



Editie juni 2022

Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg



Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Kennisthema's	
Advance care planning	8
Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg	12
Geriatrische revalidatie	16
Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg	20
Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen	24
Ethische dilemma's	28
Participatie van ouderen in onderzoek	32
Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen	36
Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg	40
Infecties en antibioticaresistentie	46
Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie	50
Eigen regie	54
Colofon	59

Inleiding

Waarom deze agenda?

De langdurige ouderenzorg staat in alle zorgvelden volop onder druk. Dit vereist vernieuwing op vele fronten, zoals onder andere gesignaleerd in de Dialoognota Ouder worden 2020 - 2040*. De centrale vraag is hoe we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de langdurige ouderenzorg kunnen borgen? Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het opleiden en binden van zorgprofessionals, en het ontwikkelen en borgen van geheel andere werkwijzen en diensten. Om richting aan die vernieuwing te geven is inzicht in huidige 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 wijkverpleging (V&VN) dan wel vanuit specifieke patiëntenverenigingen als Alzheimer Nederland.

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

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

* Ministerie van VWS: Dialoognota Ouder Worden 2020-2040. Den Haag, 2021.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/28/dialoognota-ouder-woorden-2020-2040>

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

Hoe zijn we te werk gegaan?

Een werkgroep van vertegenwoordigers van de zes Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, verenigd binnen SANO, is eind 2019 van start gegaan. ZonMw ter ondersteuning en Vilans als kennispartner hebben 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 Langdurige Ouderenzorg een synthese van bestaande agenda's betreft zijn als eerste stap elf relevante (deel)agenda's geïdentificeerd en bestudeerd.**

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

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

Ieder kennisthema is door experts uit de zes academische netwerken uitgewerkt; beknopt in enkele pagina's op hoofdlijnen, toegankelijk voor een brede doelgroep, en steeds aan de hand van de volgende drie vragen: waar gaat het thema over (omschrijving en afbakening), wat is de huidige wetenschappelijke stand van zaken rond dit thema ('evidence'), en wat zijn in het verlengde daarvan de belangrijkste kennisuitdagingen voor de komende jaren?

Een aanvullende, inhoudelijke toets op iedere uitwerking heeft plaatsgevonden door de zes hoogleraren die ieder een academische werkplaats aansturen. Op deze wijze is ieder thema grondig en vanuit verschillende disciplines bekeken. Dat de expertleden van de schrijfgroepen alsook de voorzitters van de netwerken actief zijn in diverse beroepsorganisaties (o.a. Verenso, V&VN en verenigingen voor 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.

*** (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).

Tot slot

Deze kennisagenda beoogt een dynamisch (kennis) kompas voor de langdurige ouderenzorg te zijn. Als vertrekpunt starten we met een eerste, compacte set van twaalf kennisthema's. In de komende tijd worden deze regelmatig geactualiseerd en er worden thema's toegevoegd die al geïdentificeerd zijn in de bestaande agenda's. Op dit moment wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het thema ondersteunende zorgtechnologie.

Op basis hiervan zal SANO de actualiteit van de agenda steeds monitoren; nieuwe kennis en inzichten worden toegevoegd aan beschikbare uitwerkingen van thema's, terwijl er ook steeds ruimte is om actuele nieuwe thema's aan de agenda toe te voegen.

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

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

kennisthema's

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

- Advance care planning
- Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg
- Geriatrische revalidatie
- Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg
- Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen
- Ethische dilemma's
- Participatie van ouderen in onderzoek
- Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen
- Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg
- Infecties en antibioticaresistentie
- Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie
- Eigen regie

Advance care planning

Trefwoorden

proactieve zorgplanning

familiengesprekken

zorgdoelen

behandelwensen

zorgplan

Auteurs

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

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

Contactpersoon

Jenny T van der Steen | jtvandersteen@lumc.nl

Wat behelst dit thema?

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

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

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

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

Rol leefomgeving in kwaliteit van leven en zorg

Trefwoorden

wonen innovatieve woonzorgconcepten
zorgomgeving technologie

Auteurs

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

Contactpersoon

Hilde Verbeek | h.verbeek@maastrichtuniversity.nl

Wat behelst dit thema?

