



SANO samenwerkende academische netwerken ouderenzorg







Editie november 2026

Kennisagenda Wetenschappelijk Onderzoek Langdurige Ouderenzorg

Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg



Inhoudsopgave

Inleiding 4

Kennisthema's 7

01 Proactieve zorgplanning 8
02 Rol Leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg 12
03 Geriatrische revalidatie 16
04 Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg 20
05 Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen 24
06 Ethische dilemma's 30
07 Participatie van ouderen in onderzoek 34
08 Probleemgedrag bij laag volume hoog complexe (LVHC) doelgroepen in de langdurige zorg 38
09 Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg 44
10 Infectieziekten: preventie, diagnostiek en behandeling 50
11 Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie 54
12 Eigen regie 58
13 Medicatieveiligheid 64
14 Zorgtechnologie 70
15 Data-geïnformeerde zorg en data-infrastructuur 74
16 Reablement 80
17 Dementie op jonge leeftijd 86
18 Interprofessioneel samenwerken in de langdurige ouderenzorg 90
19 Samen beslissen 94
20 Eenzaamheid 98
21 Welbevinden 102

Colofon 107

Inleiding

Waarom deze agenda?

De langdurige ouderenzorg staat in alle zorgvelden volop onder druk. Dit vereist vernieuwing op vele fronten, zoals vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg*. De centrale vraag is hoe we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de langdurige ouderenzorg kunnen blijven waarborgen? 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 kennishiaten 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 verpleegkunde (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. Met het oog op dit laatste voert deze kennisagenda vanaf 2025 de naam: 'Kennisagenda Wetenschappelijk Onderzoek Langdurige Ouderenzorg'.

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 kennisinstituten. 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.

---

* Ministerie van VWS: Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg- Samen voor kwaliteit van bestaan. Den Haag, 2025. www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/06/03/hoofdlijnenakkoord-ouderenzorg-samen-voor-kwaliteit-van-bestaan

** 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 met vertegenwoordigers van de SANO academische werkplaatsen 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 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 Wetenschappelijk Onderzoek 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 SANO kennisagenda 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, waaronder Verenso, V&VN en verenigingen voor ouderenpsychologie, 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 kenniskompas voor de langdurige ouderenzorg te zijn. De eerste editie van de kennisagenda is medio 2022 verschenen. Jaarlijks worden nieuwe thema's aan de agenda toegevoegd en uitwerkingen van reeds opgenomen thema's waar nodig geacuctualiseerd. Nieuwe thema's betreffen relevante actuele onderwerpen voor de langdurige ouderenzorg.

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 nieuwe thema's aan de agenda toe te voegen.

*** (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 Ouderenpsychiatrie (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).

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 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 november 2026

Deze editie bevat 21 kennisthema's. Het thema 'Eigen regie' is geactualiseerd en herzien, terwijl 'Advance Care Planning' voortaan verdergaat onder de naam 'Proactieve zorgplanning'. De overige negentien kennisthema's zijn ongewijzigd overgenomen uit de editie van 2025, omdat deze veelal pas vorig jaar zijn toegevoegd of herzien.

kennisthema's

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

- Proactieve zorgplanning
- 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
- Probleemgedrag bij laag volume hoog complexe (LVHC) doelgroepen in de langdurige zorg
- Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg
- Infectieziekten: preventie, diagnostiek en behandeling
- Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie
- Eigen regie
- Medicatieveiligheid
- Zorgtechnologie
- Data-geinformeerde zorg en data-infrastructuur
- Reablement
- Dementie op jonge leeftijd
- Interprofessioneel samenwerken in de ouderenzorg
- Samen beslissen
- Eenzaamheid
- Welbevinden

kennisagenda thema

Proactieve zorgplanning

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?

Proactieve zorgplanning ofwel advance care planning draait om tijdige gesprekken over doelen van toekomstige zorg en behandeling en welke zorg en behandeling daar bij past. In het verpleeghuis spreekt men over het maken van beleidsafspraken; in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg noemt men het proactieve zorgplanning en internationaal is advance care planning (ACP) de gebruikelijke term. We beschouwen dit als equivalenten.

Afspraken rond acute situaties en niet-behandel-wensen hebben in Nederland een wettelijk kader. Het afstemmen van mogelijkheden op voorkeuren maakt deel uit van een doorlopend interprofessioneel en transmuraal communicatieproces met de persoon om wie het gaat (de patiënt), naaste en zorgverlener. Daarbij hoort ook besluitvorming en documentatie. Centraal in proactieve zorgplanning 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. Als het vermogen om zelf te beslissen afneemt zal de naaste, eerst betrokken bij proactieve zorgplanning 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 proactieve zorgplanning 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 proactieve zorgplanning minder onzeker zijn als er beslissingen genomen moeten worden en het kan later helpen in het rouwproces.

Proactieve zorgplanning 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 prioriteren aan de hand van 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.

Huidige evidence

- In de eerste lijn wordt weinig structureel aan proactieve zorgplanning 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. Proactieve zorgplanning 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 proactieve zorgplanning 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. Zorgmedewerkers hebben waarschijnlijk regelmatig informele gesprekken en daarmee een goede positie om bijvoorbeeld te zien hoe men in het leven staat of te polsen of men toe is aan (weer) een gesprek. Gedurende het verblijf worden de plannen die voortkomen uit proactieve zorgplanning 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 proactieve zorgplanning kwaliteit van leven verbetert, is onbekend. Het leidt doorgaans tot zorg in de richting van afspraken en terughoudend beleid dat (in het buitenland) ook zorgkosten vermindert.
- Proactieve zorgplanning vormt daarmee ook een vertrouwenskwestie; volgens onderzoek uit het buitenland is begrip van culturele diversiteit nodig. Een sfeer van vertrouwen of een reeds bestaande 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 de plannen bij verhuizing naar het verpleeghuis? Welke digitale discipline-overstijgende oplossingen zijn er?
- Welke rol kunnen met name de verpleegkundige en verzorgende vervullen bij proactieve zorgplanning en welke extra kennis en vaardigheden zijn daarvoor nodig?
- Hoe kunnen mensen met cognitieve beperkingen betrokken worden en blijven bij proactieve zorgplanning?
- Hoe kan proactieve zorgplanning 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 proactieve zorgplanning?
- Wat is de bijdrage van proactieve zorgplanning 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 onderzoek naar effecten van proactieve zorgplanning?

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)
- 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 CMPM. 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 CMPM, 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 Ouderrengeneeskunde 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, Van den Block L, Nakanishi M, Harrison Dening K, Parker D, Larkin P, Giulio PD, In der Schmitten J, Sudore RL, Mimica N, Holmerova I, Martins Pereira S, Korfage IJ; European Association for Palliative Care (EAPC). Optimizing advance care planning in dementia: Recommendations from a 33-country Delphi study. J Pain Symptom Manage 2025;69(6):e755-e772. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.02.471
- 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

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 hebben? Hoe kan de zorg dan zo ingericht worden om hen en hun naasten optimaal te ondersteunen in het dagelijks leven? Dat zijn de kernvragen van de themagroep leefomgeving.

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

- Fysieke omgeving: architectuur, ontwerp, gebouwde omgeving, inrichting en buitenruimten;
- Sociale omgeving: mensen waar ouderen interacties mee hebben in hun dagelijks leven: hun naasten, vrienden, 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 (bijv. 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. Het vormen van een gemeenschap staat hier vaak in centraal. 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 (bijv. licht, inrichting van het gebouw) en sociale omgeving (bijv. benaderingswijze medewerkers-cliënten) van ouderen. Dit is veelal beschrijvend onderzoek, en in mindere mate interventie-onderzoek, vaak verricht vanuit één wetenschappelijke discipline (i.e. 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.
- Onderzoek naar de leefomgeving richt zich nog sterk op een individuele setting (het eigen huis, een verpleeghuis), waarbij de bredere inbedding in een wijk nog onderbelicht is. Dit terwijl juist de bredere leefomgeving ook belangrijk lijkt voor ondersteuning en zorg in het dagelijks leven.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Meer inzicht verkrijgen in de werkingsmechanismen hoe personen met hun omgeving interacteren (ouderen, naasten, medewerkers ingebed vanuit een breder sociaal netwerk), wat de invloed is van de verschillende elementen (fysieke, sociale en organisatorische omgeving) en hoe deze met elkaar samenhangen.
- 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)
- Meer inzicht in cultuursensitieve leefomgevingen en diversiteit, zoals LHBTIQ gemeenschap of mensen met een migratieachtergrond, lokaal dialect.
- 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

- Brouwers M, Broekharst DSE, de Boer B, Groen WG, Verbeek H. An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: a scoping review. BMC Geriatr. 2023 Jul 18;23(1):442.
- Janus, S., Kosters, 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
- Merx QPJ, Boer B, Westra D, Odekerken-Schröder G, Verbeek H.(2025) The power of connectedness: Vital communities for people with long-term care needs. Geriatr Nurs. 62:188-193.
- Plaisier I & Den Draak M (2019). Wonen met Zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen. SCP
- Rosteius K, de Boer B, Steinmann G, Verbeek H. Fostering an active daily life: An ethnographic study unravelling the mechanisms of Green Care Farms as innovative long-term care environment for people with dementia. Int Psychogeriatr. 2025 Mar;37(2):100017
- Siegelaar A, Mobach MP, Janus S, Zuidema SU. (2025) The Physical Environment and the Quality of Life and Behavior in People With Dementia: A Systematic Meta-Review. Sage Open Aging. 2025 Jun 13;11
- 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. (2021) Human rights to inclusive living and care for older people with mental health conditions. 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
- van der Velde-van Buuringen M, Hendriks-van der Sar R, Verbeek H, Achterberg WP, Caljouw MAA.(2023) The effect of garden use on quality of life and behavioral and psychological symptoms of dementia in people living with dementia in nursing homes: a systematic review. Front Psychiatry. Apr 12;14

Websites

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

kennisagenda thema

Geriatrische revalidatie

Trefwoorden

geriatrische revalidatie | kortdurende herstelgerichte zorg

Auteurs

Jolanda van Haastregt (AWO-L), Lizette Wattel (UNO-Amsterdam),
Leonoor van Dam van Isselt (UNC-ZH), Wilco Achterberg (UNC-ZH)

Contactpersoon

Jolanda van Haastregt | j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl

noot De beschrijving van dit thema wordt onderschreven door het landelijke GRZ-consortium

Wat behelst dit thema?

Geriatrische revalidatie is kortdurende intensieve interdisciplinaire zorg die gericht is op functioneel herstel, sociale participatie en welbevinden. Het betreft zorg voor laag belastbare, veelal oudere mensen met multimorbiditeit.

Geriatrische revalidatie wordt meestal voorafgegaan door een ziekenhuisopname, maar kan ook plaatsvinden zonder voorafgaande opname. De revalidatie kan zowel intramuraal als ambulant (poliklinisch, op afstand of thuis) plaatsvinden en is gericht op 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 is als onderzoeksgebied relatief nieuw, maar heeft in de afgelopen jaren zowel nationaal als internationaal een goede ontwikkeling doorgemaakt.

- In Nederland is in de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar uiteenlopende aspecten van de geriatrische revalidatie, waaronder: technologie en eHealth; ambulante revalidatie; uitdagend revalidatieklimaat; zorgpaden; angst om te vallen; goal-setting; kwaliteit van zorg; fysieke training; interprofessionele samenwerking; factoren die samenhangen met succesvolle revalidatie; meetinstrumenten; triage; voorspellers voor ontslag naar huis; en rol van ondervoeding en comorbiditeit bij revalidatie.
- Daarnaast zijn op dit moment drie handreikingen in ontwikkeling voor de geriatrische revalidatie voor de doelgroepen CVA en Heupfractuur, plus een generieke handreiking. Deze handreikingen worden gebaseerd op een combinatie van evidence en practice based kennis en expert opinie.
- 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

Ondanks dat er in de afgelopen jaren een toenemend aantal onderzoeken is uitgevoerd op het gebied van de geriatrische revalidatie, is aanvullend onderzoek essentieel is om de evidence base binnen de geriatrische revalidatie verder te versterken en de kennis te kunnen implementeren en evalueren in de zorgpraktijk. De volgende thema's worden gezien als belangrijke kennisuitdagingen voor de komende jaren:

- Wat is de toegevoegde waarde en impact van eHealth en technologie en de rol van artificial intelligence (AI) binnen de geriatrische revalidatie en hoe kan de ontwikkeling, implementatie en opschaling ervan bevorderd worden?
- Hoe kan ambulante geriatrische revalidatie het beste worden vormgegeven en welke invloed heeft ambulante revalidatie op uitkomsten zoals functioneren, kosten en ervaringen met de zorg?
- Hoe kan kracht, uithoudingsvermogen en balans het beste getraind worden, bijvoorbeeld bij revalidanten die (tijdelijk) heel laag belastbaar zijn?
- Hoe kan de preventie en behandeling van osteoporose, vallen, sarcopenie en ondervoeding, goed georganiseerd worden in keten/netwerk?
- Hoe kan er worden omgegaan met cognitieve problematiek en neuropsychiatrische symptomen binnen de geriatrische revalidatie?
- Hoe kunnen de zelfmanagementvaardigheden van revalidanten en hun naasten bevorderd worden, om de autonomie en participatie in het dagelijks leven te optimaliseren.
- Hoe ziet het lange termijn beloop eruit van revalidanten die een geriatrische revalidatiebehandeling hebben ontvangen (o.a. wat betreft heropnames, dagelijkse functioneren, participatie)?
- Hoe kan de samenwerking verbeterd worden tussen de geriatrische revalidatie en aanpalende zorgvormen (GZSP, ELV, MSR en eerstelijns revalidatie) zodat de patiënt op ieder moment in het zorgtraject de best passende zorg ontvangt? Welke rol kan (gezamenlijke) dossiervorming hierbij spelen?
- Hoe kan het indicatiestellingsproces voor geriatrische revalidatie worden geoptimaliseerd?
- Hoe kan het samen beslissen en gezamenlijk opstellen van (participatie)doelen worden bevorderd en welke invloed heeft dit op effecten, kosten en ervaringen met de revalidatiezorg?
- Hoe kan gezorgd worden voor de continue doorontwikkeling van bestaande handreikingen/richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe handreikingen/richtlijnen binnen de geriatrische revalidatie (o.a. op het gebied van amputatie, cognitie, hartrevalidatie, observatie en diagnostiek, revalidatieklimaat, interprofessioneel samenwerken, etc.)?
- Hoe kan de implementatie van handreikingen/richtlijnen, zorgpaden en effectieve interventies worden bevorderd binnen de geriatrische revalidatie?
- 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?
- Wat zijn de consequenties van wijzigingen in de bekostiging en regelgeving van de geriatrische revalidatie voor de kwaliteit van zorg en de ervaringen van revalidanten, naasten en zorgverleners met de zorg?

