, Smalbrugge M, Hertogh CMPM, Joling KJ. Risk of death in nursing home residents after COVID-19 vaccination. JAMDA 2022; 23: 170-1753
- Janus SIM, Kleine-Deters J, Baidjnath Misier B, Lima Silva JA, Wörtche HJ, Zuidema SU. A position paper on challenging behaviours, sensor technologies and user-engagement. Submitted.
- Kleine-Deters J, Janus SIM, Lima Silva JA, Wörtche HJ, Zuidema SU. Sensor-based agitation prediction in institutionalized people with dementia: a systematic review. Submitted.
- Van Beek S, Coenen F, Zuidema S, de Groot S. Aan de slag met datagedreven werken in de langdurige zorg. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2023. Editie 4. 2-6 (eerder ook Medisch Contact 17 mei 2023).

kennisagenda thema

Reablement

Trefwoorden

autonomie

eigen kracht

zelfredzaamheid

participatie

Auteurs

Silke Metzelthin (AWO-L), Janneke de Man-van Ginkel (UNC-ZH), Stan Vluggen (AWO-L), Maud Graff (UKON)

Contactpersoon

Silke Metzelthin | s.metzeltin@maastrichtuniversity.nl

Wat behelst dit thema?

Reablement is een persoonsgerichte, holistische benadering die gericht is op het a) verbeteren van iemands functioneren; b) vergroten of behouden van iemands onafhankelijkheid in betekenisvolle activiteiten van het dagelijks leven in de eigen woon- en leefomgeving; c) verminderen van iemands behoefte aan langdurige zorg. Reablement programma's worden geleverd door interdisciplinaire teams. De aanpak omvat een eerste uitgebreide anamnese, gevolgd door regelmatige evaluatiemomenten en de ontwikkeling van doelgerichte ondersteuningsplannen. Reablement is een inclusieve benadering ongeacht leeftijd, functioneren, diagnose of setting.

“Cliënten helpen zichzelf (weer) te helpen” is de essentie van reablement. Het is een gedachtegoed waarbij zorg- en welzijnsmedewerkers, maar ook mantelzorgers en vrijwilligers, een houding aannemen van “zorgen dat” in plaats van “zorgen voor”. Vanuit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk heeft het de laatste jaren ook in Scandinavië en Nederland zijn intrede gedaan. In Nederland wordt het gedachtegoed van reablement al op veel plekken in de hele keten

van de langdurige ouderenzorg toegepast – zowel in de thuiszorg als in de ziekenhuis- en verpleeghuiszorg. Afhankelijk van de context zijn ook andere termen gebruikelijk zoals Restorative Care of Function Focused Care.

Relatief nieuw in Nederland is het toepassen van reablement in interdisciplinaire eerstelijnsprogramma's. Ouderen worden gedurende een afgebakende termijn (vaak 6-12 weken) getraind in het (weer) zelfstandig kunnen uitvoeren van dagelijkse, betekenisvolle activiteiten. Het ondersteuningsaanbod wordt daarbij geleverd door een interdisciplinair team in de eigen woon- en leefomgeving van de oudere. Sinds 2020 staan deze reablement programma's hoog op de agenda van het zorgbeleid in Nederland met als doel om mensen in staat te stellen langer thuis te wonen met een betere kwaliteit van leven en minder formeel en informeel zorggebruik.