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

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

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

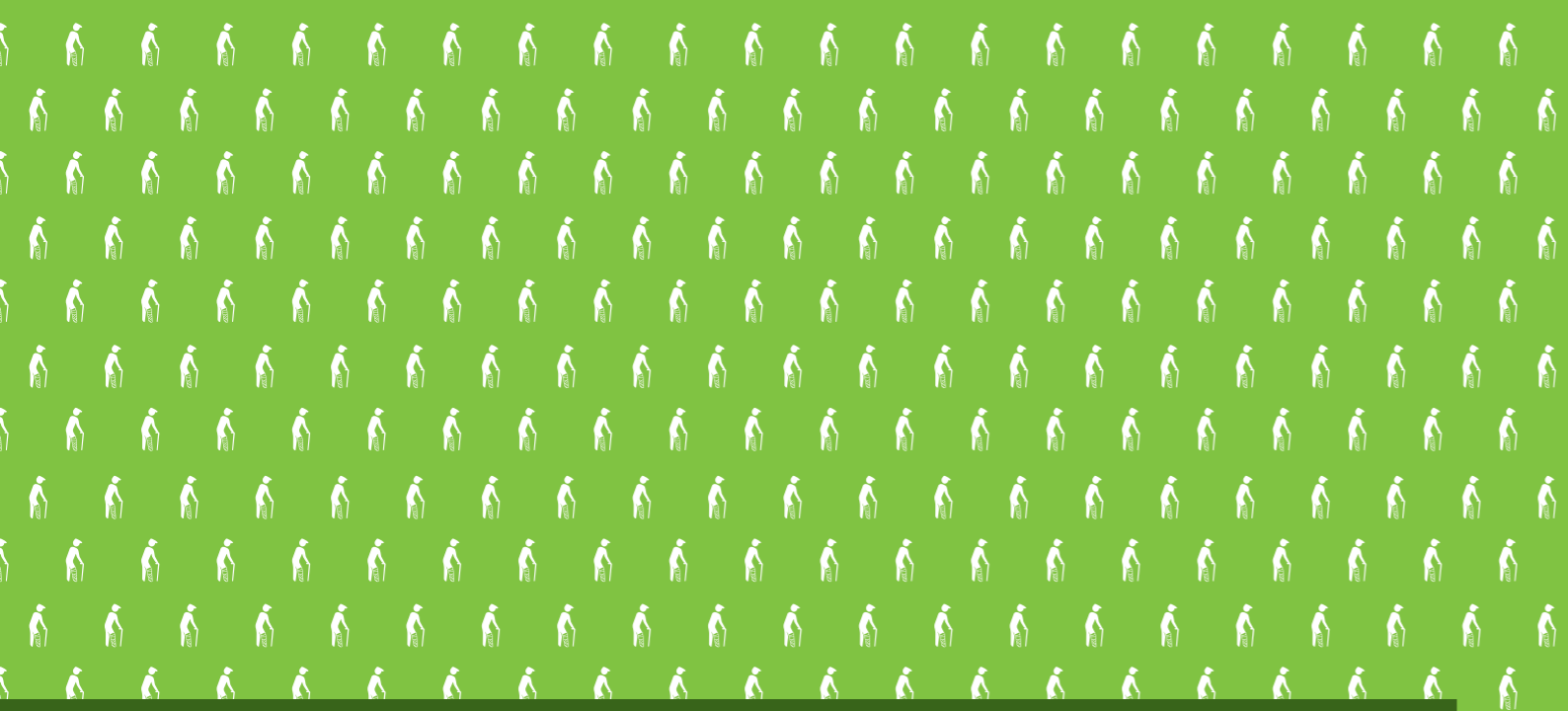
- Adams J, Verbeek H, Zwakhalen SMG (2017). The Impact of Organizational Innovations in Nursing Homes on Staff Perceptions: A Secondary Data Analysis. *J Nurs Scholarsh.* 49(1):54-62.
- de Boer B; Bozdemir B; Jansen J; Hermans M; Hamers JPH; Verbeek H. 2021. "The Homestead: Developing a Conceptual Framework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

Websites:

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

kennisagenda thema

Geriatrische revalidatie



Trefwoorden

geriatrische revalidatie

kortdurende herstelgerichte zorg

Auteurs

Jolanda van Haastregt (AWO-L), Lizette Wattel (UNO – Amsterdam),

Meriam Janssen (Tranzo), Wilco Achterberg (UNC – ZH)

Contactpersoon

Jolanda van Haastregt | j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl

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

Wat behelst dit thema?