Enkele bronnen

- Achterberg W, Gordon AL, van Dam van Isselt EF. Older people's rehabilitation and recovery. Get up, stand up for for geriatric rehabilitation. Age Ageing. 2025 Aug 29;54(9):afaf199. doi: 10.1093/ageing/afaf199
- Oostrik L, Holstege M, Meesters J, Achterberg W, van Dam van Isselt EF. The effects of mHealth in geriatric rehabilitation on health status: A systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2025 Feb:129:105654. doi: 10.1016/j.archger.2024.105654.
- Kraaijkamp JJM, Persoon A, Chavannes NH, Achterberg WP, Choukou MA, Dockery F, Kim H, Pérez LM, Pompeu JE, Topinkova E, Vassallo MA, Maier AB, Becker C, Amagasa Y, Holstege MS, van Haastregt J, van Dam van Isselt EF. eHealth in geriatric rehabilitation: an international consensus study. Eur Geriatr Med. 2025 Jun;16(3):985-997. doi: 10.1007/s41999-025-01170-7. Epub 2025.
- Gamble CJ, van Isselt EVD, Zwakhalen SMG, Adams N, Roekx DPHG, van Haastregt JCM.
- Identifying the Added Value and Requirements of Telerehabilitation in Home-based Geriatric Rehabilitation: An Exploratory Qualitative Study. Int J Telerehabil. 2025 Jan 15;16(2):e6681, doi: 10.5195/ijt.2024.6681.
- Lubbe AL, Schellekens J, Pol MC, Groen WG, Buurman BM, Hertogh CMPM, van Rijn M. "Treat people with human dignity": the perspective of older adults on the quality of geriatric rehabilitation. Eur Geriatr Med. 2024 Dec;15(6):1783-1792. doi: 10.1007/s41999-024-01065-z..
- Preitschopf A, Holstege M, Ligthart A, Groen W, Burchell G, Pol M, Buurman B. Effectiveness of outpatient geriatric rehabilitation after inpatient geriatric rehabilitation or hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2023 Jan 8;52(1), doi: 10.1093/ageing/afac300.
- Groen WG, Wattel EM, de Groot AJ, Meiland FJM, Hertogh CMPM, Gerrits KHL. Exercise testing and training in frail older adults with an orthopedic impairment participating in a geriatric rehabilitation program: an international Delphi study. Eur Geriatr Med. 2023 Oct;14(5):985-997. doi: 10.1007/s41999-023-00819-5.
- 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.
- 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.
- Consortium Geriatrische Revalidatie. (2017). Position Paper GRZ.

kennisagenda thema

Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

werkplekleren | leren en innoveren | leren en innoveren | praktijkleren | hybride leren | leernetwerk | interprofessioneel leren

Auteurs

Paulien Koopman (UNO Amsterdam), Petra Erkens & Erik van Rossum (AWO-L), Lieke de Jong & Irene Muller-Schoof & Robbert Gobbens (Tranzo), Charlotte van Corven (UKON), Riejanne Slaghuis (UNO-UMCG), Lisa van Tol (UNO-ZH)

Contactpersoon

Robbert Gobbens | r.j.j.gobbens@tilburguniversity.edu

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. Daarnaast wordt steeds sterker ingezet op verbindingen tussen mbo, hbo en wo om gezamenlijk te leren en op te leiden. Dit draagt bij aan duurzame leeromgevingen en versterkt de brug tussen praktijk, onderzoek en onderwijs.
Tevens is er 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. Onderzoek naar hybride leerwerkplekken in verpleeghuizen, waarin theorie en praktijk samenkomen, laat bijvoorbeeld zien dat studenten zowel positieve als uitdagende ervaringen opdoen op de hybride leerwerkplek. In een recente scoping review (Van Biessum et al., 2025) wordt een conceptueel kader voor het begrijpen van verpleeghuizen als lerende organisaties geboden en gerapporteerd over verbeterde kwaliteit van zorg, efficiëntere werkprocessen, verhoogde professionaliteit en deskundigheid van medewerkers en verhoogde werktevredenheid.
- Studies naar de korte termijneffecten 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.
- Verder toont onderzoek de meerwaarde van interprofessionele onderwijsprogramma's voor samenwerking en kwaliteit van zorg. Implementatie van een interprofessioneel onderwijsprogramma in verpleeghuizen leidt tot verbetering van interprofessionele competenties en persoonsgerichte zorg bij studenten, versnelt en versterkt bestaande interprofessionele samenwerking en heeft ook een positief effect op de interprofessionele samenwerking van opleiders, werkbegeleiders en andere zorgprofessionals binnen de organisatie.

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?
- Hoe beïnvloedt de implementatie van interprofessioneel leren en samenwerken op alle opleidingsniveaus (niveau 1 t/m 7) het welzijn van cliënten? Welke rol spelen organisatiecultuur, ondersteunende infrastructuur en docenten-inbedding op het succes van interprofessioneel onderwijs en samenwerken?
- 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?
- Hoe kan de verbinding tussen mbo, hbo en wo verder versterkt worden om gezamenlijk te leren, onderzoek te doen en duurzame leeromgevingen te creëren?

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.
- Albers, M., Gobbens, R.J.J., Reitsma, M., Nies, H.L.G.R., Timmermans, O.A.A.M.J. Tensions experienced by student and care professionals in a learning and innovation network: a responsive evaluation using storytelling. International Journal of Nursing Studies Advances, 9, 100360.
- 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. M., Snoeren, M., Verbiest, M. E. A., & Luijkx, K. G. (2024). Evaluation of an interprofessional educational program in nursing home practice: a mixed methods multiple-case study. Journal of Interprofessional Care, 38(6), 1081–1091. https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2395966
- 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: Managment IMPACT.
- Rutten JER, Heijligers E, Erkens P, Backhaus R, Hamers JPH, Verbeek H, Sion KYJ. Students' experiences with a hybrid learning environment in nursing homes: A qualitative study. Nurse Educ Pract. 2024 Aug;79:104078. doi: 10.1016/j.nepr.2024.104078.
- 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.
- Van Biessum C, van den Berg B, van Erp K, Vermunt P, Ket J, Nies H, Beersma B. Conceptualizing the learning organization in nursing homes: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2025 Apr 30;25(1):621. doi: 10.1186/s12913-025-12674-0.

kennisagenda thema

Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen

Trefwoorden

mantelzorg | sociaal netwerk | overbelasting | informele zorg | familieparticipatie

Auteurs

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

Contactpersoon

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

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

- Het sociale netwerk speelt een belangrijke rol bij de ondersteuning van zorgbehoevende ouderen, zowel thuis als in het verpleeghuis. 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 surveyonderzoek blijkt dat mensen met een niet-westerse migratieachtergrond minder vaak mantelzorg verlenen dan mensen zonder migratieachtergrond. Wel zijn mantelzorgers met een niet-westerse migratieachtergrond relatief vaker overbelast, omdat ze vaak langdurig en intensief hulpverlenen.
- Technologische hulpmiddelen, zoals GPS-trackers, sociale robots of medicijndispensers, worden door mantelzorgers soms als behulpzaam ervaren, maar het effect op belasting, tevredenheid of welzijn ontbreekt grotendeels. Co-creatie met eindgebruikers en hulpverleners is belangrijk in de ontwikkeling.

- Mantelzorgers worden steeds vaker gevraagd om te ondersteunen bij zorg- en welzijnstaken. Zorgorganisaties en mantelzorgorganisaties bieden mantelzorgers scholing en training aan, bijvoorbeeld om te kunnen helpen bij persoonlijke verzorging.
- Mantelzorgers voelen zich niet altijd gezien en erkend door zorgprofessionals in de rol die zij vervullen voor hun naasten. Zo is bijvoorbeeld communicatie en betrokkenheid in besluitvorming over wie welke verantwoordelijkheid heeft in de zorg belangrijk.

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.
- Nationaal en internationaal beleid is er in toenemende mate op gericht dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen (zo ook het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen 2022-2025 en Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg van het ministerie van VWS). Daarmee wordt een steeds groter beroep gedaan op mantelzorgers, om de zorg betaalbaar te houden. Daarnaast ontstaan commerciële partijen die betaalde (particuliere) mantelzorg bieden

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.

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?
- Hoe kunnen we mantelzorgers ondersteunen bij de psychosociale en existentiële uitdagingen waar zij voor staan in de zorg voor een naaste?

- 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?
- Wat mogen we moreel vragen van mantelzorgers en met welke morele dilemma's worstelen zij?
- 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.
- In hoeverre is het gerechtvaardigd om (een deel van) de zorgverantwoordelijkheid structureel te verschuiven van professionele zorgverleners naar mantelzorgers, gezien het groeiende personeelstekort in de zorg?
- Hoe kunnen we waarborgen dat de morele verantwoordelijkheid voor mantelzorg op een rechtvaardige en evenwichtige manier over de samenleving wordt verdeeld?
- 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 (2022) Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Te downloaden van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen
- Ministerie van VWS (2023) Mantelzorgagenda 2023-2026. Te downloaden van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/30/mantelzorgagenda-2023-2026
- 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

Nina Hovenga (UNO-UMCG), Daisy Janssen (AWO-L),
Eefje Sizoo (UNO Amsterdam), Marike de Boer (UNO Amsterdam)

Contactpersoon

Nina Hovenga | n.g.hovenga@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.
- In de afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar hoe gestructureerde ethische gespreksmethoden, zoals moreel beraad en (online) gesprekstools, 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?
- Hoe kunnen cliënten en naasten actief worden betrokken bij ethische reflectieprocessen, ook wanneer zij kwetsbaar of verminderd beslisvaardig zijn?
- Hoe kan een zorgverlener omgaan met het conflicteren van diens eigen normen en waarden met zorg- en behandelbesluiten?
- Hoe kunnen we moresprudentie verzamelen en wat kunnen we daarvan leren?

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 goede en rechtvaardige zorg in tijden van (structurele) schaarste?
- Wat is goede zorg voor ouderen in de laatste levensfase?
- Hoe verhoudt goede zorg zich tot diversiteit in levensbeschouwing of culturele waarden, en hoe kan hier zorgvuldig mee worden omgegaan?
- Welke morele spanningen spelen in de samenwerking tussen zorgprofessionals, cliënten en informele zorgverleners, en wat betekent dit voor goede zorg?

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, Gaufberg 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.
- Felber, N. A., Tian, Y., Pageau, F., et al. (2023). Mapping ethical issues in the use of smart home health technologies to care for older persons: a systematic review. BMC Medical Ethics, 24, 24.
- Haan, M.M., van Gurp, 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-Trimp, 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.
- Vinckers, F., & Landeweer, E. (2025). Moral distress among healthcare professionals in long-term care settings: a scoping review. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 20(1), 1-11.