Huidige evidence

- Internationaal is wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van reablement op cliëntuitkomsten zoals fysiek en dagelijks functioneren en kwaliteit van leven niet eenduidig, maar wel veelbelovend. Vooral uit kwalitatieve studies blijkt dat cliënten, mantelzorgers en zorg- en welzijnsmedewerkers positieve ervaringen met reablement opdoen, zowel wat betreft kwaliteit van leven van deelnemers, als kwaliteit van werk en zorg. Bovendien wordt reablement als een kansrijke interventie gezien met het oog op kosteneffectiviteit.
- In Nederland is in eerste instantie vooral aandacht besteed aan de implementatie van het gedachtegoed van reablement door middel van scholing. Echter een groot gecontroleerd Nederlands onderzoek in de thuiszorg heeft laten zien dat alleen scholing niet voldoende is om de kwaliteit van zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren. Een vergelijkbaar onderzoek in de verpleeghuissetting heeft laten zien dat zorgmedewerkers cliënten meer zijn gaan stimuleren, maar verpleeghuisbewoners werden niet meer zelfredzaam in alledaagse activiteiten. Onderzoek naar de (kosten-) effectiviteit van reablement programma's staat in Nederland nog in de kinderschoenen, maar eerste pilotstudies zijn veelbelovend. Cliënten scoren hoger op de uitvoering van zelf geprioriteerde doelen in betekenisvolle activiteiten en de tevredenheid daarmee. De meerderheid van cliënten heeft na het deelnemen aan een reablement programma geen of minder zorg nodig. Bovendien zijn cliënten, zorg- en welzijnsmedewerkers en het management positief over de nieuwe werkwijze. Een kwalitatieve studie heeft laten zien dat de implementatie van reablement door organisaties als uitdagend wordt ervaren. Bevorderende factoren zijn: een aanpak op maat, interdisciplinaire samenwerking, steun van het management en een gedragen missie en visie vanuit de organisatie. Belemmerende factoren zijn beperkingen in het uitwisselen van gegevens en de huidige organisatie en financiering van zorg. Sommige factoren kunnen zowel belemmerend als bevorderend werken zoals kennis en overtuiging van zorg- en welzijnsmedewerkers en motivatie van cliënten en mantelzorgers.
- Er is nog weinig bekend over de werkingsmechanismen van reablement programma's. Er zijn wel aanwijzingen dat een gestructureerde anamnese- en goalsettingsmethodiek, het betrekken van paramedici in het team en de combinatie van verschillende interventiestrategieën (bijv. educatie, training van dagelijkse activiteiten, fysieke oefeningen) bijdragen aan positieve uitkomsten.
- Om scholingsprogramma's gebaseerd op het gedachtegoed van reablement of soortgelijke zorgfilosofieën te verbeteren, zijn een aantal kernachtige implicaties geformuleerd: 1) zorg voor een holistische aanpak waarbij beleid, omgeving, gedragsverandering en coaching integraal worden aangepakt, 2) vergroot de betrokkenheid en commitment van managers en bestuurders bij de beoogde verandering, 3) baseer het werken aan gedragsverandering op theorie, 4) personaliseer dergelijke scholingsprogramma's naar wensen en behoeften van deelnemers en hun setting, en 5) school zorgmedewerkers en paramedici samen, gezien hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor cliënten. Bovendien zijn competentie-training en peer-coaching on-the-job in het bevorderen van eigen kracht effectief gebleken in de totstandkoming van een attitude- en gedragsverandering.
- Reablement beoogt een bijdrage te leveren aan uitkomsten zoals autonomie, werktevredenheid of een betere samenwerking. Geschikte meetinstrumenten voor deze uitkomsten ontbreken nog vaak.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Wat is het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van reablement programma's in de hele keten van de langdurige ouderenzorg, zowel op het niveau van cliënten, naasten en zorg- en welzijnsmedewerkers als op zorggebruik en kosten? Wat zijn kansen en belemmeringen van reablement met het oog op het voorkomen of uitstellen van zorg- en hulpvragen (preventie)?
- Wat zijn de werkingsmechanismen van reablement programma's? Bijvoorbeeld: welke doelgroepen hebben de meeste profijt van reablement programma's? Hoe kunnen reablement programma's toegespitst worden op kwetsbare doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met dementie, allochtone mensen, mensen met een lage sociaaleconomische status)? Welke disciplines moeten in een reablement team vertegenwoordigd zijn en welke rollen en taken hebben de teamleden? Welke competenties hebben reablement teams nodig en hoe kan het management reablement teams faciliteren?
- Wat zijn kansen en belemmeringen voor de bredere implementatie van reablement programma's in de hele keten van de langdurige ouderenzorg in Nederland? Hoe kunnen we de 'andere manier van werken' onder zorg- en welzijnsmedewerkers – dat wil zeggen van “zorgen voor” naar “zorgen dat” – beter laten beklijven als startpunt voor succesvolle implementatie van reablement? En hoe kunnen we andere betrokkenen rondom de cliënt – zoals mantelzorgers en vrijwilligers – bewust maken van de uitgangspunten van het gedachtegoed?
- Wat zijn geschikte instrumenten om de uitkomsten van reablement programma's ten opzichte van de reguliere zorg goed te meten?

Enkele bronnen

websites

- <https://reable.auckland.ac.nz/>
- <https://nos.nl/nieuwsuur/video/2488979-dankzij-deze-training-kunnen-ouderen-langer-thuis-wonen>
- <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/zelfredzaamheid-de-toekomst-van-de-ouderenzorg-in-nederland-willen-ze-dat-maar-makkelijk-is-het-niet/>
- <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/reablement-langer-zelfstandig-thuis-wonen/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=dlmKUnrFqgA>
- <https://www.woonzorggroepsamen.nl/verhalen/het-kan-anders/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=CQp0A7yNjEg&t=1s>
- <https://www.zuidoostzorg.nl/over-zuidoostzorg/ons-verhaal/reablement>

literatuur

- Andersson Elffers Felix. Reablement: een goede dag op eigen kracht. Utrecht; 2022.
- Buma LE, Vluggen S, Zwakhalen S, Kempen GIJM, Metzelthin SF. Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *Eur J Ageing* 2022;19(4):903-29.
- Metzelthin SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a modified Delphi study. *Ageing & Society* 2022, 42(3): 703-18.
- Mouchaers I, Verbeek H, Kempen GIJM, van Haastregt JCM, Vlaeyen E, Goderis G, Metzelthin SF. Development and content of a community-based reablement programme (I-MANAGE): A co-creation study. *BMJ Open* 2023;13:e070890.