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

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

Leeromgevingen in de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

werkplekleren

leren en innoveren

praktijkleren

hybride leren

leernetwerk

Auteurs*

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

Contactpersoon

Anke Persoon | anke.persoon@radboudumc.nl

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

Wat behelst dit thema?

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

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

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

Huidige evidence

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

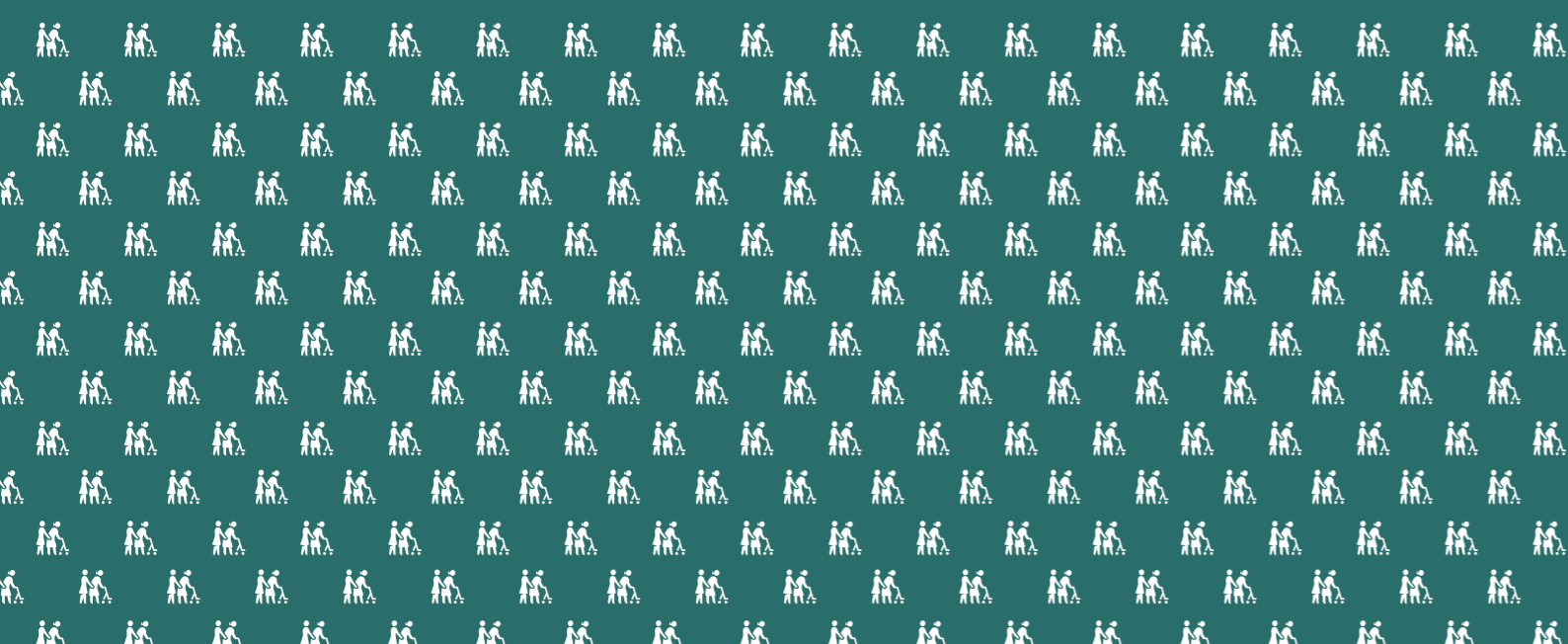
Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

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

Mantelzorg voor hulpbehoevende ouderen



Trefwoorden

mantelzorg

sociaal netwerk

overbelasting

informele zorg

Auteurs

Marjolein Broese van Groenou (UNO - Amsterdam),

Elleke Landeweer (UNO-UMCG), Tineke Roelofs (Tranzo)

Contactpersoon

Tineke Roelofs | tineke.roelofs@schakelring.nl

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 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. Het vaststellen van condities voor optimale samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers en andere professionele zorgverleners thuis en in een verpleeghuis is een belangrijk kennisthema in het realiseren van kwalitatief goede ouderenzorg en het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers.