Websites

- https://www.actiz.nl
- https://www.ceg.nl/themas
- https://www.gezondheidsraad.nl/over-ons/organisatie/vaste-commissies/ethiek-en-recht
- https://www.patientenfederatie.nl/downloads/rapporten/342-onderzoek-voor-en-door-patienten/file
- https://www.raadrvs.nl
- https://www.beteroud.nl/images/beteroud/nieuws/2018/Toetsingskader.pdf
- https://www.vilans.nl/kennis/overzicht-kennisvragen-ouderenzorg
- https://www.waardigheidentrots.nl
- https://www.zorgvoorbeter.nl
- https://palliaweb.nl/getmedia/0f259511-01ac-48d0-9b68-6f790bf0fef5/kennisagenda-palliatieve-zorg1_1.pdf

kennisagenda thema

Participatie van ouderen in onderzoek

Trefwoorden

ouderenparticipatie | cliëntparticipatie in onderzoek

Auteurs*

Monique Caljouw (UNC-ZH), Sarah Janus (UNO-UMCG), RoeslanLeontjevas (UKON & OU) en Sascha Bolt (Tranzo)

Contactpersoon

Sascha Bolt | | s.r.bolt@tilburguniversity.edu

* Met dank aan: Aukelien Scheffelaar (Tranzo) en Janneke Groothuijse (UNC-ZH).

Wat behelst dit thema?

Ouderen kunnen op verschillende manieren participeren in onderzoek. Naast meewerken als deelnemer aan een studie, kan onderzoek samen met ouderen worden uitgevoerd.

Ouderen kunnen bijvoorbeeld 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.

Voorbereiding onderzoek
zoals het meehelpen bij de opzet van informatiematerialen voor respondenten, bij de werving of bij het opstellen van vragen voor interviews (topiclijst) of vragenlijsten.

Uitvoering onderzoek
door betrokken te zijn als co-onderzoeker bij bijvoorbeeld de dataverzameling, analyse, of duiding en rapportage van resultaten.

Implementatie
door mee te werken aan kennisdisseminatie en (duurzame) implementatie door bijvoorbeeld bevindingen te verspreiden, praktische producten vorm te geven en bij te dragen 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 dat over henzelf gaat (“niets over ons, zonder ons”). Deze betrokkenheid kan ook een positief effect hebben op ouderen (zoals zingeving, sociaal contact en intellectuele uitdaging) en het draagvlak voor de eindresultaten en producten uit onderzoek vergroten.

Huidige evidence

- In de afgelopen decennia participeren ouderen steeds vaker in onderzoek, vooral in kwalitatief onderzoek. Ook is er groeiende aandacht voor meer actieve betrokkenheid als bijvoorbeeld adviseur of co-onderzoeker. Dit is echter nog minder gangbaar dan participatie als deelnemer aan een studie.
- Uit onderzoek blijkt dat verschillende vormen van participatie van ouderen haalbaar kunnen zijn. Toch blijven er vele uitdagingen voor deze groep in het geheel en voor specifieke subgroepen. Factoren zoals gezondheidsproblemen, cognitieve beperkingen en institutionele ondersteuning beïnvloeden de mate van participatie.
- Betekenisvolle participatie vereist training en ondersteuning van zowel ouderen als onderzoekers. Het vraagt ook om verandering van de academische cultuur en (vaak) verouderde normen binnen universiteiten, die van oudsher een machtspositie hebben.
- Bij participatie in onderzoek zijn de meer vitale, mondige en hoger opgeleide ouderen oververtegenwoordigd.
- Onderzoekers zoeken naar goede manieren van ouderenparticipatie en leren hier gaandeweg over bij. Er is nog weinig kennis over strategieën om de participatie te vergroten zoals relatieopbouw, weloverwogen planning en logistiek, visualisatie en toegankelijke communicatie. Tegenwoordig stimuleren of verplichten veel subsidieverstrekkers actieve participatie van ouderen in onderzoeksprojecten. Het is belangrijk om te voorkomen dat participatie vooral symbolisch wordt toegepast.
- Er zijn ethische dilemma's verbonden aan participatie, zo ook bij ouderenparticipatie. Dit gaat bijvoorbeeld over de veranderende machtsbalans, de vervagende grenzen tussen de onderzoeker en de onderzochte, eigenaarschap, dilemma's rondom privacy en vertrouwelijkheid, en representatie-vraagstukken (wie mag wie vertegenwoordigen?). Vaak worden kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen indirect betrokken en komen zij minder goed aan bod.
- Het plannen van voldoende tijd voor actieve betrokkenheid van ouderen is belangrijk om ervoor te zorgen dat onderzoekers ruimte hebben om een vertrouwensrelatie op te bouwen en aan de persoonlijke behoeften en voorkeuren van deze ouderen te voldoen.
- Ouderen leveren een waardevolle bijdrage aan onderzoek, vaak uit solidariteit of betrokkenheid. Ze krijgen hier zelden voor betaald. Hun inzet verdient ook financiële erkenning.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe kan ouderenparticipatie aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van ouderen, het doel en type onderzoek, de context en bij de betrokken onderzoekers?
- Welke onderzoeksmethoden sluiten aan bij verschillende subgroepen ouderen? Hoe kunnen alternatieve – zoals niet-talige of creatieve – methoden worden ingezet bij ouderen met bijvoorbeeld cognitieve beperkingen, een migratieachtergrond of chronische ziekten?
- Wat zijn de beste strategieën om specifieke subgroepen te betrekken als adviseur of co-onderzoeker? Wat past bij minder mondige of verbaal vaardige en kwetsbare ouderen?
- Hoe kan ouderenparticipatie in diverse onderzoeksdesigns worden gerealiseerd?
- Hoe ga je als onderzoeker de samenwerking met ouderen aan, hoe maak je ethisch verantwoorde keuzes, en hoe blijft de wetenschappelijke integriteit gewaarborgd?

- 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)?
- Hoe kunnen onderzoekers de bijdrage van ouderen op een respectvolle en passende manier erkennen, zowel financieel als bijvoorbeeld via vermelding in publicaties of als co-auteur?

Enkele bronnen

- Kickstarter patiëntenparticipatie voor onderzoekers: https://participatiekompas.nl/kickstart-voor-onderzoekers
- Abma, T, Banks, S, Cook, T, Dias, S, Madsen, W, Springett, J, & Wright, MT. (2019). Participatory research for health and social well-being. Springer International Publishing.
- Baldwin, JN, Napier, S, Neville, S, & Wright-St Clair, VA. (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.
- Bavelaar L, van Tol LS, Caljouw MAA, van der Steen JT. (2021) Nederlandse vertaling en eerste stappen in validatie van de PPEET om burger- en patiëntenparticipatie te evalueren. TSG Tijdschr Gezondheidswet, 99(4), 146-153.
- Bendien, E, Groot, B, & Abma, T. (2020). Circles of impacts within and beyond participatory action research with older people. Ageing & Society, 1-21.
- Crabtree, S (2024). Experiences of participant and public involvement in an international randomized controlled trial for people living with dementia and their informal caregivers. BMC Research Involvement and Engagement, 43.
- Davies, M, Irvine, L, Backhouse, T et al. (2025) Research collaboration with care home residents: a systematic review of public involvement approaches. Res Involv Engagem, 11(49).
- Factsheet Bouwstenen Cliëntparticpatie, UNC-ZH (2024). https://unc-zh.nl/wp-content/uploads/2024/05/UNC-ZH-Factsheet-Bouwstenen-Clientparticipatie-2024.pdf
- Gove, D, Diaz-Ponce, A, Georges, J, Moniz-Cook, E, Mountain, G, Chattat, R, ... & European Working Group of People with Dementia. (2018). Alzheimer Europe's position on involving people with dementia in research through PPI (patient and public involvement). Aging & mental health, 22(6), 723-729.
- Groothuijse JM, van Tol LS, Hoeksel-van Leeuwen CCM, van Delden JJM, Caljouw MAA, Achterberg WP. (2024) Active involvement in scientific research of persons living with dementia and long-term care users: a systematic review of existing methods with a specific focus on good practices, facilitators and barriers of involvement. BMC Geriatr 24, 324.
- Swan et al. (2025). Strategies to Improve Research Participation By Older People With Cognitive Impairment: A Systematic Review, The Gerontologist, 65(6)
- Warran K, Greenwood F, Ashworth R, et al. (2023). Challenges in co-produced dementia research: A critical perspective and discussion to inform future directions. International Journal of Geriatric Psychiatry, 38: e5998.

kennisagenda thema

Probleemgedrag bij laag volume hoog complexe (LVHC) doelgroepen in de langdurige zorg

Trefwoorden

langdurige bewustzijnsstoornis | syndroom van Korsakov | ziekte van Huntington | multiple sclerose | gerontopsychiatrie | niet aangeboren hersenletsel | zeer ernstig probleemgedrag bij dementie | gerontopsychiatrie

Auteurs

Berno Overbeek (UKON), Leon Verhees (De Zorggroep), Ate Frans de Bruin (Waalboog), Kitty Jurrius (UKON), Ineke Gerridzen (UNO- Amsterdam), Willem Drenthen (UNO-UMCG), Ruth Veenhuizen (UNO- Amsterdam)

Contactpersoon

Ruth Veenhuizen | r.veenhuizen@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

Dit thema heeft betrekking op de volgende Laag Volume Hoog Complexe (LVHC) aandoeningen (https://www.commissiecelz.nl.): Langdurige BewustzijnsStoornis (LBS), Dementie en Zeer ernstig Probleemgedrag (D-zep), Multiple Sclerose (MS), NietAangeboren Hersenletsel+ (NAH +), Syndroom van Korsakov (SvK), Ziekte van Huntington (ZvH) en Gerontopsychiatrie + (GP+).

Voor deze doelgroepen zijn doelgroepnetwerken ontwikkeld, bestaande uit expertisecentra en een kenniscentrum. Het doel van deze LVHC doelgroepnetwerken is het bevorderen van specifieke kennis en kunde om de kwaliteit van de zorg te borgen. Voor elke doelgroep is een doelgroepdefinitie vastgesteld.

Deze aandoeningen worden hier gezamenlijk beschreven onder de titel 'Probleemgedrag'. Ze kenmerken zich door cognitieve stoornissen en neuropsychiatrische symptomen. Ook is er somatische én psychosociale problematiek en/of comorbiditeit die de communicatie en het duiden van gedrag bemoeilijken, naast een grote variatie in leeftijd. MS, D-zep en ZvH zijn degeneratieve aandoeningen, LBS, SvK, NAH+ en GP+ vertonen een stabieler toestandsbeeld van hoge complexiteit.

De prevalentie van probleemgedrag is hoog (grofweg >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 soms jonge leeftijd en deze neuropsychiatrische symptomen en somatische problematiek heeft geleid tot het ontwikkelen van gespecialiseerde afdelingen binnen (ouderen) zorgorganisaties. Gedragsveranderingen kunnen een direct gevolg zijn van hersenschade, maar ook indirect als gevolg van frustratie door de ervaren beperkingen of door interactie met de omgeving die soms ook al beïnvloed was door erfelijkheid of sociale omstandigheden (verslaving, uitval mantelzorg).

De veranderingen kunnen geuit worden in de vorm van ontremming, impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressie, maar ook als apathie. Inzicht in eigen veranderend gedrag is vaak verminderd en een bijzonder complicerend aspect in interpersoonlijke relaties. Gedragsveranderingen veroorzaken niet alleen een hoge lijdensdruk bij de persoon met probleemgedrag, maar ook bij diens omgeving (zowel naasten, medebewoners als professionele zorgverleners). In de omgeving van de persoon met een LVHC aandoening ontstaat regelmatig handelingsverlegenheid (crisis situaties), hetgeen zelfs aanleiding kan geven tot het niet-passend voorschrijven van psychofarmaca met risico op ongewenste bijwerkingen. Overigens is het psychofarmaca gebruik hoog in deze groepen.

Huidige evidence

De complexe en intensieve zorg voor deze doelgroepen behelst multi- en interdisciplinaire benaderingen met specifieke kennis en expertise over de ziekten/aandoeningen en de behandelopties. 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. Dit geldt ook voor de omgang met het systeem. Deze kennis en ervaring met de aanpak van probleemgedrag en de verschillende uitingsvormen in de verschillende doelgroepen is nog maar zelden onderzocht en derhalve nog niet omschreven en vastgelegd in evidencet based richtlijnen.

Probleemgedrag belast ook het systeem. Verminderde wilsbekwaamheid is vaak strijdig met de behoefte van de persoon met een LVHC aandoening aan autonomie en kan ook in de interactie met het systeem weer tot probleemgedrag leiden. Dit leidt er nogal eens toe dat naasten afstand nemen.

In de praktijk wordt een multidisciplinaire en methodische aanpak aangeraden conform bijvoorbeeld de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso en de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking (NVAG), naast de ziekte-specifieke richtlijnen. Helaas zijn deze richtlijnen vaak niet afdoende voor het optimaliseren v welbevinden van betrokkenen. Er is nog veel niet onderzocht en interventies zijn vaak gebaseerd op ervaringskennis.