- Mulquiny L, Oakman J. Exploring the experience of reablement: A systematic review and qualitative evidence synthesis of older people's and carers' views. *Health Soc Care Com.* 2022;30(5):e1471-83.
- Rooijackers TH, Kempen GIJM, Zijlstra GAR, van Rossum E, Koster A, Passos VL, Metzelthin SF. Effectiveness of a reablement training program for homecare staff on older adults' sedentary behavior: A cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(9):2566-78.
- Rostgaard T, Parsons J, Tuntland HE. Reablement in long-term care for older people. International perspectives and future directions. Bristol, UK: Policy Press; 2023.
- Vluggen S, Heinen M, Metzelthin S, Huisman-de Waal G, Bleijlevens M, de Lange W, et al. Lessons Learned and Implications of Function Focused Care based Programs of Various Nursing Care Settings: A Thematic Synthesis. *Annals of Nursing Research and Practice.* 2021;6(2):1–9.
- Kok S, Verstraten CJMM, Schuurmans MJ, Metzelthin SF, Resnick B, Schoonhoven L, De Man-van Ginkel JM. The Function Focused Care approach to stimulate patients' active engagement in daily activities in the Dutch hospital care setting; a feasibility study. *IJNS Adv.* 2021; 3: 100045.
- Roets-Merken LV, Zuidema SU, Vernooij-Dassen MJFJ, Teerenstra S, Hermsen PGJM, Kempen GIJM, Graff MJL. Effectiveness of a nurse-supported self-management programme for dual sensory impaired older adults in long-term care: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open,* 2018; 8(1):e016674.

kennisagenda thema

Dementie op jonge leeftijd



Trefwoorden

dementie op jonge leeftijd

persoonsgericht werken

zorgaanbod

(innovatieve) psychosociale interventies

Auteurs

Christian Bakker (UKON / Radboudumc Alzheimer Centrum),

Marjolein de Vugt (AWO-L/ Alzheimercentrum Limburg), Janne Papma (UNC-ZH / Alzheimercentrum Erasmus MC)

Contactpersoon

Christian Bakker | christian.bakker@radboudumc.nl

Wat behelst dit thema?

We spreken van dementie op jonge leeftijd als de eerste verschijnselen van de dementie voor het 65e levensjaar zijn aangevangen. Naast bekende oorzaken als de ziekte van Alzheimer zien we op jonge leeftijd ook andere of meer zeldzame aandoeningen die de dementie veroorzaken. Daarbij zijn er verschillen in het beloop en in welke symptomen er op de voorgrond staan bij bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer op jonge leeftijd, vergeleken met deze aandoening op oudere leeftijd. De gevolgen van de dementie brengen unieke uitdagingen en problemen met zich mee voor betrokkenen. Dit komt mede doordat mensen met dementie op jonge leeftijd zich vaak nog in een

actieve levensfase bevinden. Ze kunnen deel uitmaken van een gezinssituatie met mogelijk nog jonge of adolescente kinderen, actief zijn in een werkomgeving, en betrokken zijn bij een sociale (leef)omgeving. Deze specifieke context verhoogt de complexiteit van de uitdagingen die de dementie met zich meebrengt.

In onderstaande uitwerking voor deze kennisagenda ligt de focus op het zorgonderzoek. Andere kennisuitdagingen, bijvoorbeeld rondom ontstaans- en ziektemechanismen, mogelijke behandeling en preventie zijn opgenomen in de Wetenschapsagenda Dementie op Jonge Leeftijd.

Huidige evidence:

- In Nederland hebben naar schatting 15.000 mensen voor het 65e levensjaar dementie. Dat is 5% van het totaal aantal mensen met dementie in Nederland. Mede doordat de prevalentie zo laag is wordt deze doelgroep in de hulpverlening gemakkelijk over het hoofd gezien.
- Er zijn naar schatting meer dan 250 aandoeningen die dementie op jonge leeftijd kunnen veroorzaken, waarbij de presentatie en het beloop van de dementie heel divers is en sterk kunnen verschillen met die bij dementie op oudere leeftijd. Hierdoor wordt dementie op jonge leeftijd vaak niet tijdig herkend, maar vraagt dit ook van zorgverleners dat zij over meer aandoening specifieke kennis beschikken om de begeleiding en behandeling goed vorm te kunnen geven.
- Doordat de dementie in een actieve levensfase aanvangt leidt de dementie in de regel tot een sterke terugval in functioneren, verlies van werk, sociale contacten en de mogelijkheid om rollen, zoals die van partner of ouder te vervullen. Hierdoor ervaren mensen een groot verlies van eigenwaarde en gevoel van identiteit.
- Dementie op jonge leeftijd heeft vaak een ingrijpende impact op het gezin, wat de aandoening complexer maakt dan dementie op oudere leeftijd. Families hebben behoefte aan ondersteuning bij de veranderende gezinsdynamiek die ontstaat door de zorg voor een familielid met dementie op jonge leeftijd.

- De bestaande dementiezorg sluit vaak onvoldoende aan op de specifieke context van dementie op jonge leeftijd, omdat zorg en ondersteuning voornamelijk zijn vormgegeven voor ouderen met dementie. Hoewel Nederland internationaal gezien vooroploopt wat betreft de ontwikkeling van specifieke voorzieningen voor jonge mensen met dementie en hun naasten, komen deze voorzieningen nog niet volledig tegemoet aan de unieke situatie en behoeften van jonge mensen met dementie en hun naasten. Mensen ervaren onvoldoende aansluiting tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning in de verschillende fases van het ziekte-traject.
- Zorgprofessionals hebben moeite om ondersteuning te bieden aan mensen met de vaak meer zeldzame oorzaken van dementie die vaak worden gezien bij dementie op jonge leeftijd. Dit is in belangrijke mate gerelateerd aan een kennis tekort bij professionals over deze aandoeningen.
- Gezien de lage prevalentie is het doen van onderzoek naar bijvoorbeeld de effectiviteit van psychosociale interventies bij verschillende aandoeningen ingewikkeld. Op Europees niveau is er daarom een Taskforce Young-onset Dementia opgericht (INTERDEM) om onderzoek naar de ontwikkeling van psychosociale interventies en de inbedding hiervan in een integraal en persoonsgericht (zorg)aanbod en hoe gezondheidszorg te organiseren rondom de doelgroep beter te kunnen faciliteren.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

De belangrijkste kennisuitdagingen binnen het zorgonderzoek liggen op het vlak van een holistische aanpak, van vroegtijdige herkenning tot zorg in de laatste levensfase, met een sterke nadruk op persoonlijke en familiegerichte zorg, namelijk:

- Hoe kunnen we de vroege herkenning en ondersteuning in de (pre)diagnostische fase verbeteren, en hoe kan deze ondersteuning naadloos aansluiten op persoonsgerichte post-diagnostische zorg?
- Welke factoren zijn van invloed op een minder ongunstig verloop van de dementie en wat zijn passende interventies om het ziekteverloop in positieve zin te beïnvloeden?
- Kan meer inzicht worden gegenereerd in het proces van proactieve zorgplanning en gezamenlijke besluitvorming bij dementie op jonge leeftijd en hoe dit kan worden vertaald naar tools gericht op het ondersteunen van dit proces?
- Kunnen familiegerichte (psychosociale) interventies worden ontwikkeld en geëvalueerd, waarmee ondersteuning kan worden geboden bij de veranderende gezinsdynamiek zodat mensen zoveel als mogelijk het leven kunnen leiden wat ze willen leiden?
- Hoe kan een voor de doelgroep integratief en persoonsgericht zorgaanbod worden ontwikkeld dat rekening houdt met aandoeningsspecifieke en persoonlijke aspecten, zoals een lage sociaaleconomische status, migratieachtergrond en gezinsamenstelling?
- Kunnen technologische oplossingen worden ontwikkeld en geëvalueerd die laagdrempelige, gepersonaliseerde ondersteuning bieden en die 'meegroeien' met de veranderende behoeften van jonge mensen met dementie en hun naasten?
- Kunnen passende strategieën en interventies worden ontwikkeld en geëvalueerd om de kwaliteit van leven te verbeteren voor mensen die in een instelling verblijven, met aandacht voor interventies gericht op verbeteren van de fysieke leefomgeving, dagbestedingsaanbod, interventies om het welbevinden te verbeteren, en zorg en behandeling in de laatste levensfase?

Enkele bronnen:

- Hendriks S, Peetoom K, Bakker C, van der Flier WM, Papma JM, Koopmans R, Verhey FRJ, de Vugt M, Köhler S; Young-Onset Dementia Epidemiology Study Group; Withall A, Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Gibson RC, Neita SM, Nielsen TR, Salem LC, Nyberg J, Lopes MA, Dominguez JC, De Guzman MF, Egeberg A, Radford K, Broe T, Subramaniam M, Abdin E, Bruni AC, Di Lorenzo R, Smith K, Flicker L, Mol MO, Basta M, Yu D, Masika G, Petersen MS, Ruano L. Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2021 Sep 1;78(9):1080-1090. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.2161. PMID: 34279544; PMCID: PMC8290331.
- van de Veen D, Bakker C, Peetoom K, Pijnenburg Y, Papma J; PRECODE study group; de Vugt M, Koopmans R. Provisional consensus on the nomenclature and operational definition of dementia at a young age, a Delphi study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022 Feb 8;37(3):10.1002/gps.5691. doi: 10.1002/gps.5691. Epub ahead of print. PMID: 35156239; PMCID: PMC9305901.
- Bakker C, Verboom M, Koopmans R. Reimagining Postdiagnostic Care and Support in Young-Onset Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Feb;23(2):261-265. doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.008. Epub 2021 Dec 21. PMID: 34951976.
- Bakker, C. (red). Wetenschapsagenda Dementie op Jonge Leeftijd. UKON. 2020, Jan. <https://www.ukonnetwerk.nl/media/1369/wetenschapsagenda-jongdementie-2020.pdf>
- Bannon SM, Reichman MR, Wang K, Uppal S, Grunberg VA, Vranceanu AM. A qualitative meta-synthesis of common and unique preferences for supportive services among persons with young onset dementia and their caregivers. *Dementia (London)*. 2022 Feb;21(2):519-539. doi: 10.1177/14713012211048118. Epub 2021 Oct 6. PMID: 34610764.
- Tang X, Wang J, Wu B, Navarra AM, Cui X, Wang J. Lived experiences of maintaining self-identity among persons living with young-onset dementia: A qualitative meta-synthesis. *Dementia (London)*. 2023 Nov;22(8):1776-1798. doi: 10.1177/14713012231193547. Epub 2023 Aug 30. PMID: 37646673.
- Wiggins M, McEwen A, Sexton A. Young-onset dementia: A systematic review of the psychological and social impact on relatives. *Patient Educ Couns*. 2023 Feb;107:107585. doi: 10.1016/j.pec.2022.107585. Epub 2022 Nov 30. PMID: 36516659.
- Badou, M., Voorwinden, M., Stavenuiter, M. en Van den Toorn, J. Diagnose FTD, DLB, PCA of PPA en dan? Informatie en ondersteuningsbehoeften van patiënten en mantelzorgers. 2021 Nov. https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2022/02/318008_Omgaan-met-zeldzamere-vormen-dementie.pdf

kennisagenda thema

Interprofessioneel samenwerken in de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

interprofessioneel samenwerken

langdurige zorg

multimorbiditeit

complexiteit

passende zorg

Auteurs

Jerôme van Dongen (AWO-L), Anke Persoon (UKON), Arno Doornebosch (UNC-ZH)

Contactpersoon

Arno Doornebosch | a.j.doornebosch@lumc.nl

Wat behelst dit thema?

Er zijn verschillende definities van interprofessionele samenwerking beschikbaar, veelal gebaseerd op de definitie beschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie (2010). Een gangbare definitie uit een recent handboek (Goossens en van Dongen, 2024) luidt:

Interprofessionele samenwerking is het proces van samenwerken waarbij er wordt gewerkt met een groep, team of netwerk dat bestaat uit leden van verschillende disciplines al dan niet samen met ervaringsdeskundigen die vanuit complementariteit samenwerken en elk vanuit hun expertise bijdragen aan het realiseren van een gezamenlijke opdracht.

Met name de complementariteit tussen de betrokkenen is de kracht van interprofessionele samenwerking. Deelnemers brengen allemaal vanuit hun eigen discipline of ervaringsdeskundigheid specifieke kennis in en kunnen elkaar aanvullen en versterken waarbij de som meer wordt dan de afzonderlijke delen. Het is dan ook van belang om naast een diversiteit in disciplines te zoeken naar de ideale mix van het team: heterogeniteit behoort tot de kern van interprofessioneel samenwerken. Verder, is wederzijdse afhankelijkheid oftewel interdependentie cruciaal bij interprofessionele samenwerking voor het behalen van een gezamenlijk doel.

Interprofessionele samenwerking kenmerkt zich door de diepgaande interactie en integratie van verschillende expertises. In de praktijk zijn zorgverleners met hun expertise automatisch lid van één en vaak meerdere teams. Echter samenwerken in een team is niet vanzelfsprekend en het deelnemen van deskundige professionals in een team leidt niet vanzelf tot interprofessioneel samenwerken. Samenwerken vraagt onder andere een optimale team coördinatie, waarbij duidelijk gecommuniceerd wordt tussen betrokken partijen en verwachtingen worden afgestemd. Binnen de langdurige ouderenzorg komt interprofessionele samenwerking in verschillende vormen voor. Denk bijvoorbeeld aan: Multidisciplinair Overleg (MDO), gezamenlijke consultatie of intake, familiegesprek, revalidatieteam, teamoverleg.

Huidige evidence

- Interprofessionele samenwerking leidt tot een verbeterde kwaliteit van zorg voor ouderen, inclusief betere gezondheidsresultaten, hogere betrokkenheid en tevredenheid bij cliënten en mantelzorgers, en een grotere efficiëntie van zorgprocessen. Steeds vaker wordt interprofessionele samenwerking dan ook erkend als essentieel onderdeel van kwalitatieve en passende zorg.
- Onderzoek naar interprofessionele samenwerking is vaak exploratief van aard en gericht op het in kaart brengen van bijvoorbeeld randvoorwaarden of kritische factoren. Een aantal randvoorwaarden die herhaaldelijk terugkomen zijn: het kennen en erkennen van elkaar, gedeelde doelen, methodisch handelen, structuur en organisatie, gedrag en houding, gelijkwaardigheid, veiligheid, communicatievaardigheden, beschikbare middelen, leiderschap, kennisdeling en afstemming, belangen en verwachtingen, maar ook technologische ondersteuning en systemen.
- Bij interprofessioneel samenwerken wordt er veelal onderzoek gedaan naar programma's, interventies en aanpakken die worden ontwikkeld om de praktijk te optimaliseren. Voorbeelden hiervan zijn integrated care aanpakken, community care concepten, interprofessionele zorgpaden, of teamgerichte benaderingen. Hierbij worden veelal onderzoeksdesigns als ontwerpgericht onderzoek of implementatieonderzoek toegepast.
- Interprofessionele samenwerking leidt tot een grotere tevredenheid, betrokkenheid en werkplezier van zorgverleners. Dit doordat ze beter kunnen samenwerken, communiceren, van en met elkaar leren, zorg coördineren en gezamenlijke doelen kunnen nastreven en deze evalueren. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de samenwerking in voldoende mate wordt gefaciliteerd.
- Uit onderzoek komen verschillende uitdagingen en barrières van interprofessioneel samenwerken naar voren, zoals culturele verschillen tussen disciplines, gebrek aan tijd en middelen, hiërarchische structuren binnen organisaties, juridische of financiële belemmeringen, maar ook de schotten tussen domeinen en sectoren.
- Onderzoek laat zien dat training en educatie voor zorgverleners belangrijk is om interprofessioneel samen te werken.
- Interprofessioneel samenwerken in de langdurige zorg draagt bij aan het delen van kennis en om de perspectieven tussen verschillende disciplines die samenwerken te verbeteren en de kwaliteit van zorg voor ouderen positief beïnvloeden. De basis hiervoor zou in de opleiding al moeten worden gelegd.
- Bij interprofessionele samenwerking zien we dat technologie steeds vaker wordt ingezet en de samenwerking kan verbeteren door efficiënter informatie en communicatie tussen zorgverleners op elkaar af te stemmen. Voorbeelden zijn: elektronische patiëntendossiers, telemedicine en geavanceerde communicatietechnologieën die professionals in staat stellen op afstand samen te werken.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- **Samenwerking over grenzen van domeinen:** Hoe kan interprofessioneel samenwerken binnen de langdurige zorg door de zorgketen heen plaatsvinden (d.w.z. interprofessioneel samenwerken ook buiten de muren van het verpleeghuis, daar waar de cliënt zorg nodig heeft)?

- **Samen leren in interprofessionele teams:** Hoe kan het leervermogen in interprofessionele samenwerkingsverbanden - waarin client en/ of informele zorgverleners actief en vanuit gelijkwaardigheid participeren - worden vergroot zodat er nog meer rendement uit de samenwerking kan worden gehaald?
- **Systeeminnovaties:** In hoeverre kunnen systeemveranderingen zoals andere vormen van bekostiging, ontschotting en andere governance structuren de effectiviteit van interprofessionele samenwerking positief beïnvloeden?
- **Aantonen van de impact:** Hoe kan de impact van interprofessionele samenwerking worden aangetoond, en welke uitkomstmaten zijn daarbij relevant? Welke methodieken of instrumenten kunnen interprofessionele samenwerkingsverbanden hiertoe het beste gebruiken?
- **Interprofessioneel onderwijs:** Professionals zullen nog beter moeten worden toegerust op de interprofessionele samenwerking in de praktijk. Onderzoek naar innovatieve en eigentijdse vormen van interprofessioneel onderwijs, bij voorkeur in hybride leeromgevingen in de dagelijkse praktijk, is gewenst.

Enkele bronnen

- Doornebosch, A. J., Smaling, H. J., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764-777.
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (No. WHO/HRH/HPN/10.3). World Health Organization.
- van Dongen, J. J. J. (2017). Interprofessional collaboration in primary care teams: development and evaluation of a multifaceted programme to enhance patient-centredness and efficiency.
- World Health Organization. (2011). Being an effective team player. World Health Organization (Ed.), *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*, 133-151.
- Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., ... & Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), 9.
- Gittel, J. H. (2000). Organizing work to support relational coordination. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517-539.
- Muller-Schoof, I. J. M., Snoeren, M., Verbiest, M. E. A., & Luijckx, K. G. (2024). Evaluation of an interprofessional educational program in nursing home practice: a mixed methods multiple-case study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-11.
- Gittel, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of interprofessional care*, 27(3), 210-213.
- Van Dongen J. en Goossens W. (2024). Interprofessionele teams in hun kracht. Stad: Uitgeverij Kloosterhof.
- Courtright, S. H., Thurgood, G. R., Stewart, G. L., & Pierotti, A. J. (2015). Structural interdependence in teams: An integrative framework and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 100(6), 1825.
- Montano, A. R., Cornell, P. Y., & Gravenstein, S. (2023). Barriers and facilitators to interprofessional collaborative practice for community dwelling older adults: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1534-1548.
- Smit, L. C., Dikken, J., Moolenaar, N. M., Schuurmans, M. J., de Wit, N. J., & Bleijenbergh, N. (2021). Implementation of an interprofessional collaboration in practice program: a feasibility study using social network analysis. *Pilot and feasibility studies*, 7, 1-12.
- Doornebosch, A. J., Achterberg, W. P., & Smaling, H. J. (2024). Factors influencing interprofessional collaboration in general and during multidisciplinary team meetings in long-term care and geriatric rehabilitation: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 24(1), 285.

kennisagenda thema

Samen Beslissen

Trefwoorden

beslisvaardigheden

passende zorg

samen beslissen

Auteurs

Petra Erkens (AWO-L), Meriam Janssen (Tranzo), Albine Moser (AWO-L), Eefje Sizoo (UNO Amsterdam)

Contactpersoon

Albine Moser | albine.moser@zuyd.nl

Wat behelst dit thema?

Passende langdurige ouderenzorg vraagt doorgaans om een zorgbenadering, waarbij de nadruk ligt op het bevorderen en behouden van kwaliteit van leven en er aandacht is voor fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel welzijn en voor het voorkomen en verlichten van lijden. In de praktijk betekent dit dat ouderen, hun naasten en professionals¹ samen beslissen over de best passende zorg, ondersteuning en behandeling voor de oudere. Dit is vaak een uitdaging, zeker wanneer bij ouderen de beslisvaardigheid is aangetast.

Samen Beslissen staat niet op zichzelf en hangt samen met andere thema's binnen deze kennisagenda, onder andere eigen regie, advance care planning en betekenisvolle activiteiten. Samen beslissen biedt de mogelijkheid om ouderen bij zorg-, welzijns- en behandeldoelen meer leiding te laten nemen (eigen regie), hun toekomstige zorg, ondersteuning en behandeling en de doelen ervan te bepalen (advance care planning/proactieve zorgplanning) of de dag in te vullen met bezigheden die zij als plezierig ervaren (betekenisvolle activiteiten).

Om samen te kunnen beslissen is een goede relatie tussen ouderen, naasten en professionals onmisbaar die gekenmerkt is door vertrouwen en wederkerigheid. Daarnaast is een omgeving belangrijk die samen beslissen ondersteunt. Uitgangspunt zijn de wensen en voorkeuren van de oudere: "Wat vindt een oudere belangrijk in het leven?"

Samen Beslissen met kwetsbare ouderen is een dynamisch proces dat gedurende alle fases van het zorgverleningsproces plaats kan vinden. Het vraagt een continue en ondersteunende dialoog tussen oudere, diens naaste(n) en professionals, waarbij aandacht moet zijn voor de persoonlijke situatie van de oudere in de context van de kwestie waarover een besluit moet worden genomen. Tevens is van groot belang aan te sluiten bij de wijze waarop een oudere het liefst komt tot besluiten over persoonlijke zorg en welzijn. Belangrijk is daarom dat professionals voldoende tijd hebben om samen met ouderen en naasten te beslissen.

Het proces van samen beslissen bestaat uit verschillende stappen. In de voorbereiding kijkt de professional welke eerder gemaakte afspraken er zijn die in het gesprek belangrijk zijn. Vervolgens bespreekt men de situatie of het gezondheidsprobleem en dat er een keuze gemaakt kan worden. De oudere - en zo nodig diens naasten - worden uitgenodigd om aan te geven wat voor haar/hem belangrijk is en welke keuze zij/hij zou willen maken. De professional legt meerdere mogelijkheden voor de zorg en ondersteuning voor en licht de voor- en nadelen toe. Aansluitend worden de doelen en voorkeuren van de ouderen (ook met naasten) nog een keer besproken. Ouderen, naasten en zorgprofessionals formuleren – zo goed mogelijk – samen een besluit. Het proces van besluitvorming en het besluit zelf worden – vaak op een later moment – geëvalueerd.

¹ Helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici (zoals ergo- en fysiotherapeuten, diëtisten en/of logopedisten) en artsen.

Huidige evidence

- Vanuit wetenschappelijk onderzoek zijn theorieën, modellen en stappenplannen ontwikkeld over Samen Beslissen. Zo zijn er generieke modellen, stappenplannen voor specifieke doelgroepen waaronder kwetsbare ouderen, modellen voor specifieke professionals zoals fysiotherapeuten en verpleegkundigen, en modellen voor specifieke settings (onder andere de 1^e lijn en spoedeisende hulp). Deze zijn vooral gericht op behandelbeslissingen met mensen die beslisvaardig zijn.
- Bij ouderen met dementie vindt gedurende het ziekteproces een verschuiving plaats van zelfstandig beslissen (met of zonder advies van anderen) naar beslissen met ondersteuning (supportive decision making) naar het laten overnemen van beslissingen door anderen (substitute decision making). Ouderen met dementie zijn vaak nog lang in staat om wensen en voorkeuren te uiten en iemand aan te wijzen die kan ondersteunen bij de beslissing, of de beslissing over kan nemen.
- Uit onderzoek blijkt dat er een grote variatie is in de mate waarin ouderen bij specifieke beslissingen betrokken willen zijn. Zo willen ouderen met dementie willen met name betrokken zijn bij alledaagse keuzes in de interactie met diverse professionals.
- Samen Beslissen in de langdurige ouderenzorg is een continu proces. Ouderen, naasten en professionals hebben er ieder een eigen rol in. Voor verzorgenden en verpleegkundigen is de meest gebruikelijke rol het inventariseren van wensen en doelen van ouderen over welzijn, zorg en behandeling. Ook is het belangrijk om ervoor te zorgen dat ouderen de informatie begrijpen. Professionals met diverse achtergronden kunnen de ouderen en indien nodig naasten ondersteunen in het Samen Beslissen.
- Ouderen ervaren vaak problemen op meerdere levensgebieden. Daarom is in de ouderenzorg interprofessionele samenwerking essentieel om kwalitatief hoogwaardige passende zorg te verlenen. Dit vraagt om afstemming onder de helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici en artsen. In hun onderlinge afstemming is het ook belangrijk om de ouderen en naasten open en gelijkwaardig te betrekken.
- Onderzoek gaat voornamelijk over het medische, verpleegkundige en paramedische beslissen. Er is nog weinig empirische kennis over Samen Beslissen van welzijnsprofessionals betrokken in de ouderenzorg.
- Helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen geven regelmatig over een langer durende periode zorg aan ouderen. Dit vraagt om regelmatige evaluatie waardoor eerder gemaakte keuzes heroverwogen worden. Uit onderzoek blijkt dat dit overeen komt met het circulaire karakter van het verpleegkundige proces.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe kunnen ouderen met dementie bij wie de beslisvaardigheid onder druk staat optimaal betrokken zijn en blijven bij beslissingen over welzijn, zorg en behandeling? Welke alternatieve modellen en stappenplannen van samen beslissen zijn passend bij deze doelgroep en wat zijn de kernelementen?
- Hoe kunnen naasten ouderen met dementie optimaal ondersteunen? Hoe kunnen naasten optimaal worden betrokken en ondersteund in het Samen Beslissen? Wat hebben naasten nodig om samen te (kunnen) beslissen in de dialoog met ouderen en professionals?
- Hoe kunnen helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen en paramedici Samen Beslissen in alledaagse keuzes toepassen, passend binnen hun eigen professionele verantwoordelijkheden?
- Wat zijn de rollen van de diverse hulpverleners in het proces van Samen Beslissen? Hoe kunnen interprofessionele of multidisciplinaire overleggen zo ingericht worden dat deze overleggen Samen Beslissen bevorderen?
- In de ouderenzorg wordt het belang van samenwerking met het sociale domein steeds belangrijker. Hoe kan de rol van het sociaal domein in Samen Beslissen vormgegeven worden en wat is nodig voor de implementatie?

Enkele bronnen

- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F.R., Stiggelbout, A.M., Pieterse A.H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*, 2019;9:e031763.
- Daly, R.L., Bunn, F., Goodman, C. (2018). Shared decision-making for people living with dementia in extended care settings: a systematic review. *BMJ Open*, 8:e018977
- Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R. (2013). Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 27:143-150.
- Mattos, M.K., Gibson, J.S., Wilson, D., Jepson, L., Ahn, S., Williams, IC. (2023) Shared decision-making in persons living with dementia: A scoping review. *Dementia*, 22:875-909.
- van de Pol, M.H., Fluit, C.R., Lagro, J., Lagro-Janssen, A.L., Olde Rikkert, M.G. (2017) Model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen [A model for shared decision-making with frail older patients: consensus reached using Delphi technique]. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161:D811.
- Samsi, K., Manthorpe, J. (2013). Everyday decision-making in dementia: findings from a longitudinal interview study of people with dementia and family carers. *International Psychogeriatrics*, 25:949-61.
- de Veer, A., Zagt, A., de Groot, K. de. Ervaringen en wensen van zorgprofessionals bij samen beslissen: een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: Nivel, 2023. 35 p. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ervaringen-en-wensen-van-zorgprofessionals-bij-samen-beslissen-eeen-vragenlijstonderzoek>



Colofon

Deze kennisagenda is tot stand gekomen onder redactie van een SANO werkgroep, bestaande uit leden van de zes betrokken academische werkplaatsen:

AWO-L	dr. Erik van Rossum (voorzitter) dr. Judith Urlings (coördinator)
UNO Amsterdam	dr. Ruth Veenhuizen
UKON	dr. Jan Lavrijsen
UNC - ZH	dr. Monique Caljouw
Tranzo	dr. Sascha Bolt
UNO - UMCG	drs. Rogier Hulsebosch

Inhoudelijke begeleiding heeft plaatsgevonden door de voorzitters van de zes werkplaatsen:

prof. dr. Hilde Verbeek | AWO-L
prof. dr. Martin Smalbrugge | UNO Amsterdam
prof. dr. Debby Gerritsen | UKON
prof. dr. Wilco Achterberg | UNC – ZH
prof. dr. Katrien Luijkx | Tranzo
prof. dr. Sytse Zuidema | UNO – UMCG
en alle andere hoogleraren verbonden aan SANO

contact

ouderenzorg@maastrichtuniversity.nl



De zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