Huidige evidence

Het geven van mantelzorg

- Een-derde van de volwassenen in Nederland (ongeveer 5 miljoen mensen) verleent mantelzorg. 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 (bijv. bij dementie), 2) de zorgverlening intensiever is, en 3) de consequenties voor andere levensdomeinen (werk, sociaal functioneren) groter zijn.
- Het gebruik van respijtzorg en andere vormen van ondersteuning vermindert de overbelasting niet. Overbelasting verhoogt het risico op eigen gezondheidsproblemen en voortijdig overlijden.

Het ontvangen van mantelzorg

- Bijna 40% van de thuiswonende 75-plussers krijgt mantelzorg, al dan niet in combinatie met publiek of particulier gefinancierde hulp. De beschikbaarheid van partner en/of kinderen vergroot de kans op het krijgen van mantelzorg. Ongeveer 20% van de 65-plussers geeft aan dat zij niemand uit hun netwerk voor informele zorg zouden kunnen aanspreken.

- Bijna 80% van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners ontvangt naast de zorgverlening van het personeel in het tehuis ook hulp van een familielid, veelal kinderen. Familieleden helpen vaak met de administratie, het vervoer en het doen van boodschappen en de was. De hulp van familie is meestal wekelijks.
- De groep 50-74-jarigen biedt relatief vaak mantelzorg en de groep 85-plussers ontvangt relatief vaak mantelzorg. De verhouding tussen deze twee leeftijdsgroepen is een indicator (Oldest Old Support Ratio) voor het aantal potentiële mantelzorgers. Nu zijn er ongeveer 15 personen van 50-74 jaar per 85-plusser, in 2030 is dit gedaald tot 10 personen.

Waarde van mantelzorg

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Zorg voor mantelzorgers; het individuele perspectief:

- Wat is de bereidheid van individuen om mantelzorg te verlenen en welke zorg wordt daadwerkelijk over de tijd geboden? Zijn er verschillen in de druk op mantelzorg te onderscheiden naar bijvoorbeeld sekse, leeftijd, 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 en zorgprofessionals? Welke praktische interventies (wonen, technologie) zijn daarvoor nodig en/of ondersteunend en voor welke groepen?
- Wat is de effectiviteit van verschillende vormen van ondersteuning van mantelzorgers (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?

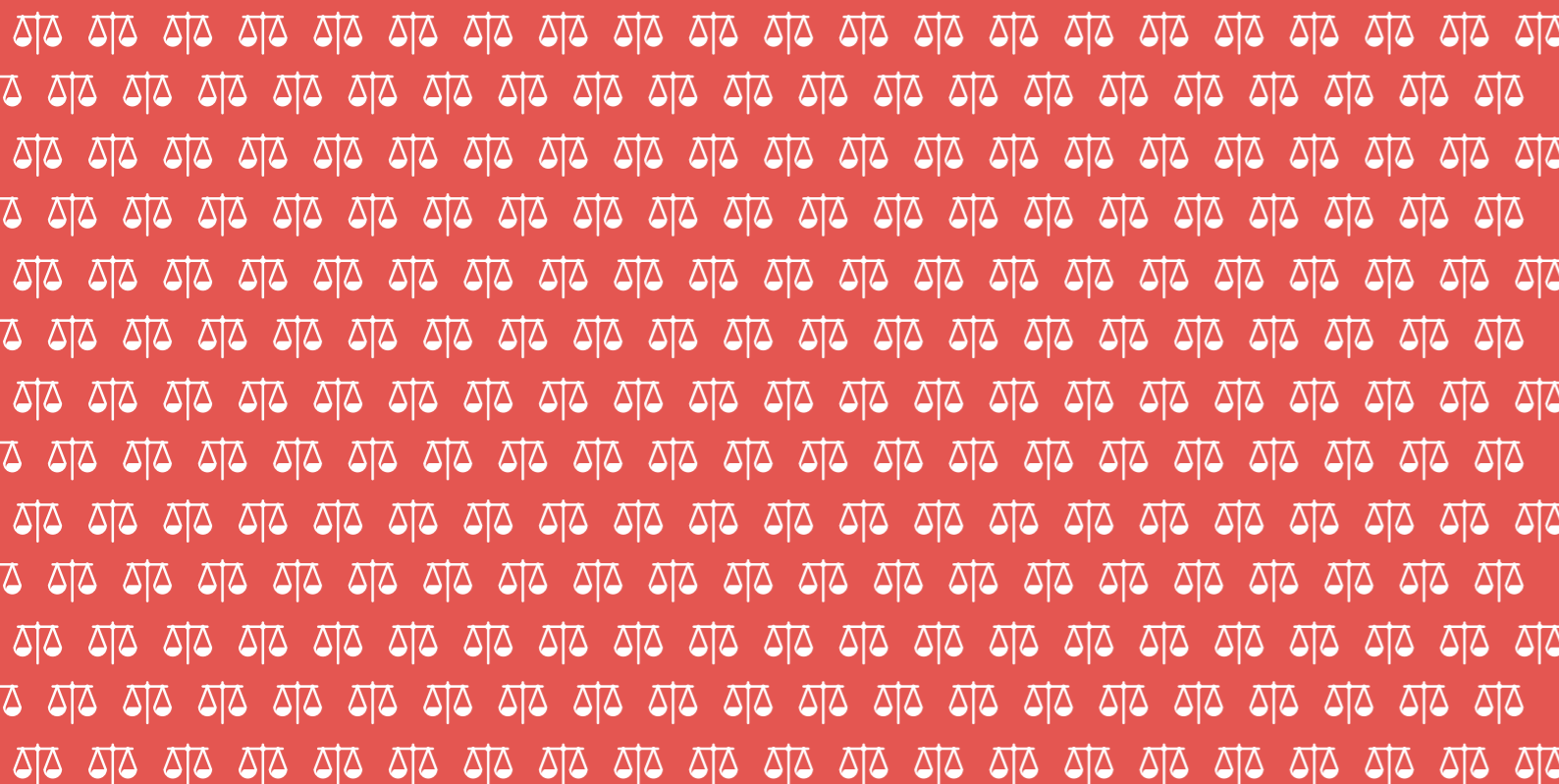
Politiek/maatschappelijke impact:

- Hoe verhoudt langdurige professionele zorg, zowel thuiszorg, als verpleeghuiszorg, zich tot mantelzorg in de komende jaren? 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.
- Hoe verhoudt mantelzorg zich tot nieuwe vormen van particulier betaalde hulp?
- Hoe kunnen technologische innovaties bijdragen aan het vervangen of ondersteunen van mantelzorgers en/of het ondersteunen van hulpbehoevenden, dan wel in de samenwerking tussen mantelzorgers en professionals?
- Wat is de kwaliteit van zorg voor ouderen die geen beroep (kunnen of willen) doen op mantelzorg, zowel thuis als in het verpleeghuis? Wat is de kwaliteit van hulp voor ouderen die uitsluitend een beroep doen op mantelzorg?
- Wat zijn de korte- en lange-termijn consequenties van de COVID-19 crisis (en de maatregelen die daarmee gepaard gingen) voor het geven en ontvangen van mantelzorg?

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. Beleidssignaleмент Mantelzorg. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/08/mantelzorgers-in-het-vizier>
- Ecorys (2021). De maatschappelijke waarde van mantelzorg. https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/sites/3/2021/03/NL5300-35818-Maatschappelijke-Waarde-Mantelzorg_def.pdf
- Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, 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.
- Lindemann, H. (2007) Care in families. In Principles of Health Care Ethics, edited by Dawson Angus et al. Hoboken: NY: John Wiley.
- 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>
- Tronto (2013), J.C. Caring Democracy. Markets, Equality and Justice. New York: New York University Press.
- Verbeek-Oudijk, D en Koper, I. (2021). Het leven in een verpleeghuis. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/02/19/het-leven-in-een-verpleeghuis>

Ethische dilemma's



Trefwoorden

ethische dilemma's

botsende waarden en normen

Auteurs

Elleke Landeweer (UNO-UMCG), Eefje Sizoo (UNO-Amsterdam),
MARIKE DE BOER (UNO-Amsterdam), Daisy Janssen (AWO-L)

Contactpersoon

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

Wat behelst dit thema?

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

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

Huidige evidence

- Uit onderzoek komt naar voren dat stil staan bij en met elkaar in gesprek gaan over morele dilemma's bij kan dragen aan goede zorg en tevens morele stress bij betrokkenen kan verminderen, maar harde cijfers ontbreken nog.
- In de afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar hoe gestructureerde ethische gespreksmethoden, zoals moreel beraad en (online) 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?

Morele kennisuitdagingen

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

Enkele bronnen

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

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

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

kennisagenda thema

Participatie van ouderen in onderzoek

Trefwoorden

ouderenparticipatie

cliëntparticipatie in onderzoek

Auteurs

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

Contactpersoon

Aukelien Scheffelaar | A.Scheffelaar@tilburguniversity.edu

Wat behelst dit thema?

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

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

Adviseren

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

Vorbereiding onderzoek

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

Uitvoering onderzoek

betrokken zijn bij dataverzameling, analyseren, evalueren en rapporteren.

Implementatie

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

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

Hanteren van en interventies voor probleemgedrag bij bijzondere doelgroepen

Trefwoorden

Multiple Sclerose

Korsakov

niet-aangeboren hersenletsel

Huntington

probleemgedrag

Auteurs

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

Contactpersoon

Ruth Veenhuizen | r.veenhuizen@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

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

De prevalentie van probleemgedrag is hoog (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 neuropsychiatrie met somatiek heeft geleid tot het ontwikkelen van categorale afdelingen binnen zorginstellingen.

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Gedrag

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

Interventies

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

Enkele bronnen

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

Implementatie van verbeteringen in de klinische praktijk van de langdurige ouderenzorg

Trefwoorden

planmatige aanpak

beïnvloedende factoren

disseminatie

implementatieonderzoek

valorisatie

Auteurs

Sander Ranke (UKON) & Ivonne Lesman (UNO-UMCG) i.s.m. implementatieadviseurs SANO:

Henriette van der Kloet (UNO-UMCG), Josien Wijfels (UNO-Amsterdam), Claudia van Erven (Tranzo),

Arno Doornebosch (UNC-ZH) en Judith Urlings (AWO-L)

Contactpersoon

Sander Ranke | Sander.Ranke@radboudumc.nl

Wat behelst dit thema?

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

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

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

Huidige evidence

- Multicomponent en multidisciplinaire interventies

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

- Inzichten uit procesevaluaties

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

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

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

- Implementatiestrategieën

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

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

- Betrokkenheid toekomstige zorgprofessionals bij implementatie

Valorisatie van onderzoeksresultaten lijkt het meest succesvol te zijn als resultaten in co-creatie met zorgprofessionals en onderwijs worden omgezet naar praktische tools. Er lijken aanwijzingen te zijn dat betrokkenheid van onderwijs (mbo-hbo-wo) de implementatie van innovaties kunnen stimuleren, doordat zij al in een vroeg stadium kennisnemen van nieuwe ontwikkelingen voor hun toekomstige werkveld en dit direct kunnen toepassen en uitdragen zodra zij in dit werkveld gaan werken. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van samenwerking tussen onderwijs en wetenschap als het gaat om implementatie van innovaties in de langdurige zorg.

- Effectevaluaties van implementatie (betreft gezondheidsuitkomsten en economische effecten)

- Het is onduidelijk welke effecten succesvolle interventies hebben op de gezondheid van kwetsbare ouderen.
- Of een implementatie van een innovatie financieel haalbaar is, wordt vaak niet meegenomen in een procesevaluatie en is daarmee onduidelijk. Budget impact analyses kunnen hierin verandering brengen.

- Kosten-baten analyses op implementatie van verschillende interventies met hetzelfde beoogde effect op de gezondheid van kwetsbare ouderen, zijn schaars.

- Er zijn aanwijzingen dat het bezig zijn met het verbeteren van kwaliteit van zorg leidt tot een verhoging van de werktevredenheid van zorgmedewerkers. Hier is echter nog weinig onderzoek aan gewijd.

- De implementatie in de langdurige (ouderen)zorg:

Hoewel ondoelmatigheid prikkels ook in de langdurige zorg steeds meer aandacht krijgen wordt hier momenteel nog maar weinig aandacht aan besteed in onderzoek.

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van verschillende implementatiestrategieën om multidisciplinaire en multicomponent interventies succesvol te implementeren? Hoe kunnen zorgprofessionals beter toegerust worden om de implementatie van deze interventies te realiseren? En hieraan gelieerd: Wat is de ondersteuningsbehoefte van zorgorganisaties en zorgprofessionals bij de analyse van de context? Wat hebben zij nodig bij het maken van de keuze voor geschikte implementatiestrategieën die aansluiten bij de lokale situatie en innovatie?

- Welke factoren bevorderen het opschalen van bewezen interventies naar andere onderdelen binnen de organisatie of naar andere organisaties? En welke factoren zijn van invloed om succesvol te implementeren zonder dat organisaties direct gefaciliteerd worden?

- Wat zijn adequate theoretische modellen om 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 samenwerken voor effectieve valorisatie van kennis uit wetenschappelijk onderzoek?

- Hoe kan de implementatie binnen de langdurige ouderenzorg plaatsvinden (d.w.z. planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft, of zorg vervangen door een vergelijkbaar maar goedkoper alternatief)?

Enkele bronnen

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

Infecties en antibiotica- resistentie

Trefwoorden

urine­weginfecties

luchtweginfecties

antibioticaresistentie

verantwoord antibioticagebruik

infectiepreventie

Auteurs

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

Contactpersoon

Laura van Buul | L.vanbuul@amsterdamumc.nl

Wat behelst dit thema?

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

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

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

Huidige evidence

Urineweginfecties

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

Luchtweginfecties

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

COVID-19

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

Algemeen

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

Urineweginfecties en luchtweginfecties

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

COVID-19 en infectiepreventie

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

Enkele bronnen

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

Betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie

Trefwoorden

betekenisvolle activiteiten

dementie

persoonsgerichte zorg

relatiegerichte zorgzorg

Auteurs

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

Contactpersoon

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

Wat behelst dit thema?

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

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

- Onderzoeksagenda van Alzheimer Nederlands; <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoeksagenda> (2020)
- Rausch A, Caljouw MAA, van der Ploeg ES. Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions. *International Psychogeriatrics*, 2017;Apr;29(4):583-593.
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg> (2017)
- Kenniskring Dementie (2015). Geraadpleegd op 1 juni 2020: <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-1757/plezierige-activiteiten-in-het-verpleeghuis-organiseren>
- Tierney L, Beattie E. Enjoyable, engaging and individualised: A concept analysis of meaningful activity for older adults with dementia. *Int J Older People Nurs*. 2020;00:e12306.
- Travers C, Brooks D, Hines S, et al. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIG 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>

Eigen regie

Trefwoorden

eigen regie

autonomie

samen beslissen

zelfredzaamheid

Auteurs

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

Contactpersoon

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

Wat behelst dit thema?

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

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

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

Huidige evidence

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

Kennisuitdagingen voor de komende jaren

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

Enkele bronnen

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



Colofon

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

AWO-L	dr. Erik van Rossum (voorzitter) prof. dr. Ruud Kempen (voorzitter)
UNO Amsterdam	dr. Ruth Veenhuizen
UKON	dr. Jan Lavrijsen
UNC - ZH	dr. Monique Caljouw
Tranzo	dr. Meriam Janssen dr. Sascha Bolt
UNO - UMCG	drs. Rogier Hulsebosch

Daarnaast maakten ZonMw (drs. Desirée te Marvelde) en Vilans (dr. Hanneke Noordam en dr. Yael Reijmer) deel uit van de werkgroep.

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

prof. dr. Jan Hamers | AWO-L
prof. dr. Cees Hertogh | UNO Amsterdam
prof. dr. Raymond Koopmans | UKON
prof. dr. Wilco Achterberg | UNC – ZH
prof. dr. Katrien Luijkx | Tranzo
prof. dr. Sytse Zuidema | UNO – UMCG
en alle andere hoogleraren verbonden aan SANO

contact

ouderenzorg@maastrichtuniversity.nl



De zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg