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, sociale en cognitieve problemen) bij genoemde doelgroepen?
- Is er een relatie tussen gedragsveranderingen, met name agressie, en beperkingen in sociaal functioneren? Is er een relatie met psychiatrische co-morbiditeit, of trauma?
- 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, sociaal 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 zorgsetting? En hoe zorg je dat mensen op de goede plek terecht komen?
- Wat is de impact van gedragsveranderingen zoals agressie en seksueel ontremd gedrag op zorgmedewerkers in de verpleeghuizen die te maken hebben met (jonge) mensen met ernstig NAH+, MS, D-zep, ZvH of SvK?
- Hoe gaan zorgmedewerkers in de dagelijkse praktijk om met probleemgedrag? Welke ethische afwegingen maken zij in hun werk? En welke invloed heeft dat op de manier waarop zij deze patienten begeleiden en de veiligheid en het welzijn van de medewerkers?
- Wat is de invloed van kenmerken, zoals opleidingsniveau, persoonlijkheidskenmerken, psychiatrische stoornissen (o.a. angst depressie, verslaving), 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, antiepileptica) 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?
- Welke gedragsanalysemodellen geven het beste inzicht in preventie, werkhypothese, behandel- en interventierichting?
- Hoe wordt de Wet zorg en dwang toegepast en hoe wordt omgegaan met onvrijwillige zorg?
- Hoe is het beloop van gedragsveranderingen en het voorschrijven van gedrag regulerende medicatie?
- Wat is de invloed van organisatorische kenmerken (veranderingen binnen teams, samenwerking behandelteam / verplegend team) op probleemgedrag?

Interventies

- Wat zijn klinisch relevante meetinstrumenten voor probleemgedrag?
- 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 samenwerken en 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 van de fysieke leefomgeving en dagprogrammering (beweging, dagbesteding, werk, vrijetijdsbesteding) op gedrag, stemming en cognitie?
- Wat is de invloed van technologie en kunstmatige intelligentie op ontstaan en behandeling van probleemgedrag?

Enkele bronnen

- https://www.commissiecelz.nl.
- Kohnen 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.
- Kohnen 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.
- Kohnen 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 alcoholrelated 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
- Gerridzen I.J., Dijkslag-van Neutegem M.A., Veenhuizen R.B. Van categoraal verpleeghuis naar expertisecentra voor drie doelgroepen. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2025, april.
- Gerridzen I.J, Doejaaren E, Veenhuizen R.B., Hertogh C.M.P.M, Joling K.J. Prevalences and Indications of Psychotropic Drug Prescriptions in Nursing Home Residents with Korsakoff Syndrome. J Clin Med. 2023 Apr 26;12(9):3133. doi: 10.3390/jcm12093133.
- Kennisagenda | Huntington Kennis Net Nederland
- Landelijke Kennisagenda Korsakov Zorg & Behandeling 2024-2028, www.korsakovkenniscentrum.nl
- Kennisagenda 2024-2027 – Kenniscentrum NAH+
- Wijnand B.B. et all, Zorgprogramma D-zep 2020
- Van Voorden G., Oude Voshaar R.C., Koopmans R.T.C.M., Zuidema S.U., Verhemel A. Van den Brink A.M.A., Smalbrugge M., Gerritsen D.L.. Determinants of Mortality and Causes of Death in Patients With Dementia and Very Severe Challenging Behavior 2025
- Veldwijk-Rouwenhorst A.E., Smalbrugge M., Wetzels R., Bor H., Zuidema S.U., Koopmans R.T.C.M., Gerritsen D.L. Nursing Home Residents with Dementia and Very Frequent Agitation: A Particular Group 2017
- Plouvier A., Gerritsen D.L., Naar consensus over de afbakening van doelgroep D-zep 2022
- Knippenberg I., Plouvier A., Gerritsen D.L., D-zep the next step: een vervolgonderzoek t.b.v. doelgroepafbakening 2025



kennisagenda thema

Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

planmatige aanpak | beïnvloedende factoren | disseminatie | implementatieonderzoek | valorisatie

Auteurs

Ivonne Lesman (UNO-UMCG) i.s.m. implementatieadviseurs SANO: Henriette van der Kloet (UNO-UMCG), Nicole Janssen (UKON), Josien Wijffels (UNO Amsterdam), Wytske Meekes (Tranzo), Arno Doornebosch (UNC-ZH) en Judith Urlings (AWO-L).

Contactpersonen

Nicole Janssen (UKON) & Wytske Meekes (TRANZO) | w.m.a.meekes@tilburguniversity.edu

Wat behelst dit thema?

Implementatie verwijst naar procesmatige en planmatige invoering van een vernieuwing of verandering (van bewezen waarde) in de zorg 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 (en sterven) voor ouderen (en hun naasten), de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van werk. Er zijn verschillende effectieve, innovaties (multicomponent en multidisciplinair) die organisaties zouden willen toepassen. Deze zijn lastig te implementeren vanwege de complexiteit van de innovatie zelf en/of van de context waarbinnen ze geïmplementeerd worden. Implementatie van een verandering of vernieuwing vraagt om disseminatie (verspreiden en kennisnemen van nieuwe en bestaande 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 kennis over factoren gerelateerd aan (niet) succesvolle implementatie. Op initiatief van ZONMW is recent een opleiding (en registratie) gestart voor Implementation Science Practioner-fellows (ISP'ers). Zij zouden wetenschappelijk onderbouwde implementatiekennis kunnen toevoegen aan de praktijk van ouderenzorg. De uitdaging is echter dat deze ISP'ers zich gaan interesseren voor de langdurige ouderenzorg.

Huidige evidence

- Multicomponent en multidisciplinaire innovaties

  Vanuit onderzoek is bekend dat implementatie o.a. wordt beïnvloed door het implementatie object (voor de leesbaarheid noemen we dit in deze kennisagenda: innovatie) (hetgeen dat wordt geïmplementeerd), de doelgroep, de implementatie strategieën en de context. Deze vier elementen beïnvloeden elkaar en zorgen voor het effect/impact van de implementatie.

  Bij een multicomponent innovatie blijkt vaak dat maar enkele delen van deze innovatie succesvol zijn geïmplementeerd, in plaats van de complete innovatie. Dit lijkt samen te hangen met de vaak complexe context waarin dit moet worden geïmplementeerd (in welke mate sluit de innovatie aan op de daadwerkelijke praktijk; doelgroep, soort afdeling en organisatievorm). Hierdoor wordt effectiviteit van de innovatie vaak onvoldoende benut (of is onvoldoende aan te tonen). Van belang is dat een bewezen effectieve multicomponent innovatie in z'n geheel wordt geïmplementeerd en ook als zodanig geëvalueerd.

- Inzichten uit procesevaluaties

  De meeste onderzoeken naar implementatie van innovaties in de ouderenzorg betreffen procesevaluaties en brengen de beïnvloedende factoren voor implementatie in kaart. Bevorderende factoren zijn: sterk leiderschap van de (enthousiaste) projectleider (of aanjager), ondersteuning van ambassadeurs, goede communicatie en coördinatie tussen de verschillende zorgprofessionals, een lerende cultuur, een implementatieplan (met daarin tijdspad, budget, faciliteiten en activiteiten), implementatie strategieën op maat voorde diverse doelgroepen, 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.

  Belemmerende factoren zijn: 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 innovatie 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 of en 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 implementatiestrategieën gekozen en niet op maat toegepaste, gecombineerde implementatie strategieën, waardoor de kans op succesvolle implementatie wordt verkleind.
  - De activiteiten die ingezet worden op basis van de gekozen implementatie strategieën (informatieve, draagvlak vergrotende, educatieve, organisatorisch faciliterende en cliëntgerichte strategieën) moeten nauwkeurig worden afgestemd op de specifieke doelgroepen, 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 toekomstige zorgmedewerkers al in een vroeg stadium kennisnemen van nieuwe ontwikkelingen voor hun toekomstige werkveld. Zij kunnen dit direct toepassen en uitdragen zodra zij in dit werkveld gaan werken.
- Effectevaluaties van implementatie (betreft gezondheidsuitkomsten en economische effecten)
  - Het is veelal nog onduidelijk welke effecten succesvolle innovaties hebben op de gezondheid van kwetsbare ouderen.
  - Of een implementatie van een innovatie financieel haalbaar is, wordt vaak niet meegenomen in een procesevaluaties en is daarmee onduidelijk. Budget impact analyses kunnen hierin verandering brengen.
  - Kosten-baten analyses op implementatie van verschillende innovaties 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:
  Ondoelmatigheid prikkels krijgen in de langdurige zorg steeds meer aandacht. Inmiddels wordt hier m.b.v. onderzoek aandacht aan besteed via het thema: beter laten, beter doen.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Welke beïnvloedende factoren spelen een rol bij de implementatie van bewezen effectieve multidisciplinaire en multicomponent innovaties? Welke implementatie strategieën passen daarbij? En welke factoren bevorderen het opschalen van deze innovaties binnen de betrokken organisaties of landelijk.
- Hoe kunnen zorgprofessionals beter toegerust worden om de implementatie van bewezen effectieve innovaties in hun organisaties te realiseren? En hieraan gelieerd: Wat is de ondersteuningsbehoefte van de zorgpraktijk bij de analyse van de context? Wat heeft de zorgpraktijk nodig bij het maken van de keuze voor geschikte implementatiestrategieën die aansluiten bij de lokale situatie en innovatie?
- Wat zijn adequate theoretische modellen om procesevaluaties en effectevaluaties binnen de langdurige zorg uit te voeren, rekening houdend met proces-, economische- en gezondheidsuitkomsten? En hoe kunnen deze uitkomsten in procesevaluaties goed in kaart worden gebracht?
- Hoe kunnen zorgorganisaties, onderwijsorganisaties en academische werkplaatsen voor ouderenzorg en de recent opgericht academische werkplaatsen wijkverpleging, beter samenwerken voor het delen van kennis over implementatie, het bevorderen van effectieve valorisatie van kennis uit wetenschappelijk onderzoek en om uitwisselen van best practices te stimuleren?
- Hoe kunnen we de-implementatie (d.w.z. planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft, of zorg vervangen door een vergelijkbaar maar goedkoper alternatief) binnen de langdurige ouderenzorg stimuleren?

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)
- ISP-Fellows – Wetenschap en praktijk samen over de brug voor gezondheidszorg
- 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 longterm 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

Infectieziekten: preventie, diagnostiek en behandeling

Trefwoorden

infectiepreventie | uitbraakmanagement | pandemische paraatheid | antimicrobiële resistentie | antimicrobieel stewardship

Auteurs

Laura van Buul (UNO Amsterdam), Martin Smalbrugge (UNO Amsterdam), Jeanine Rutten (UNO Amsterdam), Sacha Kuil (GGD Amsterdam)

Contactpersoon

Laura van Buul | L.vanbuul@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

Infectieziekten zoals urineweginfecties (UWI), luchtweginfecties (LWI) en huidinfecties komen veel voor in de langdurige zorg. Bij het vermoeden van een infectie worden vaak antimicrobiële middelen voorgeschreven. Dit is niet altijd terecht. Door de wereldwijde toename van antimicrobiële resistentie (AMR) is het van belang om antimicrobiële middelen alleen in te zetten als dat écht nodig is. 'Antimicrobieel stewardship' (AMS) is een strategie om AMR te voorkomen door het bevorderen van passend gebruik van antimicrobiële middelen.

Een andere belangrijke strategie is infectiepreventie. Infectiepreventie is niet alleen van belang om verspreiding van AMR te voorkomen, maar ook om uitbraken te voorkomen van virale infecties zoals covid-19, influenza en norovirus. Daarnaast is gedegen uitbraakmanagement nodig om uitbraken van dergelijke virussen succesvol te bestrijden. Tot slot is het voor langdurige zorgorganisaties van belang om voorbereid te zijn op wereldwijde uitbraken van (nieuwe) infectieziekten: pandemische paraatheid.

Huidige evidence

- Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd rondom implementatie van de Verenso richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen' (2018). Interventies geëvalueerd in deze onderzoeken hebben geleid tot een veilige afname van (ongepast) antibioticagebruik.
- In onderzoek is aangetoond dat het inzetten van CRP point-of-care testing leidt tot een veilige afname van antibioticagebruik voor lage LWI in verpleeghuizen. Deze kennis is toegevoegd aan de Verenso richtlijn 'Lage luchtweginfecties bij kwetsbare ouderen' (update 2024).
- Verpleeghuizen die fungeren als peilstation binnen het programma Leren van Data nemen deel aan peilingen over UWI en LWI. Dit geeft inzicht in antibioticagebruik en de mate van handelen conform geldende richtlijnen.
- Terwijl AMS programma's in ziekenhuizen al langere tijd geïmplementeerd zijn, is dit in verpleeghuizen nog beperkt het geval. Er is wel onderzoek gedaan naar hoe dergelijke programma's in de verpleeghuissetting vormgegeven kunnen worden.
- Landelijke cijfers over AMR, ook in de langdurige zorg, worden jaarlijks door het RIVM en de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid gepubliceerd in NethMap. Daarnaast laat onderzoek zien dat er verschillen zijn in AMR prevalentie tussen verpleeghuizen in verschillende en binnen dezelfde regio's.

- Het Surveillance Netwerk Infectieziekten Verpleeghuizen van het RIVM voert surveillance (incidentie en prevalentie) uit van verschillende typen infecties (bacterieel, viraal en schimmel) in verpleeghuizen, en brengt daarmee trends in beeld.
- Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar het verbeteren van handhygiëne in verpleeghuizen. Hoewel deze positieve resultaten laten zien, blijft het naleven van handhygiëne richtlijnen – en ook infectiepreventie in meer algemene zin - een uitdaging binnen de langdurige zorg.
- Er is onderzoek uitgevoerd naar geleerde lessen uit de Covid-19 pandemie, in verpleeghuizen. Hieruit blijkt dat er veel kennis en ervaring is opgedaan rondom infectiepreventie en -bestrijding, en over hoe hierbij balans kan worden gevonden tussen 'veiligheid' en 'kwaliteit van leven'. Deze kennis en ervaring is echter nog onvoldoende omgezet in voorbereiding op (nieuwe) uitbraken of pandemieën.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Bacteriële- en schimmelinfecties

- In hoeverre hebben inspanningen rondom de implementatie van de Verenso richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen' geleid tot veranderingen in UWI incidentie en beloop, passende inzet van diagnostiek, en passend antibioticagebruik in deze populatie?
- Er is behoefte aan kennis die bijdraagt aan het adequaat stellen van de diagnose UWI, in het bijzonder aan het maken van onderscheid tussen UWI en asymptomatische bacteriurie (ASB).
- Er is inzicht nodig in passende antibiotische behandeling van UWI (middelkeuze/duur/dosering), en in de rol van AMR bij het maken van beslissingen hierover.
- Welke preventieve maatregelen leiden tot een afname van (recidiverende) UWI bij kwetsbare ouderen?
- Inzicht is wenselijk in de mate waarin inzet van diagnostiek en behandeling met antibiotica voor lage LWI conform de Verenso richtlijn is.
- Er is meer inzicht nodig in diagnostische criteria voor het vaststellen van lage LWI waarvoor antibiotica geïndiceerd zijn.
- Inzicht is wenselijk in de status van implementatie en toepassing in de praktijk van CRP point-of-care testing.
- Inzicht is wenselijk in passende antibiotische, ondersteunende en preventieve behandeling bij lage LWI, en in de rol van AMR bij het nemen van beslissingen over antibiotica keuze.
- Er is behoefte aan inzicht in de omvang en ziektelast van huid- en wekedelen infecties (bacterieel en schimmel) bij kwetsbare ouderen, om de ontwikkeling van interventies en richtlijnen specifiek voor deze populatie te informeren.
- Inzicht is wenselijk in de (kosten)effectiviteit, wenselijkheid en haalbaarheid van de inzet van nieuwe diagnostische technologieën gerelateerd aan infectieziekten (zoals devices die continu vitale functies meten).
- Meer kennis is wenselijk over het op een opschaalbare manier toepassen van AMS programma's/interventies in verpleeghuizen.
- Er is behoefte aan meer inzicht in loco-regionale resistentiepatronen, en in hoe deze informatie op een haalbare en waardevolle manier in kaart gebracht, teruggekoppeld en toegepast (in formularium aanpassingen) kan worden.
- Er is behoefte aan inzicht in de mate waarin bepaalde BRMO ziekmakend zijn en/of leiden tot verspreiding (van resistentiegenen).

Virale luchtweginfecties

- Er is inzicht nodig in de incidentie en impact van verschillende typen luchtwegvirussen bij kwetsbare ouderen, en in effectieve strategieën/interventies ter preventie en bestrijding van deze infecties.
- Er is inzicht nodig in diagnostische criteria en tests voor het vaststellen van virale LWI bij kwetsbare ouderen, in een passend diagnostisch beleid bij vermoeden op virale LWI (uitbraken), en in effectiviteit van mogelijke (ondersteunende) behandeling.

Infectiepreventie en uitbraakmanagement

- Gezien de dreiging van zowel AMR als uitbraken van bekende en nieuwe virussen, blijft er behoefte aan kennis rondom het verbeteren en borgen van de kwaliteit van infectiepreventie in de ouderenzorg, waarbij het van belang is om in strategieën de balans tussen infectiepreventie en kwaliteit van leven in acht te nemen.
- Er is inzicht nodig in de status van voorbereiding van zorgorganisaties op uitbraken van (nieuwe) infecties, in hoe geleerde lessen uit de Coronapandemie hierin zijn meegenomen en waar mogelijk ook worden toegepast bij uitbraken van andere typen infecties (zoals gastero-enteritis), en in hoe verpleeghuisorganisaties (verder) ondersteund kunnen worden om (pandemisch) paraat te zijn.

Enkele bronnen

- Verenso. Richtlijn: Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2018.
- Verenso. Richtlijn: Lage luchtweginfecties bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2018 (update 2024).
- 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.
- Hartman EAR, van de Pol AC, Heltveit-Olsen SR, et al. Effect of a multifaceted antibiotic stewardship intervention to improve antibiotic prescribing for suspected urinary tract infections in frail older adults (ImpresU): pragmatic cluster randomised controlled trial in four European countries. BMJ 2023;380:e072319.
- Yeung GYC, Smalbrugge M, van Buul LW, et al. Urinary tract infection guideline adherence in a Dutch sentinel nursing home surveillance network. J Am Med Dir Assoc 2024;25(7):105037.
- 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.
- Eikelenboom-Boskamp A, van Loosbroek M, Lutke-Schipholt E, et al. A practice guide on antimicrobial stewardship in nursing homes. Antimicrob Resist Infect Control. 2023;12(1):120.
- NethMap 2024. Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands in 2023. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2024.
- Haenen A, Huis A, Teerenstra S, et al. Effect and process evaluation of an intervention to improve hand hygiene compliance in long-term care facilities. J Am Med Dir Assoc 2024;25(4):591-598.
- Van der Horst IR, Kolk D, Janssen M, et al. Barriers and facilitators to successful outbreak management of viral respiratory tract infections in long-term care facilities: a qualitative interview study. J Am Med Dir Assoc 2025;26(6):105575.

kennisagenda thema

Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie

Trefwoorden

betekenisvolle activiteiten | dementie | thuis en verpleeghuis | persoonsgerichte zorg | relatiegerichte zorg

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 een inspiratiegids ontwikkeld die kan ondersteunen bij het kiezen van 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 Alzheimer Nederland: Opzoek naar impact voor mensen met dementie nu en in de toekomst; https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoeksagenda (update 2025)
- 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.
- Generiek Kompas; https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/generiek-kompas-samen-werken-aan-kwaliteit-van-bestaan (2024)
- Kenniskring Dementie (2015). Geraadpleegd op 9 juli 2025: 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. JBI 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
- Groenendaal M, Smaling HJA, Achterberg WP, Caljouw MAA. Maintaining meaningful activities for persons with dementia during transitions of care: A systematic review. Geriatric Nursing 2022, 44, 76-183. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.017
- Groenendaal M, Smaling HJA, Achterberg WP, Caljouw MAA. Activities of persons with dementia at home and after nursing home admission: A survey study. Geriatric Nursing 2025, 61, 336-341. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.056
- Inspiratiegids: Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie (2025). https://unc-zh.nl/toolkits/enact-inspiratiegids

kennisagenda thema

Eigen regie

Trefwoorden

eigen regie | autonomie | relationele autonomie | zelfredzaamheid | samen beslissen

Auteurs

Meriam M Janssen (Tranzo), Sandra MG Zwakhalen (AWO-L), Marleen Lovink (UKON)

Contactpersoon

Meriam M Janssen | m.janssen4@tilburguniversity.edu

Wat behelst dit thema?

Veel ouderen behouden graag zo lang mogelijk regie over hun dagelijks leven, zodat zij kunnen leven zoals dat voor hen prettig is. Eigen regie en agency hangen nauw samen. De term agency is meer conceptueel en gaat over iemands gevoel in controle te zijn over het eigen handelen in zijn of haar eigen leven. Eigen regie is een concretere uitwerking daarvan en gaat meer over welke keuzes iemand maakt en over het uitvoeren van die keuzes in het dagdagelijks leven.

Eigen regie is van belang voor alle mensen. Dus ook voor ouderen die zorg of ondersteuning thuis nodig hebben of die in het verpleeghuis wonen. Ook ouderen met ondersteuningsbehoeften kunnen eigen regie (blijven) voeren. Eigen regie kan zich bijvoorbeeld uiten in zelf bepalen (decisional autonomy) en zelf uitvoeren (executional autonomy). In de langdurige ouderenzorg is de laatste decennia steeds meer aandacht voor een mensgerichte zorgbenadering. Hierin staat de oudere en diens perspectief centraal en kan een oudere eigen regie behouden door (mee) te beslissen en keuzes te maken.

Eigen regie van ouderen krijgt vaak vorm vanuit relaties. Naasten en/of zorgprofessionals ondersteunen ouderen bij het maken van beslissingen en het uitvoeren ervan (relationele autonomie). Een goede relatie tussen een oudere, diens naaste(n), vrijwilligers en zorgprofessionals helpt een oudere om eigen regie te behouden. Daarbij helpt een goede relatie naasten en zorgprofessionals om de eigen regie van een oudere op maat te ondersteunen. Diverse factoren hebben invloed op hoe een oudere eigen regie kan behouden, waaronder het karakter van een oudere, diens naaste(n) en zorgprofessionals alsmede de competenties van zorgprofessionals.

Gezamenlijke besluitvorming stelt de oudere in staat om samen met naasten, vrijwilligers en zorgprofessionals eigen regie te behouden en eigen keuzes te maken op het gebied van zorg, welzijn en behandeling. Het vraagt van zorgprofessionals, naasten en vrijwilligers een faciliterende houding, goede luistervaardigheden en interpreteren van (non)verbale uitingen van ouderen om samen beslissen mogelijk te maken.

Huidige evidence

- Veel onderzoek heeft zich gericht op het belang van behouden van eigen regie door ouderen en op het ondersteunen van die eigen regie door naaste(n) en zorgprofessionals. Het behouden of ondersteunen van de eigen regie van ouderen heeft meerwaarde voor het welbevinden van ouderen (zorg en welzijn sluiten beter aan op wensen en behoeften van ouderen) en voor ouderenzorgbeleid (langer thuis wonen drukt de zorgkosten).
- Onderzoek geeft inzicht in hoe ouderen eigen regie voeren. Dit kan bijvoorbeeld door zelfstandig handelingen uit te voeren en door proactieve beïnvloeding op (dagdagelijkse) beslissingen. Ook geeft onderzoek inzicht in hoe naasten en zorgprofessionals de eigen regie van ouderen zo goed mogelijk kunnen ondersteunen. Dit kan bijvoorbeeld door ouderen goed te leren kennen en door gelijkwaardige samenwerking tussen ouderen, naasten, vrijwilligers en zorgprofessionals. Deze samenwerking en kennis vormen de basis voor gepersonaliseerde zorg.
- Uit onderzoek blijkt dat het behouden of ondersteunen van eigen regie onder druk komt te staan na een verhuizing naar de verpleeghuiszorg.
- Er is in beperkte mate kennis over de effectiviteit van interventies gericht op de ondersteuning van eigen regie van ouderen.
- Vanuit wetenschappelijk onderzoek zijn verschillende modellen en interventies ontwikkeld die samen beslissen en daarmee eigen regie kunnen faciliteren.
- Onderzoek laat zien dat het ondersteunen van eigen regie bij ouderen met dementie in verpleeghuizen vraagt om een integrale aanpak waarin persoonsgerichte zorg, de samenwerking tussen ouderen, naasten en zorgprofessionals, teamcompetenties en organisatorische randvoorwaarden samenkomen, en waarin eigen regie wordt bevorderd door ruimte voor keuzes, vertrouwen en passende ondersteuning. Anderzijds kan eigen regie worden belemmerd door routines, veiligheidsafwegingen en organisatorische beperkingen.
- We weten dat zorgprofessionals en naasten, met de beste intenties, vaak geneigd zijn om dingen voor ouderen te beslissen of taken over te nemen. Echter, voor het behouden en ondersteunen van eigen regie van ouderen is een beweging van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’ belangrijk: aansluiten bij persoonlijke doelen van ouderen, ruimte geven voor keuzes en mensen stimuleren om zoveel mogelijk zelf te blijven doen. Er zijn erkende interventies beschikbaar om deze verandering vanuit het gedachtegoed ‘reablement’ te ondersteunen.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Wat hebben ouderen nodig om eigen regie te behouden over hun leven en over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen? Zijn er individuele of situationele kenmerken die van invloed zijn op eigen regie, zoals leeftijd, migratieachtergrond of woonsituatie?
- Hoe zorgen we ervoor dat ouderen met cognitieve beperkingen en ouderen met een hoge ondersteunings-behoefte hun eigen regie kunnen behouden? Welke (andere) manieren van ondersteunen vraagt dit?
- In welke mate draagt het ondersteunen van eigen regie door zorgprofessionals (autonomie-stimulerend gedrag) bij aan de ervaren eigen regie van ouderen?
- Op welke manier kan eigen regie bijdragen aan meer welbevinden onder ouderen, thuis en in het verpleeghuis? Welke mechanismen en contextfactoren spelen hierbij een rol?

- In de ouderenzorg bieden professionals, zoals zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers, schoonmakers, horecamedewerkers, paramedici, naasten en vrijwilligers zorg en ondersteuning aan ouderen. Hoe kunnen zij, vanuit hun eigen expertise, de eigen regie van ouderen ondersteunen? En hoe kunnen zij hierin goed met elkaar samenwerken, ten behoeve van de eigen regie van een oudere? Hoe kunnen we reflectie op het ondersteunen van eigen regie verder stimuleren?
- We krijgen steeds beter zicht op welk gedrag van professionals eigen regie ondersteunt. Hoe meten we vervolgens goed of zij dit in de dagelijkse praktijk ook daadwerkelijk doen?
- Het veranderen van dagelijkse routines en het vasthouden van die verandering zijn lastig en worden beïnvloed door samenwerking tussen professionals, naasten en vrijwilligers en de organisatie. Hoe kunnen we bewezen effectieve werkwijzen voor het ondersteunen van eigen regie duurzaam implementeren en borgen in de dagelijkse praktijk?
- Barrières voor eigen regie van ouderen zijn routines, veiligheidsafwegingen en organisatorische beperkingen. Hoe krijgen we in de maatschappij een gesprek op gang over de spanning tussen het behouden van eigen regie door ouderen en barrières die de eigen regie inperken. En hoe kunnen we op maat afwegingen maken over een goede balans in eigen regie en de ondersteuning die iemand nodig heeft?
- Onderzoek naar reablement kan zich richten op vragen als: hoe kunnen we het gedachtegoed 'reablement' eenduidig en breed verspreiden en hoe kunnen we stimuleren dat zorgprofessionals, naasten en ouderen werken en leven volgens dit gedachtegoed? Deelvragen kunnen zijn: hoe kunnen we naasten nog beter betrekken bij het leven van ouderen, hoe kan een manier van werken voor de verpleeghuiszorg ontwikkeld worden, hoe kunnen ouderen met dementie hun leven leiden waarbij samen met hen, aansluitend bij hun mogelijkheden, doelen worden gesteld en hoe kan interprofessioneel samenwerken verbeterd worden?

Enkele bronnen

- Bleijlevens, M., de Man-van Ginkel, J., van Breukelen, G., Zwakhalen, S., Hermens, L., Metzelthin, S., Huisman-de Waal, G., & Vluggen, S. (2026). Process-evaluation alongside a cluster-randomized trial examining the effectiveness of the 'SELF-program' on nurses' activity encouragement behavior. International Journal of Nursing Studies Advances, 10, Article 100525. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2026.100525
- 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.
- Collopy BJ. Autonomy in long term care: some crucial distinctions. Gerontologist. 1988;28:10-7.
- Drost, R. M. W. A., van Mastrigt, G. A. P. G., Vluggen, S., Metzelthin, S. F., Bleijlevens, M. H. C., Huisman-de Waal, G., de Man-van Ginkel, J. M., & Zwakhalen, S. M. G. (2025). A multi-center trial-based economic evaluation of the SELF-program: A function-focused care program for nursing staff providing long-term care for geriatric clients in nursing homes compared to care as usual. PLOS ONE, 20(7), Article e0320649. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320649
- Gronek, M.B., Bleijlevens, M., Vluggen, S., Moonen, E., Van Dijk, A., Erkens, P., Zwakhalen, S., Hamers, J., Meijers, J. (2026). Nursing theories as guidance for autonomy support in activities of daily living: a scoping review. BMC Nursing, 24:479. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02990-5.
- 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.
- Van Loon J, Janssen M, Janssen B, De Rooij I, Luijkx K: How Older Adults with Physical Impairments Maintain Their Autonomy in Nursing Homes. Ageing & Society 2023.
- Van Loon J, Janssen MM, Janssen BM, De Rooij I, Luijkx KG: How staff act and what they experience in relation to the autonomy of older adults with physical impairments living in nursing homes. Nordic Journal of Nursing Research 2022.
- Van der Weide, H., Lovink, M.H., Luijkx, K.G., Gerritsen, D.L. (2023). Supporting autonomy for people with dementia living in nursing homes: A rapid realist review. International Journal of Nursing Studies, 137 (104382). https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104382
- Van der Weide, H., Lovink, M.H., Luijkx, K.G., Gerritsen, D.L. (2025). How is autonomy supported for people with dementia living in a nursing home, to what extent and under what circumstances? A realist evaluation. BMC Health Services Research, 25 (237). https://doi.org/10.1186/s12913-025-12349-w
- Vluggen, S., de Man-van Ginkel, J., van Breukelen, G., Bleijlevens, M., Zwakhalen, S., Huisman-de Waal, G., & Metzelthin, S. (2024). Effectiveness of the 'SELF-program' on nurses' activity encouragement behavior and nursing home resident's ADL self-reliance; a cluster-randomized trial. International Journal of Nursing Studies, 160, Article 104914. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104914



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)

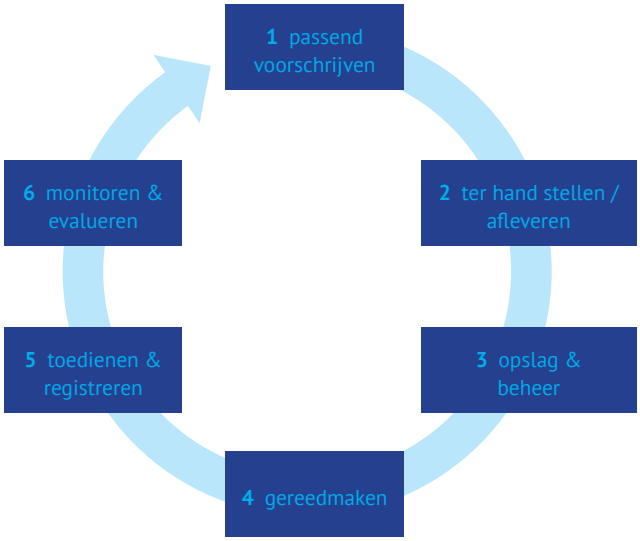
Contactpersoon

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/mantelzorger 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/mantelzorger 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

- Liau 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.



kennisagenda thema

Zorgtechnologie

Trefwoorden

zorgtechnologie | implementatie | innovation readiness | ethische dillema's

Auteurs

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

Contactpersoon

Ramon Daniëls | ramon.daniels@zuyd.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, beweeggedrag 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 behoeften, context en technologie. Die aanname is bevestigd in onderzoek bij mensen met dementie. Onderzoek naar het betrekken van diverse stakeholders bij ontwerpprocessen staat echter nog in de kinderschoenen.
- Hoewel het belang van inclusieve en diversiteitssensitieve zorg breed wordt erkend, wordt (onderzoek naar) zorgtechnologie nog onvoldoende afgestemd op etnische, culturele, sociale en talige verschillen, en ontbreekt inzicht in barrières en succesfactoren voor diverse doelgroepen.
- 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 bijdragen aan optimaal herstel na een (sub-) acute aandoening en ervoor zorgen dat cliënten vaker en sneller vanuit hun eigen woonomgeving kunnen revalideren en herstellen?
- Hoe kan de inzet van zorgtechnologie zelfmanagement 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?

Gericht op optimaliseren van innoveren met zorgtechnologie

- Wat is bekend over de aanpak en de meerwaarde van het betrekken van zorgorganisaties, professionals en cliënten (rekening houdend met diversiteit) 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?
- 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 (de-) 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, Denkinger 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., Wiegers, 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.
- Salzwedel M, Zuidema S., Kort, H. & Janus, S., Exploring the Role of Sex and Gender in the Adoption of Assistive Technology in Dementia Care: A Scoping Review. 9-Jan-2025, (E-pub ahead of print) In: Journal of Applied Gerontology.
- Suijkerbuijk S, Nap HH, Cornelisse L, IJsselsteijn WA, De Kort YA, Minkman, M. Active involvement of people with dementia: a systematic review of studies developing supportive technologies. Journal of Alzheimer's Disease. 2019 69(4): 1041-1065. 201https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad190050

kennisagenda thema

Data-geïnformeerde zorg en data-infrastructuur

Trefwoorden

data-geïnformeerde zorg | routine zorgdata | beslisondersteuning | artificiële intelligentie | monitoren | sensoren leren

Auteurs

Sil Aarts (AWO-L), Martin Smalbrugge (UNO-Amsterdam), Sarah Janus (UNO-UMCG)

Contactpersoon

Sil Aarts | s.aarts@maastrichtuniversity.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.

Data kunnen op meerdere manieren bijdragen aan het verbeteren van de ouderenzorg. Het gaat dan onder andere om het gebruik van routinezorgdata, gegevens die al vastgelegd worden in het dagelijks zorgproces, om inzicht te krijgen in het handelen van professionals, de mate waarin richtlijnen worden gevolgd en de uitkomsten van zorg. Deze vorm van datagebruik biedt waardevolle informatie zonder extra administratielast. Deze data kunnen ook worden gebruikt in het kader van leren en verbeteren, bijvoorbeeld voor interne kwaliteitscontrole op afdelings- en organisatieniveau, of benchmarking op regionaal en nationaal niveau.

Daarnaast is artificiële intelligentie (AI) niet meer weg te denken uit onze maatschappij. AI methoden maken het mogelijk om patronen in grote datasets te herkennen, voorspellingen te doen en beslisondersteuning te bieden. Dit opent nieuwe perspectieven voor gepersonaliseerde en proactieve zorg; slim gebruik van data zou op deze wijze kunnen bijdragen aan kwalitatief betere, efficiënte, kosteneffectieve en persoonsgerichte ouderzorg.

Data-inzichten worden in de praktijk grofweg toegepast in twee domeinen:

1) verbetering van cliëntuitkomsten, bijvoorbeeld door inzicht in effectiviteit van interventies, identificatie van risico's, of ondersteuning bij klinische besluitvorming en,
2) optimalisatie van operationele processen, denk aan personeelsplanning, capaciteitsmanagement (zoals inzicht in vrije bedden in een zorgregio), en voorraadbeheer. Tot op heden ligt de nadruk vooral op het tweede domein, waarin procesoptimalisatie centraal staat. De uitdaging is om ook het eerste domein, verbetering van zorguitkomsten, sterker te verankeren. Om de mogelijkheden van data en AI ten volle te benutten, moeten zorgorganisaties in staat zijn om gegevens gestructureerd te verzamelen, te koppelen en te analyseren. Dat vereist niet alleen technische oplossingen, maar ook adequate organisatorische en beleidsmatige randvoorwaarden. De ontwikkeling van een gedeeld begrippenkader, eenduidige registratiepraktijken en afspraken over datatoegang zijn hierin cruciaal. 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 zoals 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 en psychofarmaca op landelijk niveau.
- Initiatieven die (in)direct het doel hebben om een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van zorg met behulp van data blijven moeilijk landelijk opschaalbaar, omdat ze vaak onvoldoende aansluiten bij het zorgproces. Daarnaast spelen juridische (AVG, WGBO, WLZ, AI Act) en ethische aspecten een rol als het gaat om het gebruik van persoonsgegevens en dataveiligheid.
- In de laatste jaren zijn diverse initiatieven gestart 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 blijft 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 aangetoond dat eenduidige en goede registratie zeer waardevol is. Hierdoor was het mogelijk tijdens de COVID 19 pandemie betrouwbare informatie over incidentie en ziektelast van COVID19 te leveren om beleidsbeslissingen te ondersteunen. Op vergelijkbare wijze is uit zowel zorgdata als peilstationdata, betrouwbare informatie verkregen over de kwaliteit van zorg bij lage luchtweginfecties, urineweginfecties, anticiperende behandelbeslissingen en het gebruik van psychofarmaca. Deze informatie wordt tevens teruggekoppeld aan de betrokken behandelaren, met als doel leren en ontwikkelen.
  - 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. Dit project toont aan dat bestaande bronnen zoals cliëntdossiers en kwaliteitsmetingen nog onvoldoende worden benut voor kwaliteitsverbetering, mede door gebrekkige terugkoppeling. Een literatuurstudie binnen dit project wijst op de complexiteit van interprofessioneel leren en ontwikkelen, beïnvloed door acht thema's op vijf niveaus. Momenteel wordt onderzocht hoe AI zou kunnen helpen bij het analyseren van kwaliteitsdata. In co-creatie verkennen interprofessionele teams momenteel hoe deze inzichten kunnen bijdragen aan cyclisch leren en ontwikkelen.
- Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van sensortechnologie. Dit betreft het gebruik van sensoren (bewegings-en omgevingssensoren) om de gezondheidssituatie van een cliënt te monitoren. Denk bijvoorbeeld aan signalering van onrust, dwaalgedrag of sociale terugtrekking. Bij voorkeur worden dergelijke data ook verbonden aan een ECD, waarmee ze direct toegankelijk worden gemaakt. Uit diverse pilotstudies naar

leefpatroonmonitoring blijkt dat dergelijke sensordata waardevolle inzichten bieden in afwijkingen van gebruikelijke gedragspatronen, die in een vroeg stadium kunnen worden gedetecteerd. Deze informatie stelt zorgprofessionals in staat om tijdig en adequaat in te spelen op veranderende zorgbehoeften van cliënten.

- Kunstmatige intelligentie heeft de afgelopen jaren een belangrijke impuls gegeven aan data-geïnformeerde zorg. Het gebruik van AI methoden zoals machine learning en natural language processing (inclusief taalmodellen zoals ChatGPT) kan behulpzaam zijn om meer informatie uit routinezorg data te halen voor gezamenlijke data-geïnformeerde besluitvorming. Onderzoek toont aan dat de toepassing van AI in de langdurige ouderenzorg zich nog in een beginstadium bevindt. Dit hangt samen met het ontbreken van een duidelijke visie op data-geïnformeerd werken en AI binnen zorgorganisaties, en met onduidelijkheid over waar data zich in een organisatie bevinden en hoe deze gekoppeld kunnen worden.
- Het implementeren van data-geïnformeerde besluitvorming in de zorg is niet enkel een technologische uitdaging, maar ook een culturele transitie. Recent onderzoek laat zien dat dit een fundamentele verschuiving in mindset en vaardigheden bij zowel huidige als toekomstige zorgprofessionals en managers vereist. Om data-geïnformeerd werken en AI duurzaam te integreren in de langdurige ouderenzorg, is het cruciaal om te investeren in de ontwikkeling van specifieke competenties: van analytisch vermogen en kritisch denken tot het kunnen interpreteren van data en openstaan voor technologische innovaties zoals AI.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe bouwen we in de langdurige zorg een toekomstbestendige en duurzame infrastructuur waarmee we relevante data genereren en verzamelen om zo continu de zorg inhoudelijk, professioneel en bedrijfsmatig te kunnen monitoren en ondersteunen?
- Hoe kunnen we een kennisbasis ontwikkelen die zorgorganisaties ondersteunt bij het optimaliseren van data-processen, door middel van systematische dataverzameling, opslag, koppeling en analyse (waaronder het gebruik van AI)?
- Hoe kunnen data informeren over welke zorg er waarom en hoe geboden wordt, wat dit oplevert voor cliënten en of deze ook volgens richtlijnen en kwaliteitsstandaarden geboden wordt? 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 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? Welke rol kan AI (bijvoorbeeld op het gebied van speech-to-text) hierin spelen?
- Hoe kunnen data gegenereerd op basis van sensortechnologie bijdragen aan het verkrijgen van een actueel beeld van de cliënt en ook over relevante veranderingen hierin, bijvoorbeeld na de start van ingezette interventies?
- Hoe kan een cultuur van continue leren en ontwikkelen worden bevorderd waardoor zorgorganisaties en zorgprofessionals wendbaarder kunnen inspelen op de snel en steeds veranderende zorgpraktijk op het gebied van data en AI?

- Welke scholing is passend voor bestaande en toekomstige zorgprofessionals die werken met zorgdata; en welke scholing is passend voor bestaande en toekomstige zorgprofessionals op het gebied van AI in de zorg?
- Wat zijn de risico's van artificiële intelligentie? Denk daarbij bijvoorbeeld aan inadequate beslisondersteuning door bias, beperkte nauwkeurigheid en eigenaarschap van data.
- Welke ethische en juridische aandachtspunten zijn er ten aanzien van het (her)gebruik van in de zorg gegenereerde data? (Mede gerelateerd aan privacywetgeving, data-veiligheid, data-lekken et cetera).

Enkele bronnen

Websites

- Leren van Data | UNO Amsterdam, Verenso, Nivel
- Over Leren van Data | UNO Amsterdam
- Zorgprofessionals aan Zet | AWO-L, Verenso, V&VN
- Sensortechnologie voor monitoren van onbegrepen gedrag (MOOD-Sense) | UMCG
- Data-geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming | AWO-L

Overige literatuur

- Hacking C, Verbeek H, Hamers JPH, Sion K, Aarts S. Text mining in long-term care: exploring the usefullness of artificial intelligence in a nursing home setting. Plos One 2022; 17: e0268281
- Groeneveld SWM, van Os-Medendorp H, van Gemert-Pijnen JEWC, Verdaasdonk RM, van Houwelingen T, Dekkers T, den Ouden MEM. Essential competencies of nurses working with AI-driven lifestyle monitoring in long-term care: A modified Delphi study. Nurse Education Today. 2025: 19
- Steijger D, Christie H, Aarts S, IJselsteijn W, Verbeek H, de Vugt M. Use of artificial intelligence to support quality of life of people with dementia: A scoping review. Ageing Res Rev. 2025: 108
- 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
- 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
- Albers CAW, Wieland-Jorna Y, de Bruijne MC, Smalbrugge M, Joling KJ, de Boer ME. Enhancing Standardized and Structured Recording by Elderly Care Physicians for Reusing Electronic Health Record Data: Interview Study. JMIR Med Inform. 2024 Dec 13;12.
- Baidjnath Misier B, Kleine-Deters ., Wörtche HI, Janus SIM., & Zuidema S. U. (2024). Monitoring challenging behaviors in dementia with sensor technology. Gerontechnology, 23(2).



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.metzelthin@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 allereerst een 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. Het lijkt wel daarop dat ze minder hard achteruitgaan qua functioneren. 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. In het sociale domein wordt ook gepionierd met reablement programma's waarbij welzijnsmedewerkers en vrijwilligers een rol spelen in de uitvoering van reablement. Een pilot waar hulp bij het huishouden betrokken is toonde aan dat reablement leidt tot minder huishoudelijke ondersteuning én hogere klanttevredenheid.
- 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.
- Kwetsbare ouderen zoals mensen met dementie ontvangen vaak geen reablement, terwijl eerder onderzoek in het buitenland heeft laten zien dat ook mensen met dementie baat kunnen bij reablement.
- 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 reablement zó ontwerpen en implementeren dat het een integraal onderdeel vormt van de volledige zorgketen die een oudere doorloopt?
- Wat is de effectiviteit van reablement programma's wanneer deze als integraal onderdeel van de volledige zorgketen worden ingezet, gemeten op het niveau van cliënten, naasten en zorg- en welzijnsmedewerkers, én in termen van zorggebruik en kosten?
- 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://www.langervitaalthuis.nl/
- https://langeractiefthuis.nl
- https://www.mijzo.nl/langer-actief-thuis
- 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://open.spotify.com/episode/1s0QN0lmw62pQzQtbMNPF8
- https://www.youtube.com/watch?v=pTPshnx98cg&t=2s
- https://www.zorgvisie.nl/reablement-wetenschappelijk-onderbouwd-zelf-programma-werpt-vruchten-af/

Literatuur

- Andersson Elffers Felix. Reablement: een goede dag op eigen kracht. Utrecht; 2022.
- TvZ-dossier Reablement. (2025, September 2). Tijdschrift voor Verpleegkundigen. https://www.tvznext.nl/
- Buma, L. E. (2025). Reablement and the philosophy's goal: Paving the way for reablement in the Netherlands using global insights [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Maastricht University.
- Mouchaers, I. (2024). Managing everyday life: Exploring the essential components of reablement and user experiences [Doctoral dissertation, Maastricht University & KU Leuven]. Maastricht University.
- Rooijackers, T. H. (2022). Supporting older adults to stay active at home: Process, effect and economic evaluation of a reablement training program for homecare staff [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Maastricht University.
- 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.
- 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.
- 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.
- Vluggen, S., de Man-van Ginkel, J., van Breukelen, G., Bleijlevens, M., Zwakhalen, S., Huisman-de Waal, G., & Metzelthin, S. F. (2024). Effectiveness of the SELF-program on nurses' activity encouragement behavior and nursing home residents' ADL self-reliance: A cluster-randomized trial. International Journal of Nursing Studies, 160, 104914.
- Drost, R. M. W. A., van Mastrigt, G. A. P. G., Vluggen, S., Metzelthin, S. F., Bleijlevens, M. H. C., Huisman-de Waal, G., … (2025). A multi-center trial-based economic evaluation of the SELF-program: A function-focused care program for nursing staff providing long-term care for geriatric clients in nursing homes compared to care as usual. PLOS ONE, 20(7), e0320649.
- Kok, S., Schoonhoven, L., Vernooij, L. M., Reitsma, J. B., Verstraten, C., Metzelthin, S. F., Bleijenberg, N., & de Man-van Ginkel, J. M. (2024). The effectiveness of function focused care among patients acutely admitted to hospital: A stepped wedge cluster trial. International Journal of Nursing Studies, 160, 105112.
- Metzelthin, S. F., Thuesen, J., Tuntland, H., Zingmark, M., Jeon, Y. H., Kristensen, H. K., Low, L. F., Poulos, C. J., Pool, J., Rahja, M., Rosendahl, E., de Vugt, M. E., Giebel, C., Graff, M. J., & Clare, L. (2024). Embracing reablement as an essential support approach for dementia care in the 21st century: A position paper. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17, 5583–5591.
- Kok, S., Mathijssen EGE, Schoonhoven, L., Verstraten, C., Metzelthin, S. F., Bleijenberg, N., & de Man-van Ginkel, J. M.; Function focused care in hospital among nurses and patients from geriatric and neurology wards: A mixed method process evaluation; Int J Nurs Stud Adv, 2025 Aug 5:9:100401. doi: 10.1016/j.ijnsa.2025.100401
- TvZ-dossier Continuity of care; Bewegingsgerichte zorg. (02/2024,). Tijdschrift voor Verpleegkundigen. https://www.tvznext.nl

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 kennisuitdagen, 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 ziektetraject.
- 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 kennistekort 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 gezinssamenstelling?
- 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 Husseini, 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.
- Gittell, J. H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. International Journal of Human Resource Management, 11(3), 517-539.
- Muller-Schoof, I. J. M., Snoeren, M., Verbiest, M. E. A., & Luijkx, 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.
- Gittell, 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., & Bleijenberg, 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 professionals[1] 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 1e 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 trialoog 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-een-vragenlijstonderzoek

kennisagenda thema

Eenzaamheid

Trefwoorden

eenzaamheid | beschermende en risicofactoren | professionalisering | interventie

Auteurs*

Eric Schoenmakers (Fontys Hogeschool), Danique Bos (Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg, SKILZ), Crétien van Campen (Sociaal en Cultureel Planbureau), Debby Gerritsen (UKON), Robbert Gobbens (Tranzo), Dick van de Kolk (AWO-Z), Silke Metzelthin (AWO-L).

Contactpersoon

Robbert Gobbens | R.J.J.Gobbens@tilburguniversity.edu

* Twee auteurs (CvC, ES) zijn lid van de wetenschappelijke adviescommissie (WAC) van het actieprogramma één-tegen-eenzaamheid van het Ministerie van VWS. Eén auteur (DB) is betrokken bij de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn over eenzaamheid in de langdurige zorg van SKILZ. De inhoud van dit hoofdstuk is afgestemd met de WAC en de richtlijn.

Wat behelst dit thema?

Eenzaamheid wordt gedefinieerd als “het subjectieve ervaren van een onplezierig tot ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties”. Dit onderscheidt eenzaamheid van ‘sociaal isolement’, wat de afwezigheid van sociale relaties beschrijft, en van ‘alleen zijn’, wat ook als plezierig kan worden ervaren.

Er bestaan verschillende vormen van eenzaamheid. Sociale eenzaamheid betreft het gemis aan betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen. Emotionele eenzaamheid betreft het gemis aan intieme, emotioneel hechte relaties. Existentiële eenzaamheid betreft het gevoel niet verbonden te zijn met anderen en de wereld, alsmede het gevoel verlaten of vervreemd te zijn.

Eenzaamheid komt zowel voor onder ouderen die in een collectieve woonvoorziening wonen als ouderen die nog (met of zonder zorg) thuis wonen. Er zijn tal van oorzaken van eenzaamheid die vaak onomkeerbaar zijn. Dat compliceert de aanpak van eenzaamheid in de langdurige ouderenzorg.

Huidige evidence

- Anno 2022 voelde 9% van de vijfenzeventigplussers in Nederland zich ernstig eenzaam en 34% voelde zich matig eenzaam. Bestaande meetinstrumenten maken gebruik van zelfrapportage, terwijl niet alle ouderen in staat zijn om zelf aan te geven hoe het met hen gaat. In 2018 rapporteerden 54% van de verpleeghuisbewoners in Nederland die hiertoe in staat waren dat ze zich eenzaam voelen.
- Eenzaamheid wordt veroorzaakt door een samenstelling van factoren op persoonsniveau (bijvoorbeeld kwetsbaarheid, functieverlies, verlieservaringen en verhuizing naar een collectieve woonvoorziening, levensgebeurtenissen), tussen personen (bijvoorbeeld familiebanden en cohesie in de buurt) en op samenlevingsniveau (bijvoorbeeld stereotypering en sociaaleconomische ongelijkheid).
- Eenzaamheid gaat gepaard met negatieve gevolgen voor welbevinden en mentale en fysieke gezondheid.
- Eenzaamheid vergroot de kans op vroegtijdig overlijden.
- Eenzaamheid brengt aanzienlijke maatschappelijke kosten met zich mee. Dit komt bijvoorbeeld doordat ouderen met eenzaamheidsklachten een groter beroep doen op de zorg, enerzijds door reële mentale en fysieke gezondheidsklachten die het gevolg zijn van eenzaamheid, anderzijds door 'onheuse' klachten welke eerder een vraag om aandacht betreffen.
- Zorgprofessionals en vrijwilligers hebben vaak moeite met het signaleren en bespreekbaar maken van eenzaamheid.
- Interventies om eenzaamheid te verminderen zijn vaak niet onderzocht op effectiviteit. Interventies die wél zijn onderzocht, tonen gemiddeld genomen een positief effect. Er is echter veel heterogeniteit in resultaten: eenzaamheid in de onderzoekspopulatie als geheel neemt af, maar dat geldt zeker niet voor alle deelnemers. Het gaat bijvoorbeeld om therapeutische interventies, groepsinterventies gericht op verbondenheid met anderen of interventies gericht op het versterken van bestaande contacten met familie en vrienden. Het is essentieel dat interventies op maat aansluiten bij de behoeften van individuen of specifieke groepen, of bij de vorm of aard van eenzaamheid.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Hoe is het gesteld met eenzaamheid onder ouderen waarvan eenzaamheid niet gemeten kan worden met bestaande meetinstrumenten? Hiervoor is het belangrijk te onderzoeken hoe eenzaamheid gemeten kan worden onder ouderen die ons zelf niet kunnen vertellen hoe het met hen gaat.
- Wat zijn specifieke beschermende en risicofactoren voor eenzaamheid binnen de context van de langdurige ouderenzorg onder ouderen die in een collectieve woonvoorziening wonen of (met of zonder zorg) thuis wonen? Denk aan zorgafhankelijkheid, eventuele institutionalisering, hechting aan zorgpersoneel, een veranderende relatie met de mantelzorger en het sociale netwerk, continuïteit van zorgpersoneel en personeelsbezetting.
- Welke rol spelen structurele factoren zoals generatie, cultuur en familiesamenstelling in de (toekomstige) ontwikkeling van eenzaamheid onder ouderen?
- Hoe kunnen competenties op het vlak van eenzaamheid (bijvoorbeeld signaleren, bespreekbaar maken, interveniëren) bij betrokken professionals en vrijwilligers worden vergroot? Er zijn bestaande initiatieven, zoals de online training 'Grip op eenzaamheid in het verpleeghuis'. Hoe kunnen deze initiatieven worden geïmplementeerd, versterkt en aangevuld met meer initiatieven?

- Hoe kan kennis over de effectiviteit van eenzaamheidsinterventies in de langdurige ouderenzorg verder worden ontwikkeld, gedeeld en toegepast? Het gaat hier bijvoorbeeld om het versterken van de inhoudelijke onderbouwing, het achterhalen van werkzame elementen, het toetsen van effectiviteit en het vergroten van kennis over implementatie.
- Wat zijn haalbare doelen (bijvoorbeeld het voorkomen van, verminderen van, of omgaan met eenzaamheid), subdoelen (bijvoorbeeld het vergroten van het sociaal netwerk of leren omgaan met zingevingsvraagstukken) en werkzame elementen van eenzaamheidsinterventies in de langdurige ouderenzorg? Het is nodig te leren over 'hoe', 'voor wie' en 'onder welke omstandigheden' eenzaamheidsinterventies bijdragen aan het verminderen van óf omgaan met eenzaamheid in de langdurige ouderenzorg.
- In hoeverre kan in de aanpak van eenzaamheid in de langdurige ouderenzorg worden samengewerkt binnen het zorgdomein en met informele en formele partners daarbuiten, bijvoorbeeld met directe naasten en buren, en met organisaties uit het sociaal, woon-, cultuur- of sportdomein?
- Hoe kan de aanpak van eenzaamheid in de langdurige ouderenzorg duurzaam worden geborgd in (bestaande) sociale, financiële en beleidsstructuren?

Enkele bronnen

- CBS. (2023). Eenzaamheid mensen van 15 jaar of ouder, 2019-2022. https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2023/38/eenzaamheid-mensen-van-15-jaar-of-ouder-2019-t-m-2022
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. Reviews in Clinical Gerontology, 8(1), 73-80. https://doi.org/10.1017/S0959259898008090.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K. & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. BMC Public Health, 20, 129. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218-227. https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8.
- Hoang, P., King J. A., & Moore S. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 5(10), e2236676. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676.
- Holwerda, T. J., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., Schutter, N., Van, R., Dekker, J., Stek, M. L., Beekman, A. T., & Schoevers, R. A. (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. The British Journal of Psychiatry, 209(2), 127-134 https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168005.
- Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R. C., Mansur, R. B., Nasri, F., Lee, Y., Rosenblat, J. D., Wong, E., & McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. Psychiatry Research, 294, 113514. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514.
- Schoenmakers, E. C., & Tromp, R. (2022). Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners met somatische problematiek. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 53(2). https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2022.02.03
- Van Campen, C., Vonk, F. & Van Tilburg, T. G. (2018). Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Website Eén tegen Eenzaamheid: https://www.eentegeneenzaamheid.nl

kennisagenda thema

Welbevinden

Trefwoorden

welbevinden | mechanismen | meten | observeren | ondersteunen | persoonsgerichte zorg | conceptualisatie

Auteurs

Debby Gerritsen (UKON), Noortje Kloos (UKON), Monique Caljouw (UNC-ZH), Sarah Janus (UNO-UMCG), Bram de Boer (AWO-L), Wytske Meekes (Tranzo)

Contactpersoon

Debby Gerritsen | Debby.Gerritsen@radboudumc.nl

Wat behelst dit thema?

Welbevinden is een positief concept en gaat over wat het leven de moeite waard maakt, ook in de aanwezigheid van problemen. Het kan dan gaan over wat het leven aangenaam maakt (hedonia) en over wat het leven betekenis geeft (eudaimonia). De domeinen of aspecten waar welbevinden uit bestaat wisselen per theorie of stroming; zo kan het emotionele, sociale, psychologische, existentiële en/of fysieke aspecten behelzen. Theorieën van welbevinden zijn soms universeel, en soms gericht op een specifieke groep.

Ouderen met een complexe, langdurige zorgvraag hebben hulp van anderen nodig om hun welbevinden in stand te houden. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met degeneratieve aandoeningen zoals dementie. Het is echter niet eenvoudig om daadwerkelijk bij te dragen aan het welbevinden van iemand met een complexe, langdurige zorgvraag. Het ondersteunen van het welbevinden van ouderen vraagt veel van zorgverleners, naasten en vrijwilligers. Zij moeten handelen naar individuele behoeften en voorkeuren die situatie-specifiek zijn en ook in de tijd kunnen veranderen. Bovendien moeten zij balanceren tussen het ondersteunen van zelfmanagement van de zorgvrager en het daadwerkelijk overnemen van handelingen.

Bijdragen aan welbevinden vereist ook het betrouwbaar en valide meten en monitoren ervan. Meten is nodig om te weten hoe het daadwerkelijk gaat met ouderen in de dagelijkse praktijk en om gericht te kunnen werken aan verbetering. Dit geldt zowel op individueel niveau, als op groeps-, locatie- of zorgorganisatieniveau. Daarnaast is het meten van welbevinden essentieel om wetenschappelijk en praktisch te onderzoeken of interventies effect hebben.

Huidige evidence

- Er zijn diverse theorieën van welbevinden ontwikkeld vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines. Daarnaast worden er verschillende positieve concepten gebruikt in de langdurige zorg die zijn gelieerd aan welbevinden, zoals kwaliteit van leven, positieve gezondheid en eigen regie.
- Er is nog weinig bekend over hoe welbevinden succesvol ondersteund kan worden.
- De kennis die we tot nu toe hebben over welbevinden in de langdurige zorg, heeft vooral betrekking op ouderen die dat zelf kunnen verwoorden. Wat zorgverleners en naasten over het welbevinden van ouderen zeggen, wijkt nogal af van wat deze mensen zelf aangeven.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Wat zijn belangrijke elementen of componenten van welbevinden in de langdurige ouderenzorg en welke theoretische benaderingen van welbevinden zijn passend in welke situaties?
- Welke werkingsmechanismen spelen een rol bij het realiseren van welbevinden, wat zijn de effecten van verstoringen van deze mechanismen en het verliezen van hulpbronnen?
- Hoe kan welbevinden eenduidig gemeten worden door zelfrapportage en observaties en passend bij verschillende woonsituaties? Is het mogelijk om welbevinden op zodanige manier te meten dat de metingen gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering?
- Welke welbevinden interventies zijn effectief en toepasbaar in de langdurige zorg?
- Hoe kunnen zorgorganisaties faciliteren dat zorgverleners, naasten en vrijwilligers het welbevinden van ouderen met een complexe, langdurige zorgvraag optimaal ondersteunen? Welke vaardigheden en kennis zijn daarvoor nodig?
- Hoe verhoudt het welbevinden van ouderen zich tot het welbevinden van zorgverleners, naasten en vrijwilligers?
- Hoe verhoudt het construct welbevinden zich tot allerlei andere concepten in de langdurige zorg zoals kwaliteit van leven, positieve gezondheid, sociale gezondheid, veerkracht of resilience, zelfredzaamheid, samenredzaamheid, eigen regie en autonomie, empowerment, en reablement?
- In hoeverre kan en moet het welbevinden van ouderen leidend zijn in de dagelijkse zorgpraktijk en door alle lagen van zorgorganisaties? En hoe moet zich dat verhouden tot andere kernwaarden en zorgdoelstellingen zoals veiligheid, waardigheid en zorgzaamheid?

Enkele bronnen

- Edvardsson, D., Baxter, R., Corneliusson, L., Anderson, R. A., Beeber, A., Boas, P. V., Corazzini, K., Gordon, A. L., Hanratty, B., Jacinto, A., Lepore, M., Leung, A. Y. M., McGilton, K. S., Meyer, J., Schols, J. M. G. A., Schwartz, L., Shepherd, V., Skoldunger, A., Thompson, R., … Zúñiga, F. (2019). Advancing Long-Term Care Science Through Using Common Data Elements: Candidate Measures for Care Outcomes of Personhood, Well-Being, and Quality of Life. Gerontology and Geriatric Medicine, 5, 233372141984267. https://doi.org/10.1177/2333721419842672
- Gerritsen, Debby L. "Well-being in long-term care: An ode to vulnerability." Aging & Mental Health 27, no. 2 (2023): 230-235.
- Kloos, N., Bielderman, A., & Gerritsen, D. L. (2024). Learning from People with Dementia What Works Well for Well-Being: Interviews and Focus Groups. Gerontologist, 64(9). https://doi.org/10.1093/geront/gnae077
- Kloos, N., Drossaert, C. H. C., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2020). How well do nursing staff assess the wellbeing of nursing home residents? An explorative study of using single-question scales. Ageing and Society, 2020, 1–17. https://doi.org/10.1017/S0144686X20001178
- Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, Á., González-López, J. R., & González-Vaca, J. (2021). Burnout, compassion fatigue and psychological flexibility among geriatric nurses: A multicenter study in Spain. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(14). https://doi.org/10.3390/ijerph18147560
- van Dijk, Y., Janus, S., de Boer, M., Achterberg, W. P., Roelen, C., & Zuidema, S. (2022). Job Demands, Work Functioning and Mental Health in Dutch Nursing Home Staff during the COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Multilevel Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7), 1-12. Artikel 4379. https://doi.org/10.3390/ijerph19074379

academische
werkplaats limburg
ouderenzorg

UNO Amsterdam
universitair netwerk ouderenzorg

UKON Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen

UNC ZH Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland

Tranzo
Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn

Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG

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 †
	dr. Judith Urlings (coördinator)
UNO Amsterdam	prof. dr. Ruth Veenhuizen
UKON	dr. Noortje Kloos
UNC - ZH	dr. Monique Caljouw (voorzitter)
Tranzo	dr. Sascha Bolt
UNO - UMCG:	dr. Dika Luijendijk

Inhoudelijke begeleiding heeft plaatsgevonden door de SANO-voorzitter en de voorzitters van de zes werkplaatsen:

prof. dr. Jan Hamers	voorzitter SANO
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. Anouk van der Horst-Schrivers	UNO – UMCG

contact
ouderenzorg@maastrichtuniversity.nl

† bijzondere dank gaat uit naar wijlen dr. Erik van Rossum – voorzitter van de werkgroep Kennisagenda in de periode 2022-2026 – voor zijn bijdrage en leiderschap in het tot stand komen van deze kennisagenda.



SANO samenwerkende academische netwerken ouderenzorg

BURO BONNÉ | 1589

De zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

academische werkplaats limburg ouderenzorg

UNO Amsterdam universitair netwerk ouderenzorg

UKON Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen

UNC ZH Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland

Tranzo Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn

Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG