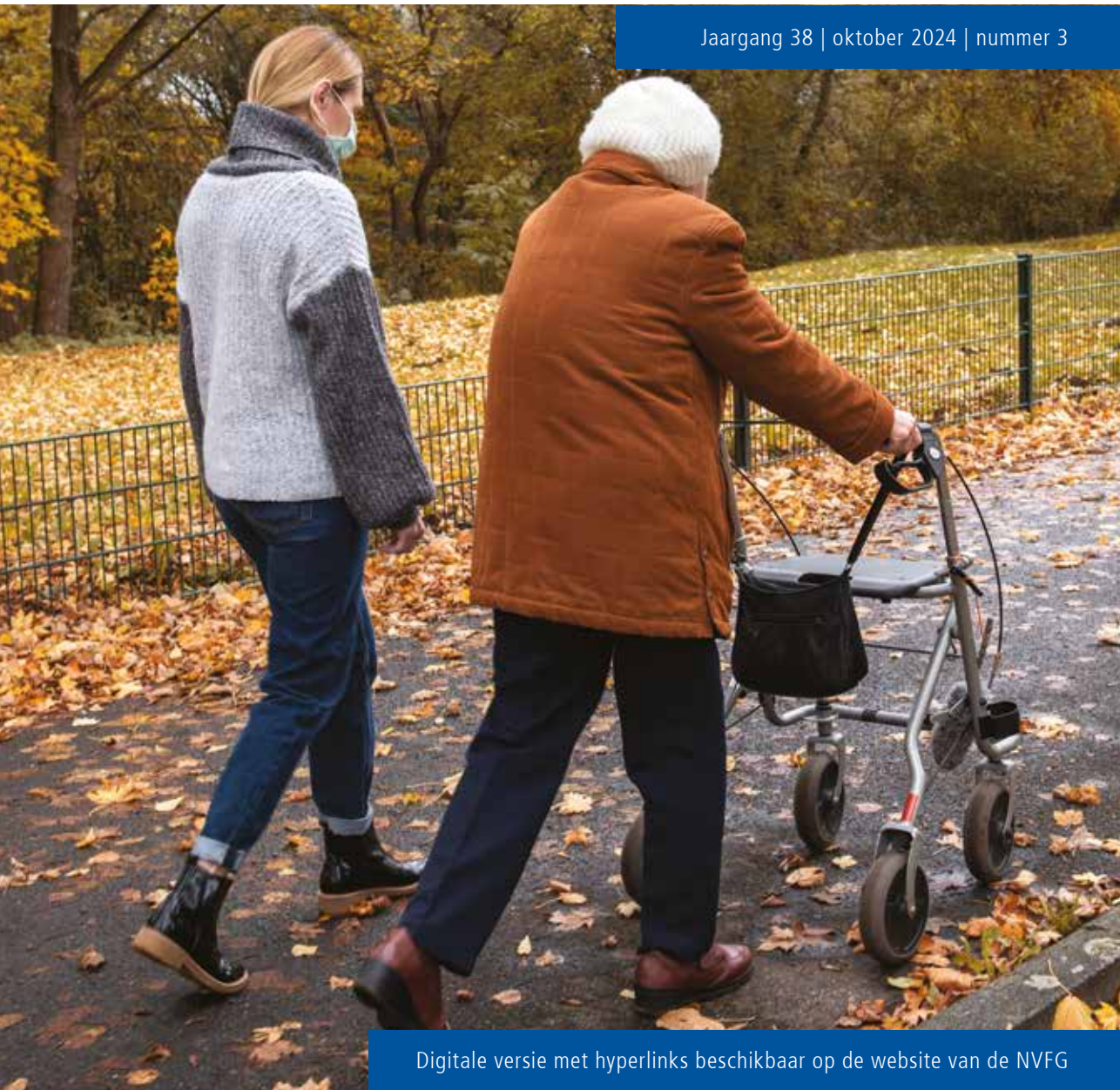


Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie

Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Jaargang 38 | oktober 2024 | nummer 3



Digitale versie met hyperlinks beschikbaar op de website van de NVFG

- Com-In-Actie bij beperkte gezondheidsvaardigheden
- M-health binnen de Geriatrie Revalidatie Zorg
- Fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met dementie



Hello, I'm LUNA.

Ik kom uit Zwitserland en ben nu ook in Nederland.
Je kunt me een fitness- en therapiehulpmiddel noemen.
Daarom vind je me meestal in fysio's en sportscholen.

Nu heb je geen idee waar het over gaat.
Daarom moet je mij ervaren.
We komen naar je toe met onze roadshow-truck.
En je kunt mij voor jouw deur uitproberen!

Wanneer wil jij testen?



SENSOPRO
YOUR STORY. YOUR TRAINING.

Voorwoord



Mijn dochter was een jaar of twee toen ik met haar bij de huisarts zat. Haar romp zat onder de vuurrode pukkeltjes. De dokter haalde er een boek bij. Zocht een foto op van wat hij dacht dat deze uitslag was. 'Niets ernstigs, gaat vanzelf weer over. Dat heb ik zelf ook een keer gehad toen ik in militaire dienst zat', zei hij. En in de begrijpelijke taal van de patiënten in Rotterdam-Zuid voegde hij eraan toe: 'ik ben me de pleuris geschrokken'.

Dat deed hij vaker. De strekking was altijd: dat heb ik ook een keer gehad. Dan volgde zijn verhaal en hoe hij van de kwaal was afgekomen. Ik verdacht hem ervan dat het een trucje was om makkelijker met patiënten te kunnen communiceren. Het hielp wel in ieder geval. Hij was altijd goed te volgen. Er bleven nooit vragen onbeantwoord.

Vaak genoeg heb ik met mijn vader of moeder tegenover een dokter in een ziekenhuis gezeten. Luisterend naar een verhaal met veel jargon en niet altijd goed te volgen. Als ik al niet helemaal snap wat de dokter bedoelt, dan moet het voor patiënten die geen medische achtergrond hebben, helemaal moeilijk zijn. Bijna zestig procent van de ouderen heeft moeite om de informatie over de gezondheid goed genoeg

te begrijpen om beslissingen over behandelingen te kunnen nemen.

Maar eerlijk is eerlijk, vanuit mijn eigen perspectief als fysiotherapeut vind ik het ook soms lastig om iets goed uit te leggen aan de patiënt. Het is net zo lastig als ik op mijn beurt de patiënt niet goed begrijp omdat die moeite heeft de klachten goed onder woorden te brengen. Dan ligt miscommunicatie op de loer.

Nicole Bruin legt in deze editie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie* uit hoe we als fysiotherapeut deze miscommunicatie kunnen herkennen en hoe we het gesprek daarop kunnen aanpassen. Zij beschrijft hoe zij met medeonderzoekers, fysiotherapeuten en patiënten in het project Com-In-Actie een bruikbare set communicatiemiddelen ontwikkelde speciaal voor de fysiotherapeutische setting. Naar tevredenheid van therapeuten en patiënten.

Doe er je voordeel mee.

Namens de redactie, veel leesplezier.

Shanty Sterke
Hoofdredacteur

Colofon

Het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie verschijnt vier keer per jaar in Nederland en België en is gericht op fysiotherapeuten werkzaam in de geriatrie. Het wordt uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).
Secretariaat NVFG:
E-mail: secretaris@nvfgnet.nl
website NVFG: www.NVFGnet.nl

38e jaargang, nummer 3, oktober 2024,
oplage 775 exemplaren

Abonnementen: gratis voor leden van de NVFG, € 65,00 per jaar voor niet-leden.
Aanmelden bij ledenadministratie KNGF, postbus 248, 3800 AE, Amersfoort. E-mail: ledenadministratie@KNGF.nl

Hoofredactie: Shanty Sterke

Redactie: Saskia Drijver, Jeannette Gaarhuis, Ank Mollema, Marjolein Streur, Linda van Osch, Mercia Ketelaar Spek

Met medewerking van: John Branten

Redactieadres: Shanty Sterke
E-mail: redactie@nvfgnet.nl
Kopij kunt u te allen tijde indienen bij de hoofredactie.

Advertenties: Cross
Sjaak Bruins | E-mail: sjaak@cross.nl
Telefoon: 010-760 73 26 | www.cross.nl

De NVFG stelt zich niet verantwoordelijk voor tekst en inhoud van artikelen en commerciële advertenties.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de redactie.

ISSN: 1380 - 8125

Inhoudsopgave:	Blz.
■ M-health binnen de Geriatrie Revalidatie Zorg. Interview met Loes Oostrik	6
■ Geriatriefysiotherapeuten Com-In-Actie bij beperkte gezondheidsvaardigheden	11
■ De structuur en het proces van fysiotherapie aan verpleeghuisbewoners met dementie	19
■ Valangst: vriend of vijand?	32
■ Versoepelde toelating geriatriefysiotherapeuten voor de specialisatie Osteoporose, vallen en breken	43
■ De mening van John Branten	45
■ Recensies	46

ONZE EIWITRIJKE INNOVATIES!

Met omega-3
vetzuren voor
ontstekings-
remmend
effect¹²



FORTICARE ADVANCED

- ✓ 18 g eiwit & 306 kcal
- ✓ 10 µg vitamine D
- ✓ klein volume 125 ml
- ✓ 1,1 g EPA & 0,7 g DHA



Lees hier meer over
Forticare Advanced of
vraag een sample aan

Met ActiSyn™
ter stimulatie
van spiereiwit-
synthese³⁻⁶



FORTIFIT POWDER

- ✓ 20,7 g eiwit, 150 kcal & 1,3 g vezels
- ✓ 20 µg vitamine D en 501 mg calcium*
- ✓ 40 g poeder met 125 ml water (totaal 150 ml)
- ✓ Met ActiSyn™: 100% wei-eiwit, extra leucine en vitamine D



Lees hier meer over
FortiFit Powder of
vraag een sample aan



Meer informatie? Neem dan contact op met onze diëtisten van Nutricia Medische Voedingsservice:

0800-022 33 22 (gratis, op werkdagen van 8.30 tot 17.00 uur) www.nutricia.nl Nutricia Nederland • Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer

*vanillesmaak 501 mg calcium en aarde 500 mg • Forticare Advanced en FortiFit Powder zijn voedingsmiddelen voor medisch gebruik. Forticare Advanced is een dieetvoeding voor patiënten met (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding als gevolg van kanker, chronische katabole ziekte of cachexie. FortiFit Powder is een dieetvoeding voor patiënten met ziektegerelateerde ondervoeding met spierverlies (sarcopenie). Te gebruiken onder medisch toezicht. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor (para)medici.

Referenties: 1. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelmy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48. 2. Yu H, Su X, Lei T, Zhang C, Zhang M, Wang Y, Zhu L, Liu J. Effect of Omega-3 Fatty Acids on Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2021;16:2677-2686. 3. Kramer IF, Verdijk LB, Hamer HM, et al. Impact of the macronutrient composition of a nutritional supplement on muscle protein synthesis rates in older men: a randomized, double blind, controlled trial. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100:4124-32. 4. Kramer IF, Verdijk LB, Hamer HM, et al. Both basal and post-prandial muscle protein synthesis rates, following the ingestion of a leucine-enriched whey protein supplement, are not impaired in sarcopenic older males. Clin Nutr. 2017;36:1440-9. 5. Chanut A, Salles J, Guillet C, et al. Vitamin D supplementation restores the blunted muscle protein synthesis response in deficient old rats through an impact on ectopic fat deposition. J Nutr Biochem. 2017;46:30-8. 6. Luiking YC, Deutz NE, Memelink RG, Verlaan S, Wolfe RR. Postprandial muscle protein synthesis is higher after a high whey protein, leucine-enriched supplement than after a dairy-like product in healthy older people: a randomized controlled trial. Nutr J. 2014;13:9.

M-health binnen de Geriatrische Revalidatie Zorg

Interview met Loes Oostrik

Tekst: Ank Mollema



Loes Oostrik is sinds 2022 promovenda bij de onderzoeksgroep EAGER van Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) en het LUMC die de haalbaarheid, bruikbaarheid en effectiviteit van e-health bij kwetsbare ouderen in de geriatrische revalidatie onderzoekt. Zij richt zich met EAGER2Train op mobiele apps: m-health en hoe deze geïntegreerd ingezet kunnen worden in de reguliere zorg als blended care voor ouderen in de herstelfase EAGER-2-TRAIN - UNC-ZH. Haar onderzoeksteam bestaat uit Prof. dr. Wilco Achterberg, Dr. Leonoor van Dam van Isselt en Dr. Jorit Meesters.

Digitaal wanneer het kan

‘Ik werk als fysiotherapeut bij zorgorganisatie Pieter van Foreest en in 2022 kreeg dat het Topcare-predicaat Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). Dat betekent kortweg dat een organisatie investeert in onderzoek naar geriatrische revalidatie, zoals nieuwe behandelmethodes, en ervoor zorgt dat die kennis in de zorgketen goed terecht komt en wordt gedeeld.’ Aan het woord is Loes Oostrik. ‘Vanuit dat predicaat organiseerde Pieter van Foreest een promotieplaats op de GRZ. Ik had toen net mijn master fysiotherapiewetenschappen afgerond en als kers op de taart kreeg ik dus de mogelijkheid om promovenda te worden.

De wetenschapscommissie van Pieter van Foreest was toen actief bezig met de onderzoeksagenda. Een van de onderwerpen daarop is e-health. De verwachting is dat e-health kan ondersteunen bij de verwachte stijging van de zorgvraag en het oplopende personeelstekort binnen de ouderenzorg. Ook komt vanuit de overheid de opdracht om zorg digitaal te doen wanneer het kan, en fysiek wanneer het moet. En omdat er binnen de geriatrische revalidatie nog weinig bekend is over de bruikbaarheid en de effectiviteit van e-health, kwam dit onderwerp op de onderzoeksagenda. Het promotietraject wordt begeleid door het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in samenwerking met Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH).’ Dit is een samenwerkingsverband tussen het LUMC en elf zorginstellingen in Zuid-Holland met als doel het initiëren, faciliteren en uitvoeren van zorginhoudelijk wetenschappelijk onderzoek.

Wat het best werkt

‘Er zijn nu eigenlijk al te weinig behandeluren per revalidant beschikbaar. Behandelaren en revalidanten willen niet alleen kunnen trainen tijdens de fysieke therapie, maar ook op andere momenten. Daarnaast zouden we activiteiten graag op meerdere manieren kunnen aanbieden, buiten de vaste contactmomenten. Aangezien er steeds meer digitaalvaardige ouderen

Loes Oostrik is fysiotherapeut en promovenda bij Pieter van Foreest, een grote zorgorganisatie voor ouderen in de regio Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland.

Na haar opleiding tot verpleegkundige (2006) in Groningen heeft ze direct de verkorte opleiding fysiotherapie (2009) gedaan: een leerzame en leuke tijd waarin

ze samen met studenten uit verschillende werkvelden de wereld van de fysiotherapie ontdekte. Met een aantal jaren werkervaring binnen de ouderenzorg op zak is Loes fysiotherapiewetenschappen gaan studeren. Twee jaar na het behalen van de master kreeg ze in 2022 de mogelijkheid een promotietraject te starten via haar werkgever Pieter van Foreest.

zijn en die er in de toekomst alleen maar bij zullen komen, zou e-health kunnen helpen om die andere trainingsmomenten te organiseren.

Op zich zijn er al veel digitale trainingsapps op de markt. Maar het is de vraag welke vorm of welke app het beste werkt bij revalidanten en behandelaars in de GRZ. En wat gebeurt er al op het gebied van e-health binnen de GRZ? Hoe zit het met de digitale ondersteuning? Bestaat die app nog over een paar jaar? En op welke manier kunnen we de app inzetten? Allemaal vragen waar we over na moeten gaan denken. Een mooi onderwerp voor het promotieonderzoek.'

Start onderzoek

'Ik richt me op een subcategorie van e-health die m-health heet. Het staat voor mobile health. Die term gebruiken onderzoekers voor mobiele toestellen en toepassingen in de zorg met gebruik van internet, zoals smartphones of tablets. Zo is de specifieke onderzoeksvraag ontstaan: wat zijn de effecten van m-health bij kwetsbare ouderen in de herstelfase op gezondheidsuitkomsten?

... een app moet passen in de huidige zorg, bij het werk wat iedereen gewend is om te doen en bij de doelen die een revalidant zichzelf gesteld heeft ...

Het interessante en unieke aan m-health is dat je het kunt inzetten voor het *in real time* meten en delen van gezondheidsgegevens tussen patiënten en zorgverleners. En het biedt de mogelijkheid tot zelfstandig uitvoeren van behandeling.

Vanuit mijn rol als fysiotherapeut leek mij m-health, in de vorm van een trainingsapp, een mooie en leuke

manier om revalidanten zelfstandig te laten werken aan herstel, juist op momenten dat de behandelaar niet aanwezig is.

We zoeken naar een combinatie van digitale zorg en face-to-face behandeling, geïntegreerd in de huidige zorg, zodat de revalidanten optimaal ondersteund kunnen worden. Dit noemen we ook wel *blended care*.'

Het onderzoek

'Voor het onderzoek hebben we een stappenplan gemaakt. In de eerste fase breng ik de huidige situatie van gebruik van m-health in de geriatrische revalidatie in kaart. Daarna bekijken we hoe een behandeling met een app eruit zou moeten zien en hoe we dit kunnen integreren in de huidige zorg. Daarnaast kijken we of de behandeling bruikbaar is en wat de effecten zijn op herstel'.

'Het onderzoek richt zich dus op de effecten van het gebruik van de app ingezet als *blended care* op de gezondheidsuitkomsten bij kwetsbare ouderen die herstellen na een acuut event. Maar voordat je goed effectiviteit kan meten moet de app wel op de juiste manier ingezet en gebruikt kunnen worden. Daarom ben ik gestart met een systematische review van recent onderzoek naar m-health in de geriatrische revalidatie om een goed beeld te krijgen van de huidige situatie. Daarnaast willen we een blended zorgpad ontwikkelen met daarin een m-health-behandelingsmodule. Dit gaan we samen doen met oud-revalidanten, mantelzorgers, zorgmedewerkers, maar ook met mensen van ICT. Deze samenwerking is heel belangrijk. Het middel moet niet alleen digitaal goed werken, maar ook makkelijk in gebruik zijn voor de ouderen. En niet te vergeten ook voor de behandelaars. Die moeten de ouderen immers vaak ondersteunen bij het gebruik van de app. En wanneer behandelaars dit niet kunnen inpassen in hun toch al spaarzame tijd, dan kunnen zij de ouderen ook niet helpen.'

‘Op dit moment maken we al veel gebruik van de Hipper, een activiteitenmeter. Deze meet de hoeveelheid en intensiteit van activiteit. De revalidant draagt deze aan de broekriem waarbij het de versnelling van het bewegen van de heup registreert. De data zijn zichtbaar op een platform waarop de zorgverlener en de revalidant zelf kunnen inloggen met een eigen account. Op onze afdelingen worden deze gegevens met de oudere besproken. De oudere kan zelf toegang krijgen tot de data, maar de ervaring leert dat ze dit bijna niet doen en dat hier nog te veel belemmeringen voor zijn. Dit zie je ook terug in eerder onderzoek: hoe simpeler hoe beter. De vraag is dan, hoe kunnen we dit toegankelijker maken? En hoe kunnen we het intuïtiever inrichten?’

Want het gaat niet altijd perfect. Op dit moment wordt bijvoorbeeld bij ons op de CVA-afdeling met een app voor logopedie gewerkt. De app is heel mooi, maar lijkt te ingewikkeld voor de doelgroep te zijn. Hij wordt slechts heel beperkt gebruikt. Waar dat precies aan ligt is niet altijd duidelijk. Digitale vaardigheden worden vaak genoemd als belemmerende factor en al is dat soms zo, het blijkt ook vaak mee te vallen. En we willen ook niet alleen de goede groep ouderen bedienen met m-health, ook de minder vaardige mensen moeten er gebruik van kunnen maken.

Soms lijken juist de digitale vaardigheden van de behandelaren tekort te schieten, of is hun tijd te beperkt om hierin thuis te raken. Behandelaren ervaren dan vaak extra werkdruk en hebben het gevoel dat ze dat er ook nog bij moeten doen’.

‘Daarbij komt ook nog dat er een wildgroei is aan apps. Dat maakt het voor een instelling moeilijk om een geschikte app te kiezen voor hun afdelingen. Het zelf ontwerpen van een app is een enorme klus en eigenlijk niet nodig als er al zoveel mogelijk is. Het is dus vooral een goede keuze maken welke app past bij het doel waar je hem voor wil inzetten.’ Loes geeft aan dat elders in Nederland in de GRZ de trainingsapp Physitrack wordt gebruikt. ‘Mensen kunnen met die app zelf oefeningen uitvoeren en afvinken. De behandelend fysio- of ergotherapeut kan vanuit een grote database de oefeningen uitkiezen die passen bij de revalidant en in een schema zetten. De revalidant en therapeut kunnen allebei zien welke oefeningen wel en niet zijn gedaan (Aan de slag met Physitrack in 5 stappen - Physitrack Support (NL)).

Ervaringen tot nu toe

Loes geeft aan dat ze onlangs haar eerste review heeft afgerond, deze is nu onder review: *The effects of mHealth in geriatric rehabilitation on health status: a systematic review*.

‘Op het eerste gezicht lijkt m-health te werken in de GRZ. Maar het probleem is dat er tot nu eigenlijk weinig onderzoek gedaan. Want: ondanks een brede zoekstrategie konden we niet veel onderzoeken vinden. En onder de studies die we wel tegenkwamen, waren de effecten op gezondheidsuitkomsten over het algemeen positief, maar de onderzoeken zelf zijn vaak van lage kwaliteit en de uitkomsten zijn heel verschillend qua duur, frequentie van gebruik van m-health, en ook het doel en de werkwijze van de interventie en meting van het effect zijn erg gevarieerd. Dat maakt het dus moeilijk om op basis hiervan een keuze te maken welke app je op je eigen afdeling zou kunnen gebruiken en hoe je dit het beste kan doen’.

... soms lijken juist de digitale vaardigheden van de behandelaren tekort te schieten ...

‘Opvallend was ook dat de onderzoeken nauwelijks beschreven hoe je de app kan integreren in de praktijk. En er wordt ook vaak een app gekozen of ontworpen zonder rekening te houden met de input van de verschillende gebruikers. Uit onderzoek naar technologie in de zorg blijkt dat juist input van de groep gebruikers en het zorgsysteem eromheen heel belangrijk is om zo’n nieuwe manier van behandelen te laten slagen. Het moet passen in de huidige zorg, bij het werk wat iedereen gewend is om te doen en bij de doelen die een revalidant zichzelf gesteld heeft. En daar heb je de input van al die mensen bij nodig. Die kunnen je toch het beste vertellen wat ze nodig hebben, wat ze belangrijk vinden en welke factoren helpen of juist niet helpen bij het gebruik van (in dit geval) een app’.

Brainstormen

‘We zijn nu de workshops aan het voorbereiden, om samen met alle stakeholders in de GRZ, een *blended* zorgpad te ontwikkelen met een behandelmodule met een trainingsapp. Hier gaan we dit najaar mee starten. Ik doe dit samen met Aurélie Oosterlyncx, ook een fysiotherapeut en promovenda, maar dan

van Omring, een zorgorganisatie met het Topcare-predicaat in Noord-Holland. In die workshops gaan we brainstormen met zoveel mogelijk stakeholders zoals oud-revalidanten, mantelzorgers, zorgmedewerkers, behandelaren, artsen, managers en ICT'ers, wat er wel en niet werkt aan een trainingsapp in de GRZ. Wij als onderzoekers maken met deze informatie een voor-

*... behandelaren en revalidanten
willen niet alleen kunnen trainen
tijdens de fysieke therapie, maar ook
buiten de vaste contactmomenten ...*

beeld zorgpad en behandelmodule. Deze bespreken we daarna opnieuw met dezelfde groep stakeholders, waaruit dan een definitieve versie wordt gemaakt. Het zorgpad en de m-health behandelmodule gaan we ergens in het najaar van 2025 testen op bruikbaarheid

op de GRZ van Pieter van Foreest en Omring. Data van dit deelonderzoek wordt opnieuw verwerkt in het zorgpad en de m-health behandelmodule. In de laatste fase wordt met deze versie de effectiviteit op gezondheidsuitkomsten onderzocht.'

Minder druk, meer trainen

'We hopen dat de uitkomsten van het onderzoek EAGER2Train meer inzicht gaan geven in het effectief inzetten van m-health binnen de geriatrische revalidatie, niet alleen binnen onze eigen organisatie, maar ook in het algemeen. Met als belangrijkste doel dat ouderen met minder druk op de zorgverleners op een leuke manier meer kunnen trainen en sneller kunnen herstellen om naar hun eigen leven terug te kunnen keren'.

Meer weten?

Scan de QR-code





zo thuis als
maar kan | **de waalboog**

Scholing Looprevalidatie & Valpreventie bij kwetsbare ouderen

Herken je dit: een cliënt die niet kan gaan staan en weer terugvalt in de stoel, zeer moeizaam loopt en te zwak en/of cognitief te beperkt is om functioneel te oefenen?

Effectief trainen is toch mogelijk **MET** resultaat!! Maar hoe? Tijdens deze scholingsdag wordt uitgebreid ingegaan op de achtergronden en de praktijk van het revalideren van het gaan staan, lopen en gaan zitten bij de meest kwetsbare ouderen en verpleeghuisbewoners middels het *Waalboog Looprevalidatie en Valpreventiemodel* waarbij je ook leert hoe je valpreventietraining inzet, die toegesneden is op de meest kwetsbare ouderen.

- Duur: eendaagse scholing o.l.v. John Branten
- Locatie: incompany
- Kosten: € 275,- inclusief lunch
- Accreditatie: 6 punten in de registers Algemeen Fysiotherapeut en Geriatrie Fysiotherapeut

Aanmelden: Meld je aan door een bericht te sturen naar looprevalidatie@waalboog.nl.

Info: www.waalboog.nl/looprevalidatie

SMART FLOOR Innovatieve Bewegingsanalyse

Valrisico inschatting met de mobiele Smart Floor

- Snelle, efficiënte en valide valrisico inschatting
- Veel gebruikt in de Ketenaanpak Valpreventie
- Makkelijk te interpreteren uitslag trekt de doelgroep aan en opent het gesprek
- Makkelijk op te rollen en te verplaatsen tussen locaties
- Laagdrempelig en door iedereen uit te voeren
- Door periodiek meten veranderingen over de tijd waarnemen



heelable_133

● Laag valrisico

Loopsnelheid (m/s)	Schredelengte (cm)	Schrefrequentie (/s)
-----------------------	-----------------------	-------------------------

1.10	139.50	0.81
------	--------	------



info@smartfloor.com



www.smartfloor.com



085-060 8334



Geriatricfysiotherapeuten Com-In-Actie bij beperkte gezondheidsvaardigheden

Nicole Bruin, Hans Hobbelen en Sandra Jorna-Lakke



Bijna zestig procent van de ouderen heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Fysiotherapeuten hadden de vraag: Welke communicatiestrategieën en tools kunnen (verder) worden ontwikkeld, geëvalueerd en geïmplementeerd in de fysiotherapeutische behandeling voor patiënten met chronische aandoeningen en beperkte gezondheidsvaardigheden, waaronder ouderen?

Om antwoord te geven op deze vraag werden drie methoden gebruikt: een scoping review, design-based research en een feasibility studie. Hieruit kwam een overzicht van bestaande communicatiemiddelen. Hiermee zijn een toolbox met communicatiemiddelen en een training ontwikkeld met een goede bruikbaarheid en acceptatie.

Auteursgegevens: Nicole Bruin, MSc., PhD student Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanze, Groningen, ZuidOostZorg, Drachten en Patyna, Sneek. Geriatriefysiotherapeut Patyna, Sneek. Sandra Jorna-Lakke, PhD., senior onderzoeker Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanze, Groningen. Hans Hobbelen, PhD., lector Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanze, Groningen.

Correspondentie: n.bruin@pl.hanze.nl

Inleiding

In Nederland heeft 35% van de inwoners onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden.¹ Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.² Mensen uit kwetsbare groepen, zoals mensen met een lager opleidingsniveau, ouderen en mensen die hun gezondheid als slechter ervaren, hebben een hogere prevalentie van beperkte gezondheidsvaardigheden.¹

Onder ouderen ligt het percentage van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hoger (59%).¹ In de literatuur worden verschillende oorzaken beschreven voor dit gemiddeld lagere niveau van gezondheidsvaardigheden bij ouderen, zoals problemen in het cognitieve, functionele en/of sensorisch functioneren.^{3,4} Daarnaast voelen ouderen zich eerder beschaamd om hulp of advies te vragen op het moment dat zij informatie wensen. Zij vragen minder om verduidelijking op het moment dat de therapeut informatie geeft, waardoor het niet duidelijk is of het advies van de therapeut echt begrepen wordt.³ Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden kan resulteren in miscommunicatie en daarmee een vermindering van de interactie tussen de oudere en de fysiotherapeut tijdens het diagnostisch proces. Deze miscommunicatie kan invloed hebben op de gezamenlijke besluitvorming en de therapietrouw.^{3,4} Hierdoor wordt de behandelrelatie tussen de oudere en zijn of haar fysiotherapeut beïnvloed. Een goede ervaren behandelrelatie is belangrijk en van invloed op behandelresultaten die typisch zijn voor fysiotherapie zoals pijn en activiteitsniveau.⁵ Om miscommunicatie met ouderen te voorkomen is het als geriatriefysiotherapeut dus belangrijk om de gezondheidsvaardigheden van de ouderen te herkennen en de communicatie aan te passen.

Om de communicatie met ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden te ondersteunen zijn er een aantal middelen en gespreksstrategieën bekend in de

literatuur. Een voorbeeld van een gespreksstrategie is het gebruikmaken van korte zinnen en het vermijden van vakjargon tijdens het geven van informatie.^{6,7} Helaas blijkt uit recent onderzoek van Van der Scheer et al. dat deze communicatiemiddelen en strategieën niet of nauwelijks gebruikt worden door fysiotherapeuten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Een mogelijke verklaring die fysiotherapeuten aangeven is dat de middelen en gespreksstrategieën niet bekend zijn en/of de gezondheidsvaardigheden bij de patiënt niet worden herkend.⁸ Daarom vroegen fysiotherapeuten hulp bij het ontwikkelen en evalueren van communicatiemiddelen en strategieën, specifiek voor de fysiotherapeutische setting tijdens de diagnostische fase. Om antwoord te geven op deze vraag is het project Com-In-Actie gestart in samenwerking met Hogeschool de Hanze, Hogeschool Leiden, Hogeschool Utrecht, NHL Stenden, Pharos, Alliantie Gezondheidsvaardigheden, Denktank 60+ en verschillende fysiotherapiepraktijken. Met als onderzoeksvraag: Welke communicatiestrategieën en tools kunnen (verder) worden ontwikkeld, geëvalueerd en geïmplementeerd in de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met chronische aandoeningen en beperkte gezondheidsvaardigheden, waaronder bij ouderen?

Methode

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is gebruikgemaakt van drie verschillende onderzoeksmethoden: scoping review, design-based research en feasibility study.

Scoping review

Om de beschikbare communicatiestrategieën en tools in kaart te brengen is er gebruikgemaakt van een scoping review met als doel het geven van een overzicht van de beschikbare communicatiestrategieën en tools, die fysiotherapeuten ondersteunen in het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden en bij het aanpassen van de communicatie tijdens de diagnostische fase.⁹

De databases PubMed, Embase, CINAHL en PsycINFO en de grijze literatuur zijn doorzocht. In- en exclusiecriteria werden vastgesteld, waarna de gegevens werden geëxtraheerd en geanalyseerd. Studies werden geïncludeerd wanneer ze communicatiestrategieën en tools bevatten over geschreven of verbale strategieën en tools voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze communicatiestrategieën en tools moesten één van de volgende doelen hebben:

- Het herkennen van gezondheidsvaardigheden
- De communicatiedoelen beschreven door Haes en Bensing. (Tabel 1)
- Patiënttraining in gezondheidsvaardigheden.¹⁰

De communicatiestrategieën en tools moesten bruikbaar zijn tijdens het diagnostisch proces van de fysiotherapeut. Studies vanaf 2000 zijn geïncludeerd. Exclusiecriteria waren:

- Studies met patiënten met cognitieve of psychiatrische problemen
- Studies met kinderen (<18jaar)
- Studies gefocust op de behandelfase
- Training van studenten
- Vragenlijstonderzoeken
- Studies gepubliceerd in andere talen dan Nederlands, Engels en Duits
- Overige, zoals: studieprotocollen, mening auteur, brieven, congres samenvattingen, geen full tekst of publicatie niet gevonden.

*Design Based Research:
Ontwikkelen Com-In-Actie Toolbox*

Voor het ontwikkelen van communicatiemiddelen en strategieën specifiek voor fysiotherapeuten is er gebruikgemaakt van de googlesprint methode. Deze bestond uit vijf stappen (Figuur 1)¹¹ De sprintstart met het oriënteren op het probleem, het bedenken van oplossingen, het maken van prototypen, en het testen en verbeteren van deze prototypen. Daarna was het prototype klaar om getest te worden in de praktijksetting. Het prototype is in tien fysiotherapiepraktijken voor minimaal zes weken getest.

In drie designsprints werd aandacht besteed aan de volgende drie onderwerpen:

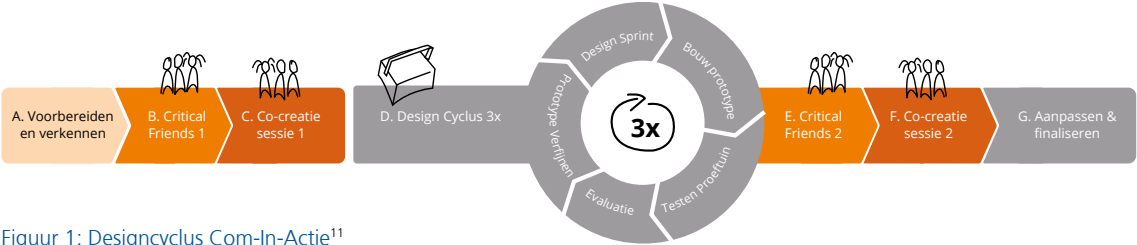
1. Het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden.
2. Communicatie tijdens het eerste consult.
3. Het aanpassen van de organisatie en werksetting.

Feasibility study

Voor het beoordelen van de bruikbaarheid van de ontwikkelde middelen is er gebruikgemaakt van een feasibility study met twee onderzoeksvragen. Allereerst: wat is de bruikbaarheid van de Com-In-Actie toolbox volgens fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en chronische aandoeningen? Vervolgens: wat is de aanvaardbaarheid van de Com-In-Actie toolbox volgens patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en

	Doel en beschrijving
Relatie opbouwen	Opbouwen van een goede en effectieve behandelrelatie
Informatie verzamelen	Verzamelen van informatie voor een adequate diagnose
Informatie geven	Het geven van goede informatie
Gezamenlijke besluitvorming	Samen beslissen op basis van informatie
Ziektegedrag verduidelijken	Hulp bij ziekte en behandel gerelateerd gedrag
Reageren op emoties	Ondersteuning van de patiënt

Tabel 1: Communicatiedoelen volgens de Haes en Bensing.¹⁰



Figuur 1: Designcyclus Com-In-Actie¹¹

chronische aandoeningen tijdens het eerste consult in de eerste lijn?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is er gebruikgemaakt van een single arm feasibility study. Tijdens deze studie werden fysiotherapeuten die getraind waren en daarnaast bij minimaal drie patiënten de middelen uit de toolbox Com-In-Actie hadden gebruikt, geïnterviewd. Daarnaast werden patiënten die samen met de fysiotherapeut gebruik had gemaakt van de middelen, geïnterviewd. Voor beide interviews werd gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews volgens het raamwerk van Bowen.¹² Ook werden er vragenlijsten ingevuld door fysiotherapeuten naar de tevredenheid over de middelen.

Resultaten

Scoping review

In de scoping review werden 105 artikelen geïncludeerd. De gevonden communicatiemiddelen en strategieën werden onderverdeeld in zes categorieën: verbale communicatie (n=33), schriftelijke communicatie (n=34), digitale middelen (n=9), vragenlijsten (n=19), tolken (n=22) en andere media (n=2). Aanvullend werden deze middelen en strategieën gecategoriseerd op basis van het doel van de communicatie tijdens het diagnostische proces volgens Heas en Bensing et al.: relatie opbouwen, informatie verzamelen, informatie geven, gezamenlijke besluitvorming, ziektegedrag verduidelijken, en reageren op emoties.¹⁰ Daarnaast werd de categorie herkennen van gezondheidsvaardigheden toegevoegd omdat uit eerder onderzoek blijkt dat dit lastig is voor fysiotherapeuten.⁸



Figuur 2: Teach Back Methode^{13,14}

De meeste middelen en strategieën werden gevonden voor het communicatiedoel: informatie geven (n=51). Opvallend was dat voor de communicatiedoelen: ziektegedrag verduidelijken en reageren op emoties, geen studies geïnccludeerd zijn.

Eén van de gevonden communicatiemiddelen is de teach back methode (Figuur 2). Deze methode is ook toegevoegd in de ontwikkelde training van het project Com-In-Actie.

Design-based Research:

Ontwikkelen Com-In-Actie Toolbox

Tijdens het designproces hebben 38 patiënten en 34 fysiotherapeuten verdeeld over Nederland de middelen getest in proeftuinen. Tijdens designsprint 1 was er aandacht voor het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden. In deze designsprint is een tafelboekje ontwikkeld (Figuur 3). In dit tafelboekje kunnen fysiotherapeuten reflecteren op een moeizaam verlopen consult. In dit tafelboekje wordt een relatie gelegd tussen een moeizaam verlopen consult en beperkte gezondheidsvaardigheden.



Figuur 3: Tafelboekje Com-In-Actie

Tijdens designsprint 2 was er aandacht voor het ondersteunen van de fysiotherapeut in de communicatie tijdens het eerste consult. In deze designsprint zijn een spiekbriefje (Figuur 4 en 5) en het *samen beginnen* werkblad (Figuur 6) ontwikkeld. Dit werkblad volgt het gebruikelijke proces van het diagnostische proces ondersteund met afbeeldingen. De oranje bollen op het werkblad herinneren de fysiotherapeut eraan te luisteren om het verhaal van de patiënt te horen. Daarnaast is er een training ontwikkeld waarbij ook gebruikt wordt gemaakt van micro-learning middels een app.



Figuur 4: Spiekbrieftje Com-In-Actie voorkant



Figuur 5: Spiekbrieftje Com-In-Actie achterkant

Tijdens designsprint 3 was er aandacht voor het aanpassen van de organisatie en werksetting. Om fysiotherapiepraktijken of instellingen toegankelijk te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden werd in de training en micro-learning app aandacht gegeven aan: het lezen op B1 niveau, het aanpassen van foldermateriaal, het aanpassen van de wachtkamer en het doorlopen van de ontvangst en wachtruimte met een patiënt. Verschillende tips waar de fysiotherapeut zelf mee aan de slag kon om de praktijk toegankelijker te maken.

Alle methodes zijn online verkrijgbaar via:

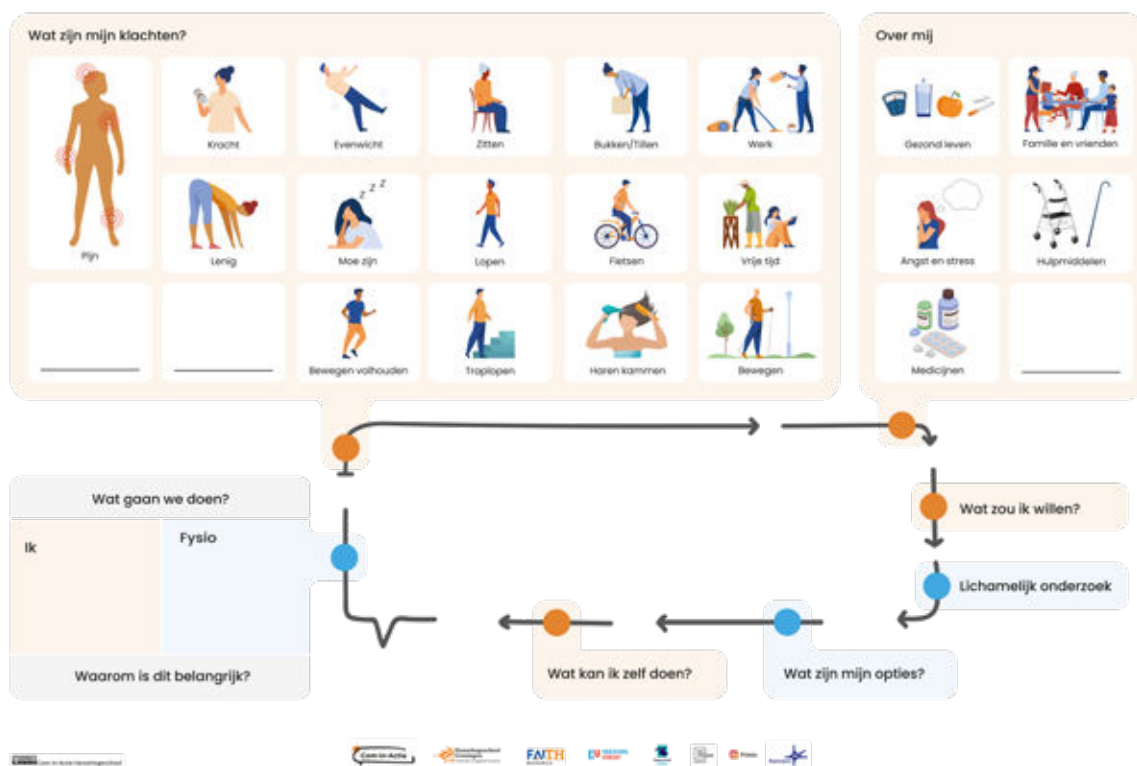
<https://www.hanze.nl/nl/onderzoeken/centers/centre-of-expertise-healthy-ageing/projecten/com-in-actie>

Feasibility studie

In de feasibility studie namen 86 fysiotherapeuten en 158 patiënten deel. Er zijn 24 fysiotherapeuten en patiënten geïnterviewd middels semigestructureerde interviews.

De middelen uit de Com-In-Actie Toolbox stimuleerden de patiënt in het nemen van de eigen regie over het gesprek en daarmee over de eigen gezondheid. De fysiotherapeut was vaardig om de signalen van beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en

Samen beginnen



Figuur 6: Samen beginnen werkblad Com-In-Actie

het gesprek aan te passen. De patiënt en therapeut vonden dat zij meer op een lijn zaten tijdens de diagnostische fase. Aan het einde van het eerste consult, tijdens het samen beslissen-gesprek, werd door zowel de patiënt als ook de fysiotherapeut ervaren dat de patiënt beter in staat was om volwaardig deel te nemen aan het gesprek. Fysiotherapeuten gaven aan dat de therapietrouw toenam. Een quote uit een van de interviews over het belang van het gebruik van de middelen was dan ook: 'als je het een keer ziet kan je er niet meer van weggijken en moet je wel actie ondernemen'.

Conclusie

Concluderend uit het project Com-In-Actie blijkt het herkennen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden een grote uitdaging. De geadviseerde en gemaakte communicatiemiddelen uit de resultaten van dit project worden als bruikbaar en waardevol ervaren. Om miscommunicatie te voorkomen is de

aanbeveling dan ook bij iedere patiënt de communicatie aan te passen naar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, zodat je niemand mist. Dit geldt ook zeker tijdens de communicatie met ouderen.

Nawoord

De middelen zijn geïmplementeerd op alle opleidingen fysiotherapie in Nederland. Door middel van een vervolgproject met het KNGF is er een platform *begrijpelijk communiceren* tot stand gekomen waar meer informatie te vinden is over dit onderwerp.

Dankwoord

Dit project is uitgevoerd onder de vlag van FAITH-Research in een samenwerking tussen de Hanze, Hogeschool Leiden, Hogeschool Utrecht, NHL Stenden en vele anderen met behulp van een subsidie van SIA-Raak RAAK.MKB13.014. Zie <https://www.sia-projecten.nl/project/com-in-actie>.

Referenties

1. **Heijmans, M., Cariot, L., Brabers, A.E.M., Rademakers, J.** Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheids-vaardigheden – feiten en cijfers 2023. Utrecht: Nivel, 2024.
2. **Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al.** Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
3. **Cardoso RSS, Tosin MHS, de Oliveira BGRB, Moraes KL, Santana RF.** The Multidimensionality of Low Health Literacy in Older Adults: A Scoping Review of International Studies. *Clinical Nursing Research*. 2023;32(2):270-7.
4. **Sivakumar H, Hanoch Y, Barnes AJ, Federman AD.** Cognition, Health Literacy, and Actual and Perceived Medicare Knowledge Among Inner-City Medicare Beneficiaries. *Journal of health communication*. 2016;21(sup2):155-63. doi: 10.1080/10810730.2016.1193921.
5. **Lakke S, Foijs M, Dehner L, Krijnen W, Hobbelen H.** The added value of therapist communication on the effect of physical therapy treatment in older adults; a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*. 2019;102(2):253-65. doi: 10.1016/j.pec.2018.09.020.
6. **Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP.** Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS ONE*. 2022;17(5). doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0267782.
7. **Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., Rademakers, J.** Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel, 2018.
8. **van der Scheer-Horst E, Rutten G, Stortenbeker I, et al.** Limited health literacy in primary care physiotherapy: Does a physiotherapist use techniques to improve communication?. *Patient Educ Couns*. 2023;109. doi: 10.1016/j.pec.2023.107624.
9. **Bruin N, Lakke S, Hobbelen H.** Tools and strategies aimed to change physiotherapists' communication in patients with limited health literacy. A Scoping Review.
10. **de Haes H, Bensing J.** Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):287-94. doi: 10.1016/J.PEC.2008.12.006.
11. **Knapp J, Zeratsky J, Kowitz B.** (2016) Sprint How to solve big problems and test new ideas in just five days. Transworld Publishers Ltd
12. **Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, et al.** How We Design Feasibility Studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;36(5):452. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002.
13. **Mulford DL.** Using the teach-back method to improve self-care behaviors. Hampton University ProQuest Dissertations Publishing. 2016.
14. **Holman CK, Weed LD, Kelley SP.** Improving Provider Use of the Teach-Back Method. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2019;35(1):52-3.

Zie de voortgang van je patiënten en ervaar het verschil met InBody

InBody
See what you're made of

Als fysiotherapeut weet je dat lage rugpijn kan worden veroorzaakt door verschillende factoren zoals overgewicht, lage spiermassa of spierdisbalans. Met InBody meet je gedetailleerd en segmentaal, zodat je deze problemen snel en nauwkeurig kunt identificeren.



Lichaamssamenstelling en spiermassa identificeren



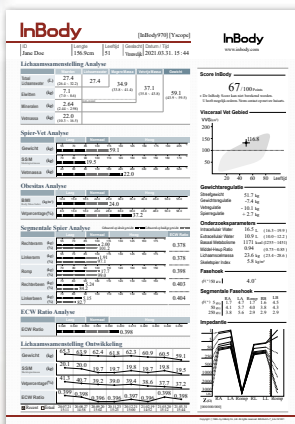
Gepersonaliseerde behandelplannen



Disbalans detecteren



Voor meer informatie, bezoek ons op:
www.inbody.com



De structuur en het proces van fysiotherapie aan verpleeghuisbewoners met dementie

Dennis Boer, Shanty Sterke, Charlotte Schmidt en Thea Vliet Vlieland



Fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met dementie heeft vaak het doel om het fysiek functioneren te behouden of te verbeteren. Maar variatie in de invulling van fysiotherapie kan voor suboptimale uitkomsten zorgen. In deze crosssectionele studie onderzochten we mogelijke variatie door de structuur en de processen van fysiotherapie aan verpleeghuisbewoners met dementie in kaart te brengen. Honderdnegen fysiotherapeuten uit verschillende verpleeghuizen in Nederland vulden een onlinevragenlijst in. We vonden overeenkomsten tussen de verschillende verpleeghuizen wat betreft de samenstelling van het multidisciplinaire team, de specialisaties van fysiotherapeuten, de locatie van de behandeling en het betrekken van mantelzorgers en bewoners bij besluitvorming. Er waren verschillen wat betreft de beschikbare uren fysiotherapie, het gebruik van protocollen en richtlijnen, niet-bewonersgebonden activiteiten, interventies en gebruik van klinimetrie.

Auteursgegevens: Dennis Boer is geriatriefysiotherapeut bij zorgorganisatie Kennemerhart te Haarlem en promovendus aan Universiteit Leiden/LUMC; Shanty Sterke is fysiotherapeut bij zorginstelling Aafje te Rotterdam en bewegingswetenschapper, senior onderzoeker op Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam; Charlotte Schmidt is coördinator innovatie en onderzoek bij zorgorganisatie Kennemerhart te Haarlem; Thea Vliet Vlieland is hoogleraar doelmatigheid van revalidatieprocessen, in het bijzonder fysiotherapie, aan het Leids Universitair Medisch Centrum.

Dit artikel is in een ingekorte versie eerder verschenen in the *Journal of the American Geriatrics Society*

Correspondentie: dennis.boer@kennemerhart.nl

Inleiding

In Nederland hebben ongeveer 300.000 mensen demantie.¹ Naast geheugenverlies kan demantie leiden tot verschillende gezondheidsproblemen, zoals verminderde lichamelijke prestaties en een grotere zorgafhankelijkheid.^{2,3} Naarmate de zorgafhankelijkheid toeneemt, kan opname in een verpleeghuis onvermijdelijk worden.⁴

In de verpleeghuiszorg kan de behandeling worden verzorgd door een multidisciplinair team, bestaande uit onder andere een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, ergotherapeut en fysiotherapeut. Fysiotherapeuten zijn betrokken bij de preventie en behandeling van veelvoorkomende gezondheidsproblemen van verpleeghuisbewoners met demantie, voornamelijk op het gebied van bewegen maar ook daarbuiten.^{5,6} Maar er is geen duidelijke richtlijn voor de fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met demantie. Daardoor ontvangt een deel van de bewoners mogelijk niet de zorg die ze nodig hebben.⁷⁻⁹

Zowel nationaal als internationaal zijn er grote verschillen wat betreft fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met demantie.⁷ Uit een systematische review uit 2019 blijkt dat er significante variatie is in de beschikbaarheid van fysiotherapie. Tussen 10% en 67% van de verpleeghuisbewoners (met en zonder demantie) ontving fysiotherapie. Verpleeghuisbewoners met demantie bleken minder vaak fysiotherapie te krijgen dan verpleeghuisbewoners zonder demantie, terwijl de redenen hiervoor onduidelijk blijven.^{6,10,11}

Onlangs was het ontbreken van fysiotherapierichtlijnen voor Sterke et al.⁵ aanleiding om de huidige en gewenste praktijken van fysiotherapeuten in Nederlandse verpleeghuizen te onderzoeken. Door gebruik te maken van een Delphi-design beschreven fysiotherapeuten hun betrokkenheid bij negen verschillende patiëntencasussen, waarvan er vijf betrekking hadden op bewoners met demantie. Hoewel bewegen naar voren kwam als de primaire focus van fysiotherapeuten, rapporteerden

de fysiotherapeuten een breed scala aan interventies en betrokkenheid. Zoals het geven van adviezen en scholing over valpreventie, decubitus, incontinentie, probleemgedrag, transfers en fysieke belasting. Maar de manier waarop, en de mate waarin, fysiotherapeuten hun verschillende fysiotherapeutische werkzaamheden en neventaken uitvoeren loopt sterk uiteen. Volgens de auteurs en de respondenten kwam dit voornamelijk door structurele en organisatorische factoren, zoals wel/ geen verwijzing nodig, tijdsdruk, personeelsbezetting, samenwerking met andere disciplines.

.... we vonden variatie in de beschikbaarheid van fysiotherapie per verpleeghuis en per bewoner

De variatie in de fysiotherapeutische inzet bij verpleeghuisbewoners met demantie lijkt niet samen te hangen met de kenmerken van de bewoner. Daarom is het belangrijk om deze variatie nader te onderzoeken. Het kan namelijk betekenen dat een deel van de bewoners niet de optimale fysiotherapeutische zorg krijgt.

De factoren en de processen die van invloed zijn op fysiotherapie, zijn nog niet voldoende onderzocht. Het doel van deze studie was om de structuur en het proces van de inzet van fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met demantie in Nederland te onderzoeken, om zo de mogelijke praktijkvariatie in kaart te brengen.

Methoden

Studieopzet

Dit is een crosssectionele studie met een online enquête om de structuur en het proces van de fysiotherapeutische hulpverlening voor verpleeghuisbewoners met demantie te onderzoeken. We kozen dit design om een groot aantal deelnemers te kunnen includeren en zo een representatief beeld van de fysiotherapie voor

verpleeghuisbewoners in Nederland te verkrijgen. Dit onderzoek viel niet onder de reikwijdte van de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Daarom was er geen formele medisch-ethische toetsing vereist. De lokale wetenschapscommissies van Kennemerhart en de afdeling Orthopedie van het Leids Universitair Medisch Centrum keurden de wetenschappelijke inhoud en haalbaarheid van de studie goed. Deelnemers kregen aan het begin van de enquête informatie over het privacybeleid volgens de regels van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Setting en werving

Er zijn ongeveer 1260 verpleeghuizen in Nederland, waarvan 830 met een afdeling voor mensen met dementie.¹² Gezien de exploratieve, observationele opzet van onze studie, streefden we ernaar fysiotherapeuten van ongeveer honderd van deze verpleeghuizen te includeren, met één respondent per verpleeghuis. De werving van deelnemers vond plaats van november 2022 tot maart 2023. Om het risico op selectiebias te beperken, gebruikten we twee wervingsstrategieën. Als eerste stuurden we een e-mail met een uitnodiging om deel te nemen aan een online enquête naar de zes samenwerkende universitaire ouderenzorgnetwerken in Nederland (Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg, SANO). Hen werd gevraagd om korte informatie over het onderzoek en de link naar de enquête te verspreiden via digitale nieuwsbrieven en door e-mail contact op te nemen met aangewezen vertegenwoordigers van deelnemende zorgorganisaties. Als tweede stuurden we deze uitnodiging ook naar het netwerk van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) en Fysionetwerk, en via sociale media.

Deelnemers

We nodigden fysiotherapeuten, die werken op een afdeling met verpleeghuisbewoners met dementie, uit om deel te nemen aan het onderzoek. Voor een spreiding van respondenten, streefden we naar één respondent per verpleeghuis.

Inclusiecriteria waren: gediplomeerd fysiotherapeut die betrokken is bij verpleeghuisbewoners met dementie; kennis van de organisatie met betrekking tot personeelsbezetting, aantal verpleeghuisbewoners met dementie en de huidige afspraken over fysiotherapie. Fysiotherapeuten die niet langer werkzaam waren als

fysiotherapeut (bijvoorbeeld: managers, physician assistants met een fysiotherapiediploma) werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Om mogelijke dubbele inzendingen van hetzelfde verpleeghuis te voorkomen, werd de respondenten gevraagd om de vier cijfers van de postcode op te geven.

Als er meer inzendingen waren met dezelfde vier cijfers, werd ofwel de enquête met het hoogste aantal ingevulde vragen opgenomen, ofwel, in het geval van een gelijk aantal ingevulde vragen, de enquête die het laatst werd ontvangen.

Enquête en variabelen

De enquête was gebaseerd op het raamwerk van Donabedian, dat de kwaliteit van zorg beschrijft door de *structuur*, *proces* en *resultaat* te definiëren.¹³ Volgens dit raamwerk heeft *structuur* betrekking op de middelen en de organisatiestructuur, *proces* staat voor wat er daadwerkelijk wordt gedaan bij het geven en ontvangen van zorg, en *resultaat* staat voor de effecten van zorg op de gezondheidsstatus van patiënten of populaties. Dit onderzoek richtte zich op elementen met betrekking tot de structuur en het proces. We verzamelden geen gegevens over elementen die betrekking hebben op het resultaat van de fysiotherapeutische inzet. Daarvoor moet er informatie beschikbaar zijn op het niveau van de individuele bewoner. Een eerder onderzoek naar de structuur van revalidatie na een beroerte diende als basis voor ons onderzoek.¹⁴ Gebaseerd op dit eerdere onderzoek ontwikkelden de auteurs (DB, SS) een enquête om de structuur en het proces van de fysiotherapeutische hulpverlening aan verpleeghuisbewoners met dementie vast te leggen. De enquête bestond in totaal uit 24 vragen, verdeeld over drie thema's: kenmerken van het verpleeghuis (vier vragen), structuur van de fysiotherapeutische hulpverlening (negen vragen) en het proces van de fysiotherapeutische hulpverlening (elf vragen). Alle vragen in de enquête hadden betrekking op fysiotherapie in één enkel verpleeghuis. In Nederland worden de kosten voor verpleeghuiszorg vergoed vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).¹⁵ De kosten voor fysiotherapeutische behandeling zijn opgenomen in gestandaardiseerde zorgzwaartepakketten. In ons onderzoek vroegen we of de toegankelijkheid van fysiotherapie samenhangt met de zorgzwaartepakketten die aan bewoners worden toegewezen, of dat het management van verpleeghuizen een eigen distributieschema voor fysiotherapie hanteert.

Voor vragen met betrekking tot de inzet van fysiotherapie werd fysiotherapeuten gevraagd om te reflecteren op de voorgaande vier weken. De enquête werd achtereenvolgens getest door vier fysiotherapeuten die voldeden aan de inclusiecriteria uit drie verschillende verpleeghuizen. Na de pilottest hebben we twee vragen over de kenmerken van het verpleeghuis en een vraag over het multidisciplinaire team opnieuw geformuleerd en hebben we aan het begin van elk thema verklarende informatievakken toegevoegd. Het invullen van de enquête gebeurde anoniem, zowel wat betreft de respondent als het betrokken verpleeghuis. Het enquêteplatform registreerde geen IP-adressen.

Bepalen van praktijkvariatie

In de literatuur is er geen eenduidige definitie om praktijkvariatie in de gezondheidszorg vast te stellen. Daarom hielden we voorafgaand aan de dataverwerking een consensusbijeenkomst met vier fysiotherapeuten met expertise in de verpleeghuiszorg en één moderator om de variatiedrempel in ons onderzoek vast te stellen. In deze consensusbijeenkomst stelden we de variatiedrempel vast op 75%. Dat wil zeggen als minimaal 75% van de deelnemers, of ten hoogste 25% van de deelnemers, hetzelfde antwoord gaf, dan was er geen sprake van praktijkvariatie. Als 25%-75% van de deelnemers hetzelfde antwoord gaf was er wel praktijkvariatie. Die 75% kozen we op basis van een eerder onderzoek naar variatie in de structuur van revalidatiezorg voor jonge patiënten met verworven hersenletsel.¹⁶ en een literatuuronderzoek naar consensusmeting in Delphi-studies.¹⁷ Voor gegevens die werden uitgedrukt als gemiddelde en standaarddeviatie, gebruikten we de variatiecoëfficiënt (COV), die wordt berekend door de standaarddeviatie te delen door de gemiddelde waarde. We gebruikten de drempelwaarde die is voorgesteld door English en Kernan,¹⁸ waarin een COV >0,8 wordt beschouwd als variatie, COV ≥0,5 en ≤0,8 als mogelijke variatie, en <0,5 als geen variatie.

Gegevensanalyse

De gegevens werden verzameld door de eerste auteur via EasionX (versie 4.44, Parantion, Deventer, Nederland). Dit is een online en beveiligde enquête tool die wordt gebruikt door een groot aantal Nederlandse universiteiten en gemeenten. De gegevens werden geanalyseerd in SPSS versie 25 (IBM Corp. Uitgegeven in 2017. IBM SPSS Statistics voor Windows, versie

25.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Voor alle variabelen werden beschrijvende statistieken berekend. Normaal verdeelde gegevens werden weergegeven in gemiddelden en standaarddeviaties, asymmetrisch verdeelde gegevens werden weergegeven in medianen en interkwartielafstanden.

Resultaten

In totaal hebben 147 respondenten de digitale uitnodigingslink geopend, van wie 113 ten minste hun persoons- en verpleeghuiskenmerken opgaven. Hiervan zijn vier antwoorden geëxcludeerd vanwege dubbele inzendingen vanuit dezelfde postcode, terwijl van de 109 unieke inzendingen er 104 in totaal zijn ingevuld. De beschikbare valide gegevens van de vijf onvolledige vragenlijsten zijn gebruikt in de data-analyse.

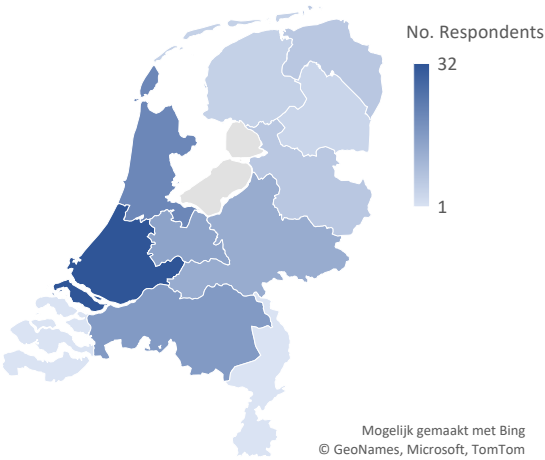
De enquête is ingevuld door 109 fysiotherapeuten met een mediane leeftijd van 36 jaar (range 30-53), mediane werkervaring 10 jaar (range 5-19). De meerderheid van de deelnemers was vrouw (n=86, 79%) en de meeste deelnemers hadden een bachelordiploma (n=69, 63%). De kenmerken van de respondenten staan in Tabel 1. De geografische spreiding van de respondenten was vergelijkbaar met de bevolkings- en verpleeghuisspreiding van Nederland, met een hoger aantal respondenten uit het stedelijke westelijke gebied (Figuur 1).

Structuur van fysiotherapeutische hulpverlening

Verpleeghuizen boden een verblijf aan gemiddeld zestig personen met dementie, met een gemiddelde van 24,4 uur fysiotherapie beschikbaar per week voor de bewoners met dementie (Tabel 2). Dit is gemiddeld 0,34 (sd 0,18) uur fysiotherapie per bewoner/per week. Wat betreft de aanwezigheid van gestandaardiseerde procedures, gaven 46 (42,6%) deelnemers aan dat een

Deelnemerskenmerken	
Leeftijd in jaren; mediaan (spreiding)	36 (30-53)
Vrouwen; aantal (%)	86 (79%)
Opleiding; aantal (%)	
Bachelordiploma; aantal (%)	68 (63%)
Masterdiploma; aantal (%)	40 (37%)
Aantal jaren werkervaring met verpleeghuisbewoners met dementie; mediaan (spreiding)	10 (5-19)

Tabel 1: Deelnemerskenmerken.



Figuur 1: Visualisatie van de geografische spreiding van de respondenten

verwijzing van een arts nodig was om de behandeling te starten. Tussen 38 en 49 (35,2%-45,4%) van de respondenten gaven aan dat ze gestandaardiseerde procedures zoals protocollen of richtlijnen voor het starten, stoppen en evalueren van fysiotherapie hadden en/of gebruikten. Als er gestandaardiseerde procedures beschikbaar waren, ging het vaak om formele en schriftelijke procedures. Bijna alle deelnemers (n=100, 93%) meldden dat ze regelmatig multidisciplinaire teamoverleggen bijwoonden,

die gemiddeld twee keer per jaar werden gehouden voor elke bewoner. De meest genoemde leden van het multidisciplinaire team waren ergotherapeuten en psychologen (n=106, 98%), en de minst gemelde leden waren therapieassistenten (n=4, 4%) en physician assistants (n=2, 2%). De meest gerapporteerde specialisatie met een masterdiploma aanwezig in het verpleeghuis (dus respondent of een collega op dezelfde locatie) was geriatriefysiotherapie (n=50, 46,7%), 21 respondenten (20%) hadden een andere specialisatie. Naast directe behandeling van de bewoners, rapporteerden de deelnemers een verscheidenheid aan andere fysiotherapietaken, zoals het geven van training en deelname aan multidisciplinaire overleggen (Tabel 2).

Proces van fysiotherapeutische hulpverlening

Gemiddeld krijgt 23,6% van de bewoners fysiotherapie met een gemiddelde frequentie van 1,72 keer per week (Tabel 3). Meer dan tweederde (n=70, 67%) van de deelnemers gaf aan regelmatig gebruik te maken van meetinstrumenten. Ze noemden 25 verschillende meetinstrumenten. Met betrekking tot de uitkomstmaten werden mobiliteit (n=94, 90%), transfers (n=86, 83%) en valrisico (n=76, 73%) het vaakst genoemd. Geen enkele deelnemer noemde de inzet fysiotherapie gericht op incontinentie, gewichtscontrole of wondverzorging. Naast het geven van oefentherapie gaven 97

Kenmerken van het verpleeghuis	n		Variatie
Aantal bewoners met dementie in het verpleeghuis; gemiddelde (sd)	109	60,1 (31,4)	Mogelijk
Aantal uren fysiotherapie per week voor bewoners met dementie per verpleeghuis; gemiddelde (sd)	109	24,4 (21,2)	Ja
Aantal uren fysiotherapie per week per bewoner; gemiddelde (sd)	109	0,3 (0,2)	Mogelijk
Aantal fysiotherapeuten; gemiddelde (sd)	109	2,4 (1,4)	Mogelijk
Beschikbaarheid van fysiotherapie is gerelateerd aan het zorgzwaartepakket van de bewoner; aantal respondenten (%)	109	45 (41,3%)	Ja
Protocollen of afspraken fysiotherapie; n (%)			
Verwijzing nodig om fysiotherapie te starten	108	46 (42,6%)	Ja
Protocollen of afspraken voor het starten met fysiotherapie (indicatiecriteria)	108	49 (45,4%)	Ja
De afspraken over starten fysiotherapie zijn formeel vastgelegd	49	29 (59,2%)	Ja
Protocollen of afspraken voor het stoppen met fysiotherapie	108	38 (35,2%)	Ja
De afspraken over stoppen met fysiotherapie zijn formeel vastgelegd	38	27 (71,1%)	Ja
Protocollen of afspraken met betrekking tot het evalueren van fysiotherapie	108	46 (42,6%)	Ja
De afspraken met betrekking tot evalueren zijn formeel vastgelegd	46	21 (45,7%)	Ja

Multidisciplinair team; n (%)	n		Variatie
Basisarts	108	77 (71%)	Ja
Specialist ouderengeneeskunde	108	102 (94%)	Nee
Verpleegkundige	107	72 (67%)	Ja
Ergotherapeut	108	106 (98%)	Nee
Psycholoog	108	106 (98%)	Nee
Maatschappelijk werker	107	66 (62%)	Ja
Logopedist	108	96 (89%)	Nee
Diëtist	108	97 (90%)	Nee
Bewegingsagoog	108	63 (58%)	Ja
Vaktherapeut	107	62 (58%)	Ja
Geestelijk verzorger	108	17 (16%)	Nee
Activiteitenbegeleider	108	10 (9%)	Nee
Therapieassistent	108	4 (4%)	Nee
Physician assistant	108	2 (2%)	
Multidisciplinaire overleggen			
Periodieke multidisciplinaire overleggen; n (%)	108	100 (93%)	Nee
Jaarlijkse frequentie van multidisciplinaire overleggen; gemiddelde (sd)	95	2,0 (0,6)	Nee
Aanwezigheid van gespecialiseerde fysiotherapeuten; n (%)			
Geriatricfysiotherapeut	107	50 (47%)	Ja
Manueel therapeut	107	3 (3%)	Nee
Bekkenfysiotherapeut	107	0 (0%)	Nee
Psychosomatisch fysiotherapeut	107	2 (2%)	Nee
Kinderfysiotherapeut	107	1 (1%)	Nee
Oncologiefysiotherapeut	107	2 (2%)	Nee
Sportfysiotherapeut	107	2 (2%)	Nee
Masterdiploma niet erkend door het KNGF (bewegingswetenschappen, musculoskeletale echografie, healthy aging, fysiotherapiewetenschappen, revalidatiewetenschappen)	107	11 (11%)	Nee
Niet direct bewonersgebonden activiteiten			
Scholing van medewerkers; n (%)	107	79 (74%)	Ja
Scholing van medewerkers; gemiddeld aantal uur per maand (sd)	107	6,0 (16,3)	Ja
Vakgroepoverleggen fysiotherapie; n (%)	104	102 (98%)	Nee
Vakgroepoverleggen fysiotherapie; gemiddeld aantal uur per maand (sd)	104	3,72 (6,57)	Ja
Multidisciplinaire overleggen (bewonersgebonden); n (%)	105	100 (95%)	Nee
Multidisciplinaire overleggen (bewonersgebonden); gemiddeld aantal uur per maand (sd)	105	5,8 (13,6)	Ja
Multidisciplinaire overleggen (niet bewonersgebonden); n (%)	106	99 (93%)	Nee
Multidisciplinaire overleggen (niet bewonersgebonden); gemiddeld aantal uur per maand (sd)	106	4,7 (8,7)	Ja

Scholingsonderwerpen; n respondenten (%)	n		Variatie
Transfers	79	73 (92%)	Nee
Valrisico	79	35 (44%)	Ja
Compressiematerialen	79	31 (39%)	Ja
Decubitus	79	23 (29%)	Ja
Fysieke belasting	79	49 (62%)	Ja
Sensorische integratie	79	6 (8%)	Nee
Scholing over ziektebeelden (Ziekte van Parkinson, dementie)	79	6 (8%)	Nee
Passieve mobilisatie technieken	79	5 (6%)	Nee
Beweegbeleid	79	4 (5%)	Nee

Tabel 2: Gerapporteerde structuur van fysiotherapeutische hulpverlening voor verpleeghuisbewoners met dementie in verpleeghuizen in Nederland. Afkortingen: n=aantal respondenten; sd=standaard deviatie.

Behandelfrequentie; gemiddeld (sd)	n		Variatie
Aantal individuele bewoners behandeld in de afgelopen maand	105	12,3(8,4)	Mogelijk
Wekelijkse behandelfrequentie	97	1,7 (0,8)	Nee
% bewoners dat fysiotherapie kreeg		23,6 (18,4)	Ja
Gebruik meetinstrumenten; n (%)			
Aantal respondenten dat de afgelopen maand een meetinstrument heeft gebruikt	105	70 (67%)	Ja
Type meetinstrument; n (%)			
Visual Analog Scale – functionie	68	13 (19%)	Nee
Numeric Pain Rating Scale	69	28 (41%)	Ja
Visual Analog Scale – Pain	68	18 (26%)	Ja
Barthel Index	68	10 (15%)	Nee
6 minuten wandel test (of een variatie)	69	29 (42%)	Ja
Berg Balance Scale	69	23 (33%)	Ja
Functional Ambulatory Categories	70	48 (69%)	Ja
Range of motion met goniometer	68	9 (13%)	Nee
Modified Ashworth Scale	68	6 (9%)	Nee
Handheld dynamometer	68	26 (38%)	Ja
Medical Research Council - kracht	70	43 (61%)	Ja
Timed Chair Stand Test (of een variatie)	69	30 (43%)	Ja
Timed Up and Go test	69	38 (55%)	Ja
Performance Oriented Mobility Assessment (Tinetti Test)	68	53 (78%)	Nee
Short Physical Performance Battery	67	19 (28%)	Ja
Motricity Index, Figure 8 walk test, Two Minute Step test	67	2 (3%)	Nee
Ten meter walk test, Ficsit 4	67	3 (4%)	Nee
Elderly Mobility Scale	67	5 (7%)	Nee
One Repetition Maximum, PACSLAC-D, Nijmegen Orthopedic Gait Analysis, Paratonia Assessment Scale, Trunc Control Test,	67	1 (1%)	Nee

Uitkomstmaten therapie; n (%)	n		Variatie
Mobiliteit	104	94 (90%)	Nee
Pijn	104	41 (39%)	Ja
Valrisico	104	76 (73%)	Ja
Transfers	104	86 (83%)	Nee
Decubitus	104	7 (7%)	Nee
Sarcopenie/spierkracht	104	13 (13%)	Nee
Paratonie	104	9 (9%)	Nee
Probleemgedrag	104	17 (16%)	Nee
Oedeem	104	11 (11%)	Nee
Wondbehandeling, bekkenfunctie, gewicht	104	0 (0%)	Nee
Samenstelling van oefentherapie; n (%)			
Individuele oefentherapie	104	104 (100%)	Nee
Fysiotherapie in groepsverband	104	37 (36%)	Ja
Interventies; n (%)			
Oefentherapie	104	104 (100%)	Nee
Fysische therapie (elektrotherapie, TENS, ultrageluid, thermotherapie, enz)/ Dry-needling en/of acupunctuur	104	(< 5%)	Nee
Kinesiotaping	104	17 (16%)	Nee
Manuele verrichtingen (mobilisaties, manipulaties, tractie, massage)	104	42 (40%)	Ja
Ontspanningsoefeningen	104	34 (33%)	Ja
Huiswerkoefeningen	104	40 (38%)	Ja
Adviezen en verstrekken van hulpmiddelen	104	97 (94%)	Nee
Adviezen/coaching	104	97 (94%)	Nee
Plaats van de behandeling; n (%)			
Oefenzaal	104	83 (80%)	Nee
Behandelruimte	104	24 (23%)	Nee
Kamer van de bewoner	104	95 (91%)	Nee
Gemeenschappelijke ruimte	104	84 (82%)	Nee
In een tuin, onderdeel van het verpleeghuis	104	30 (29%)	Ja
In de publieke buitenruimte	104	27 (26%)	Ja
Adviezen en coaching; n (%)			
Adviezen/coaching aan collega's zorgpersoneel	104	99 (95%)	Nee
Adviezen/coaching aan mantelzorgers	104	59 (57%)	Ja
Betrokkenheid mantelzorgers bij behandelplan			
Mantelzorger betrokken bij besluitvorming afgelopen maand; n (%)	104	79 (76%)	Nee
Frequentie van betrokkenheid per maand; gemiddeld (sd)	104	4,0 (4,1)	Ja
Betrokkenheid van bewoners bij besluitvorming			
Bewoner betrokken bij besluitvorming afgelopen maand; n (%)	104	81 (78%)	Nee
Frequentie van betrokkenheid per maand; gemiddeld (sd)	104	5,9 (7,6)	Ja

Wijze van communicatie met mantelzorgers; n (%)	n		Variatie
Telefoon	104	69 (68%)	Ja
Face to face	104	83 (81%)	Nee
Digitaal via zorgdossier	104	42 (41%)	Ja
E-mail	104	26 (25%)	Ja
Whatsapp	104	10 (10%)	Nee
Via verzorging	104	3 (3%)	Nee
Initiatief tot communicatie met mantelzorger; n (%)			
Fysiotherapeut	104	90 (88%)	Nee
Arts	104	23 (22%)	Nee
Verpleging	104	46 (45%)	Ja
Mantelzorger	104	58 (57%)	Ja
Bewoner	104	13 (12%)	Nee

Tabel 3: Enquêteresultaten over het proces van fysiotherapeutische hulpverlening voor verpleeghuisbewoners met dementie in verpleeghuizen in Nederland. Afkortingen: n=aantal respondenten; sd=standaard deviatie.

deelnemers aan dat ze adviseerden over mobiliteits-hulpmiddelen en coaching gaven. De meest genoemde behandellocatie was de kamer of het appartement van de bewoner (n=95, 91%). Advies of coaching geven aan zorgpersoneel werd vaker genoemd (n=99, 95%) dan advies geven aan familie of mantelzorgers (n=59, 57%). Deelnemers rapporteerden dat zowel mantelzorgers (n=79, 76%) als de bewoners met dementie (n=81, 78%) betrokken worden bij besluitvorming, waarbij bewoners vaker betrokken worden dan informele zorgverleners (Tabel 3).

Analyse van variatie in de structuur en het proces van fysiotherapeutische hulpverlening
In onze analyse van de variatie hebben we alle 132 enquête-items van de vragenlijst meegenomen. De vragenlijst bestond uit 58 enquête-items over de structuur, en 74 enquête-items over het proces van de fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met dementie. Voor de onderzoeksresultaten over de structuur van de fysiotherapeutische was er variatie in 25 van de 58 items. In twee items was er mogelijk variatie. En 31 items vertoonden geen variatie (Tabel 2). Het gebruik van gestandaardiseerde procedures (protocollen of afspraken) en de tijd die werd besteed aan niet-behandelgerelateerde taken vertoonden de meeste variatie. De afwezigheid van gespecialiseerde fysiotherapeuten (anders dan geriatriefysiotherapeuten) vertoonde de minste variatie.

Voor de enquêteresultaten over het proces van de fysiotherapeutische hulpverlening voor verpleeghuisbewoners met dementie, was er variatie in 27 van de 74 items, in 1 item was mogelijk variatie, en in 47 items was er geen variatie (Tabel 3). De meeste variatie was in het gebruik van de meetinstrumenten. De meeste overeenkomsten waren in de therapie-uitkomsten, interventies en de locatie van de behandeling.

Discussie

In deze studie naar de structuur en het proces van fysiotherapeutische hulpverlening voor verpleeghuisbewoners met dementie in Nederland vonden we aan aantal overeenkomsten en een aantal items met praktijkvariatie. Wat betreft de structuur was er variatie in het gebruik van gestandaardiseerde werkprocessen, niet direct bewonersgebonden activiteiten, kenmerken van het verpleeghuis en in sommige gevallen de scholingsonderwerpen en de samenstelling van het multidisciplinaire team.
Bij nader onderzoek van onze gegevens over de structuur, vonden we variatie in de beschikbaarheid van fysiotherapie per verpleeghuis en per bewoner. In overeenstemming met onze bevindingen vertoonde de studie van Sterke et al. uit 2021 een vergelijkbare variatie, gekenmerkt door een aanzienlijke standaardafwijking, hoewel de gemiddelde beschikbaarheid per week per bewoner vergelijkbaar was tussen de twee studies (0,34 uur in onze studie versus 0,37 uur in de

studie van Sterke et al.).⁵ Dit is geen verrassing, aangezien de studies slechts drie jaar na elkaar zijn uitgevoerd en beide gegevens verzamelden van fysiotherapeuten die in Nederlandse verpleeghuizen werken.

In een review uitgevoerd door Brett et al.⁷ werden twee oudere studies opgenomen, die beide variabiliteit vertoonden, aangegeven door grote standaarddeviaties. Maar deze studies betroffen niet uitsluitend bewoners met dementie.^{11,19}

Zowel in onze studie als in nationale en internationale literatuur is er een variatie met betrekking tot de afhankelijkheid van een verwijzing door een arts. In ons onderzoek gaf 42,6% van de deelnemers aan een verwijzing van een arts nodig te hebben voor de inzet van fysiotherapie. In het onderzoek van Sterke et al. was 19% van de deelnemers afhankelijk van een verwijzing.⁵ Een Brits onderzoek uit 2001 toonde aan dat 75% van de fysiotherapeuten afhankelijk was van een verwijzing door een arts.²⁰ Deze studie verzamelde alleen gegevens van particuliere verpleeghuizen, die mogelijk vaker een beroep doen op externe fysiotherapeuten (die een verwijzing nodig hebben), dan door de overheid gefinancierde of non-profit verpleeghuizen.²⁰ Overeenkomsten werden vooral gezien in de samenstelling van het multidisciplinaire team, waarbij bijna alle respondenten (>90%) de aanwezigheid van een specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut, psycholoog en diëtist meldden. Dit kan als gunstig worden beschouwd, aangezien veel geriatrische syndromen zoals kwetsbaarheid,^{21,22} sarcopenie,^{21,22} risico op vallen,²³ agitatie²⁴ en depressie²⁴ een multidisciplinaire aanpak vereisen.

In onze verkenning van het fysiotherapeutische proces identificeerden we een breed scala aan gebruikte meetinstrumenten, waarbij de POMA²⁵ het enige instrument was dat door meer dan 75% van de respondenten werd gebruikt. Deze consensus komt overeen met focus op de uitkomstmaten van de behandelingen: mobiliteit (90% van de respondenten), transfers (83% van de respondenten) en valrisico (73% van de respondenten). Verrassend genoeg werden instrumenten die de afhankelijkheid in dagelijkse activiteiten (ADL) beoordelen, zoals de Barthel Index²⁶ en de Elderly Mobility Scale²⁷, niet vaak gerapporteerd. Het beperkte bewijs van bewegeeffecten voor verpleeghuisbewoners met dementie wijst wel in de richting van een effect op de ADL-onafhankelijkheid.^{28,29} Deze onverwachte bevinding kan worden verklaard door de mogelijkheid dat fysiotherapeuten weliswaar actief betrokken zijn

bij het vergroten of behouden van de ADL-onafhankelijkheid, maar dat de daadwerkelijke beoordeling wordt uitgevoerd door een ander lid van het multidisciplinaire team.⁵

.... we identificeerden een breed scala aan gebruikte meetinstrumenten, waarbij de POMA het enige instrument was dat door meer dan 75% van de respondenten werd gebruikt

Wat betreft fysiotherapeutische interventies vonden we variatie in manuele verrichtingen, ademhalings- of ontspanningsoefeningen en het voorschrijven van huiswerk oefeningen. We vonden sterke overeenkomsten in individuele oefentherapie, aanbevelingen voor mobiliteit en loophulpmiddelen en het coachen van ander zorgpersoneel. Deze inzet van fysiotherapeuten komt overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Sterke et al.,⁵ waar actieve oefentherapie, coaching van personeel en het voorschrijven van loophulpmiddelen op vergelijkbare wijze naar voren kwamen als veelvoorkomende fysiotherapeutische activiteiten.

.... de manier waarop, en de mate waarin, fysiotherapeuten hun verschillende fysiotherapeutische werkzaamheden en neventaken uitvoeren loopt sterk uiteen

Het is lastig onze bevindingen te vergelijken de inzet van fysiotherapie in internationale studies. Brett et al.⁷ beschrijven in een review dat fysiotherapeuten zich vaak richten op pijnbestrijding en decubitus, maar de specifieke therapievormen die worden gebruikt, zijn niet gespecificeerd. Het is essentieel dat toekomstige studies duidelijkheid verschaffen over welke interventies fysiotherapeuten kunnen toepassen en wat de verwachte effecten daarvan zijn. Deze duidelijkheid kan onnodige variatie in behandelingen verminderen en bijdragen aan het ontwikkelen van eerder gevraagde fysiotherapeutische standaarden voor verpleeghuisbewoners met dementie.^{7,8}

De uitkomsten van dit onderzoek geven inzicht in de praktijkvariatie. Dit kan helpen om in toekomstig onderzoek te bepalen welke elementen van het structurele en procedurele kader in de praktijk zinvol zijn en geïntegreerd zouden moeten worden in standaarden voor fysiotherapie in een verpleeghuis.

Een sterk punt van onze studie is het aantal deelnemers en de demografische spreiding. Met 109 deelnemers die gedetailleerde informatie gaven over evenveel verpleeghuizen, is het mogelijk om inzicht te krijgen in de elementen die verschillen in de fysiotherapeutische hulpverlening. Een ander sterk punt is gedetailleerde informatie over omstandigheden en procedures die klinisch belangrijk zijn en die variatie kunnen veroorzaken.^{19,30} De mediane leeftijd van de deelnemers van 36 jaar en de mediane werkervaring van 10 jaar zijn een indicatie voor hun deskundigheid over het onderwerp. Dit vergroot de geloofwaardigheid van onze verzamelde gegevens.

Deze studie heeft ook enkele beperkingen. Ten eerste was het niet mogelijk om te controleren of deelnemers aan de inclusiecriteria voldeden omdat de online enquête anoniem was. Ten tweede, hoewel anonimiteit gewaarborgd was, werden de gegevens verstrekt door fysiotherapeuten die verslag uitbrachten over hun eigen verpleeghuis. Het is mogelijk dat ze gewenste antwoorden gaven.³¹ Tot slot, hoewel we onze steekproefomvang en demografische spreiding zorgvuldig hebben overwogen, is de representativiteit van onze steekproef voor heel Nederland en de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar landen buiten Nederland onbekend.

Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat onze studie bij fysiotherapeuten zowel overeenkomsten als verschillen liet zien wat betreft werkwijze, multidisciplinaire samenwerking, meetinstrumenten, therapie-uitkomsten, soorten interventies en de betrokkenheid van mantelzorgers en bewoners. Ondanks dat de populatie van verpleeghuisbewoners met dementie gekenmerkt is door verschillen, benadrukken wij het belang van het definiëren van fysiotherapie en verpleeghuisstandaarden. Het ontbreken van deze standaarden leidt tot ongewenste variatie in de geleverde fysiotherapie, waardoor een deel van de bewoners mogelijk suboptimale therapie ontvangt. Toekomstig onderzoek moet zich richten op welke elementen van het structurele

en procedurele kader wenselijk zijn en in de dagelijkse praktijk zouden moeten worden opgenomen.

Referenties

1. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
2. **Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, et al.** Defeating Alzheimer's disease and other dementias : a priority for European science and society. Online gepubliceerd 2015. doi:10.1016/S1474-4422(16)00062-4
3. World Health Organization. Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 - 2025. CC BY-NC-S.; 2017.
4. **Prince M, Prina M, Guerchet M.** World Alzheimer Report 2013: An analysis of long-term care for dementia | Alzheimer's Disease International. Global Observatory for Ageing and Dementia Care. Online gepubliceerd 2013:92. www.julianhowell.co.uk
5. **Sterke S, Paula A, Oomen H, Voogt L, Goumans M.** Physiotherapy in nursing homes . A qualitative study of physiotherapists' views and experiences. BMC Geriatr. 2021;21(150):1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02080-6>
6. **McArthur C, Hirdes J, Berg K, Giangregorio L.** Who receives rehabilitation in Canadian long-term care facilities? A cross-sectional study. Physiotherapy Canada. 2015;67(2):113-121. doi:10.3138/ptc.2014-27
7. **Brett L, Noblet T, Jorgensen M, Georgiou A.** The use of physiotherapy in nursing homes internationally: A systematic review. PLoS One. 2019;14(7). doi:10.1371/journal.pone.0219488
8. **McArthur C, Gibbs JC, Patel R, et al.** A Scoping Review of Physical Rehabilitation in Long-Term Care: Interventions, Outcomes, Tools. Canadian Journal on Aging. 2017;36(4):435-452. doi:10.1017/S071498081700040X
9. **Brett L, Traynor V, Stapley P.** Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(2):104-116. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.016
10. **Berg K, Sherwood S, Murphy K, Carpenter GI, Gilgen R, Phillips CD.** Rehabilitation in Nursing Homes: A Cross-National Comparison of Recipients. Vol 26.; 1997. <http://ageing.oxfordjournals.org/>
11. **Leemrijse CJ, De Boer ME, Van Den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J.** Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study. BMC Geriatr. 2007;7. doi:10.1186/1471-2318-7-7

12. Patiëntenfederatie Nederland. Zorgkaart Nederland. 2023. Geraadpleegd op 25 augustus 2023. <https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis?typezorg%5B0%5D=Langdurig%20verblijf&specialisatie%5B0%5D=Dementie>
13. **Donabedian A.** The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1988;260(8):1743-1748. doi:10.1001/jama.1989.03420080065026
14. **Groeneveld IF, Meesters JIL, Arwert HJ, et al.** Practice variation in the structure of stroke rehabilitation in four rehabilitation centres in the Netherlands. *J Rehabil Med.* 2016;48(3):287-292. doi:10.2340/16501977-2054
15. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet langdurige zorg (Wlz). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
16. **Allonsius F, de Kloet A, van Markus-Doornbosch F, et al.** The structure of rehabilitation care for young patients with acquired brain injury: Similarities and differences among Dutch rehabilitation centres, 10 August 2023, PREPRINT (Version 1) beschikbaar via Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3232439/v1>]
17. **von der Gracht HA.** Consensus measurement in Delphi studies. Review and implications for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change.* 2012;79(8):1525-1536. doi:10.1016/j.techfore.2012.04.013
18. **English JM, Kernan GL.** The prediction of air travel and aircraft technology to the year 2000 using the delphi method. Vol IO. Pergamon Press; 1976.
19. **Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TA.** A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy (New York).* 2014;114(1):5-14. doi:10.1016/j.healthpol.2013.08.002
20. **Barodawala S, Kesavan S, Young J.** A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes. *Clin Rehabil.* 2001;15(6):607-610. doi:10.1191/0269215501cr454oa
21. **Billot M, Calvani R, Urtamo A, et al.** Preserving mobility in older adults with physical frailty and sarcopenia: Opportunities, challenges, and recommendations for physical activity interventions. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1675-1690. doi:10.2147/CIA.S253535
22. **Faxén-Irving G, Luiking Y, Grönstedt H, et al.** Do Malnutrition, Sarcopenia and Frailty Overlap In Nursing-Home Residents? *Journal of Frailty and Aging.* 2021;10(1):17-21. doi:10.14283/jfa.2020.45
23. **Smulders E, Weerdesteyn V, Groen BE, et al.** Efficacy of a short multidisciplinary falls prevention program for elderly persons with osteoporosis and a fall history: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(11):1705-1711. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.004
24. **Pieper MJC, Francke AL, van der Steen JT, et al.** Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(2):261-269. doi:10.1111/jgs.13868
25. **Tinetti ME.** Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(2):119-126. doi:N/A
26. **Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V.** The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63. doi:10.3109/09638288809164103
27. **Smith R.** Validation and Reliability of the Elderly Mobility Scale. *Physiotherapy (United Kingdom).* 1994;80(11):744-747. doi:10.1016/S0031-9406(10)60612-8
28. **Crocker T, Forster A, Young J, et al.** Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;2013(2). doi:10.1002/14651858.CD004294.pub3
29. **Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S.** Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;2015(4). doi:10.1002/14651858.CD006489.pub4
30. **Sohn S, Moon S, Prokop LJ, Montori VM, Fan JW.** A scoping review of medical practice variation research within the informatics literature. *Int J Med Inform.* 2022;165. doi:10.1016/j.ijmedinf.2022.104833
31. **Leeuw de ED, Hox JJ, Dillman DA.** International Handbook of Survey Methodology. Vol 1.; 2008. <http://www.eam-online.org>

Oproep om ervaringen met agressie te delen

Beroepsgroepen in de zorg- en welzijnssector, waaronder fysiotherapeuten, hebben in vergelijking met andere sectoren relatief het vaakst te maken met agressie. Veeleisende patiënten of familieleden, schelden, bedreigen en soms zelfs lichamelijk geweld: het komt helaas steeds vaker voor.

Voor een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie zijn wij op zoek naar collega's die hier iets over willen vertellen. Heb jij hiermee te maken gehad? Hoe ga je daar mee om? Leg je het makkelijk naast je neer of heb je er echt last van?

Is er aandacht voor in de opleidingen? En zo ja, kwam dit onderwerp tijdens je opleiding of een nascholing aan bod?

Zijn er bij jou op het werk afspraken vastgelegd over hoe om te gaan met agressie? Weet je je gesteund wanneer je er melding van maakt?

Kortom, we willen dit probleem vanuit verschillende invalshoeken benaderen en we zijn benieuwd naar jullie ervaringen. Als je het niet fijn vindt om met je naam in het artikel te staan, dan houden we het anoniem. Wil je iets met ons delen? Stuur dan een mail naar redactie@nvfgnet.nl.



Wist je dat er jaarlijks één miljoen 65+'ers vallen?

Gelukkig kan jij als zorg-professional vallen voorkomen. Hoe? Doe samen met 65+'ers de online Valrisicotest. Zo help jij je cliënten te blijven genieten van de dingen die voor hen belangrijk zijn.

Nieuw!
nu ook online!

Deel de test of
vul 'm samen in!
www.testjevalrisico.nl



Valangst: vriend of vijand?

De Nederlandse versie van de Updated Perceived Control of Falling Scale

Anna Beissel, Li-Juan Jie, Melvin Franken, Elmar Kal en Melanie Kleynen



Veel oudere patiënten ervaren angst om te vallen, wat kan leiden tot inactiviteit en een verhoogd valrisico. Recent onderzoek suggereert dat valangst met name een negatieve invloed heeft bij mensen die weinig controle over vallen ervaren. Wij hebben de Nederlandse versie van de Updated Perceived Control of Falling Scale vertaald en getest op betrouwbaarheid en validiteit bij vijftig ouderen (gemiddelde leeftijd 79 jaar) met verschillende diagnoses zoals hart- en vaatziekten of neurologische aandoeningen. Op basis van de resultaten lijkt de vragenlijst een valide en betrouwbaar instrument om de mate van ervaren controle te screenen.

Auteursgegevens: Anna Beissel MSc, Docent bij Zuyd Hogeschool, Heerlen. Jie Li-Juan PhD, docent-onderzoeker bij Hogeschool, Heerlen. Melvin Franken MSc, docent bij Avans+ Breda. Elmar Kal PhD, Senior-Lecturer bij Brunel University London. Melanie Kleyne PhD, Hoofdocent-onderzoeker bij Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Correspondentie: anna.beissel@zuyd.nl

Inleiding

Dagelijks worden gemiddeld driehonderd ouderen (65+) op de spoedeisende hulp gezien na een valincident, en dit aantal neemt toe.¹ Hiervan loopt 87% ernstig letsel op, zoals fractures of hersenletsel, wat vaak leidt tot ziekenhuisopname, langdurig verblijf in verpleeghuizen of zelfs overlijden.¹ Dit maakt vallen een zeer belangrijk onderwerp in de ouderenzorg. Vallen is een complex, multifactorieel probleem. Een van de factoren die kan bijdragen aan een verhoogd valrisico is valangst.¹ De schattingen van hoeveel ouderen daadwerkelijk valangst ervaren lopen nogal uiteen, afhankelijk van meetwijze en onderzoek. Maar liefst 85% van de ouderen ervaart valangst en vaak is deze valangst een gevolg van eerdere valincidenten.² Valangst kan enerzijds leiden tot een vermindering van de fysieke en mentale gezondheid, sociale isolatie en een verhoogd valrisico.^{3,4} Anderzijds kan valangst ook leiden tot positieve veranderingen in het bewegen die leiden tot een verlaagd valrisico, zoals meer aandacht bij het uitvoeren van bewegingen, betere planning en veiligere uitvoering van taken.³

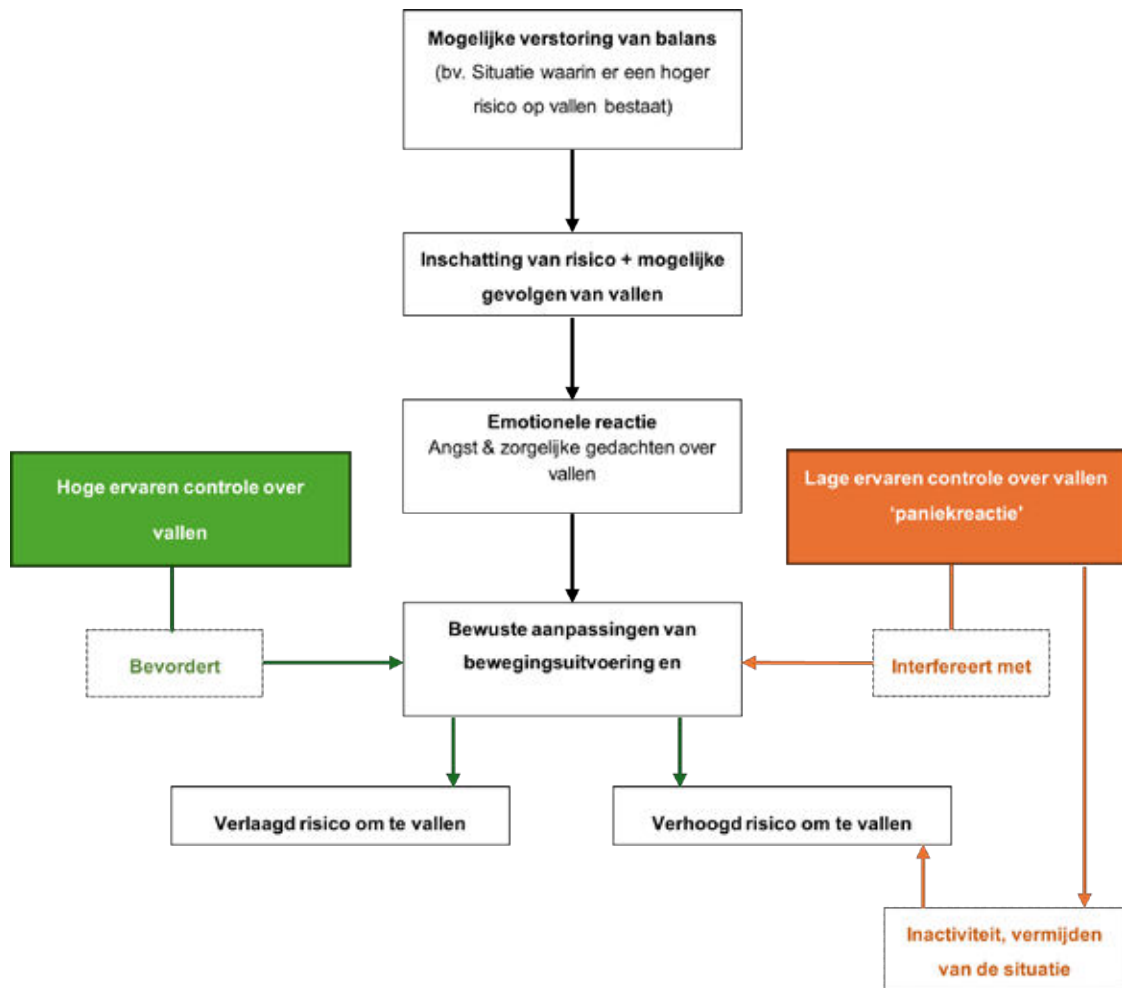
Om inzicht te krijgen of de valangst risicoverhogend of juist risicoverlagend werkt, kan onderscheid gemaakt worden tussen valangst, en, zich zorgen maken om te vallen⁵. Onder angst wordt een acute emotie verstaan die bij potentieel gevaar getriggerd wordt.^{6,7} Situaties waarin de balans van een persoon wordt uitgedaagd, en ook een verhoogd valrisico ontstaat, kunnen automatische fysieke reacties bij iemand uitlokken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het staan langs een afgrond, het lopen over een oneffen ondergrond of een botsing met een andere persoon. Deze situaties kunnen mogelijk een angstreactie of zorgelijke gedachten oproepen. Als iemand angstig reageert, leidt dit onvermijdelijk tot een verhoogd bewustzijn van het bewegen. Door deze adaptieve reactie zijn mensen in staat om gerichte aanpassingen te maken en zo een val te voorkomen. Zo kan het (ver)plaatsen van de voeten ervoor zorgen dat een potentieel obstakel wordt vermeden. Echter, een dergelijke reactie vereist wel een bepaalde mate van

mentale inspanning en aandacht. Wanneer iemand een lage controle over zijn bewegen ervaart zal de bewuste controle minder effectief zijn. Enerzijds door dat deze personen minder geneigd zijn om moeite te doen om hun beweging aan te passen, zij denken eerder: ik val toch wel. Anderzijds kunnen paniek en zorgelijke gedachten de aandacht afleiden van het bewegen zelf. Een lage controle over het bewegen kan daarom minder adaptief zijn en mogelijk leiden tot een hoger risico om te vallen.

Bewuste bewegingscontrole kan de bewegingsplanning en -uitvoering mogelijk verbeteren en dit proces kan het valrisico verlagen.⁴ Al met al hoeft valangst dus niet per se negatief te zijn.

Figuur 1 illustreert dit concept en de mogelijke invloed hiervan op het daadwerkelijke valrisico.

Het is belangrijk om niet alleen valangst in kaart te brengen, maar ook de controle over valangst. Tot op heden worden deze aspecten in meetinstrumenten nog niet meegenomen. Huidige meetinstrumenten, zoals de Falls Efficacy Scale International (FES-I), bepalen alleen of en in welke mate valangst aanwezig is. De Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) beschouwt alleen het aspect angst in algemene zin. Door onderzoekers in het Verenigd Koninkrijk is daarom een nieuw meetinstrument ontwikkeld waarmee wel de mate van ervaren controle gemeten kan worden, de Updated Perceived Control of Falling Scale (UP-COF).⁸ De UP-COF is een eenvoudige screeningsvragenlijst waarin vier vragen worden gesteld om inzicht te krijgen in hoeveel controle iemand over zijn valrisico ervaart (zie Figuur 2). De UP-COF kan personen identificeren die een lage controle over hun beweegpatroon ervaren en daardoor een verhoogd valrisico hebben.⁶ Deze inzichten kunnen door de fysiotherapeut gebruikt worden om bijvoorbeeld inzicht te geven in eigen grenzen van de patiënt, maar ook of iemand baat heeft bij een interventie die controle over vallen bevordert. De vragen worden door de patiënt op een schaal van 0 tot en 5 gescoord. Patiënten met een score op de UP-COF onder 14 vermijden vaker activiteiten vanwege angst om te vallen en zijn vaker meerdere keren gevallen in



Figuur 1: Flowchart: construct valangst en welke door de UP-COF gemeten wordt. Afkorting: UP-COF=Updated Perceived Control of Falling Scale.

het afgelopen jaar.⁸ Er is vastgesteld dat de Engelstalige versie over een goede betrouwbaarheid en validiteit beschikt.⁸

Van de UP-COF was nog geen Nederlandse vertaling beschikbaar. In de eerste fase van dit onderzoek is de vragenlijst vertaald naar het Nederlands.⁶ Daarnaast was het doel van dit onderzoek om inzichten te krijgen in de methodologische kwaliteit (test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit) van de vertaalde versie.^{9,10}

De volgende vraagstelling werd centraal gezet:

Wat is de test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit van de Nederlandse vertaling van het meet-

instrument Updated Perceived Control of Falling Scale, bij 65-plussers?

Methode

Het onderzoek bestond uit twee fases: 1) vertaling en 2) onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de vertaalde versie van de vragenlijst.

Onderzoeksdesign

Er werd een kwantitatieve crossectionele studie uitgevoerd waarin de betrouwbaarheid (betrouwbaarheid, meetfout en interne consistentie) en constructvaliditeit is bepaald. De Medisch Ethische Toets Commissie

Zuyderland/Zuyd heeft toestemming gegeven voor de uitvoering van het onderzoek. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig en deelnemers konden zonder opgave van reden elk moment besluiten te stoppen. Alle deelnemers hebben een toestemmingsverklaring getekend.

Populatie

Vijftig thuiswonende ouderen zijn persoonlijk benaderd vanuit een fysiotherapiepraktijk in Brunssum. Een onderzoekspopulatie van vijftig deelnemers wordt aangeraden voor onderzoek naar de betrouwbaarheid en constructvaliditeit van meetinstrumenten.¹¹

De inclusiecriteria waren:

- Een leeftijd ≥ 65 jaar,
- In behandeling voor fysiotherapie in de eerste lijn,
- Goed begrip van de Nederlandse taal om de vragenlijst in te kunnen vullen, zo nodig met behulp van de mantelzorger.

Meetinstrumenten

Om de constructvaliditeit te onderzoeken zijn naast de UP-COF, de Falls Efficacy Scale -International (FES-I) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gebruikt.

Updated Perceived Control of Falling Scale (UP-COF)

De UP-COF is een vragenlijst bestaande uit vier stellingen (Figuur 2). Iedere stelling wordt beoordeeld op basis van een 5-punts Likertschaal (1: weinig overeenstemming 5: veel overeenstemming met de stelling). De Engelstalige versie van de UP-COF is reeds onderzocht, waarbij een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha=0,751$) en goede test-hertestbetrouwbaarheid (ICC=0,718) werd geconstateerd. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de standaard meetfout (SEM) 1,5 is, het minimale detecteerbare verschil (MDC) 4,1 en de afkapwaarde voor een *lage ervaren controle* $\leq 13/20$ punten.⁸

Falls Efficacy Scale International (FES-I) met 7 items

De constructvaliditeit werd met behulp van de FES-I bepaald. De FES-I is een vragenlijst met zeven items over de mate van bezorgdheid om te vallen tijdens verschillende activiteiten. De FES-I wordt gescoord met behulp van een Likertschaal van 1-4 (1: lage mate van bezorgdheid en 4: hoge mate van bezorgdheid). Bij een totaalscore van >10 punten wordt gesproken van grote

bezorgdheid om te vallen.¹² Er wordt verwacht dat er een omgekeerde, matige samenhang is tussen de score op de UP-COF en op de FES-I, oftewel dat lage controle samengaat met grotere bezorgdheid over vallen. De FES-I heeft een hoge betrouwbaarheid en validiteit.¹²

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

De constructvaliditeit werd daarnaast ook geanalyseerd met behulp van de HADS. De HADS bestaat uit twee subschalen die gericht zijn op 1) depressie en 2) angst.¹³ Voor dit onderzoek is alleen de subschaal

.... om inzicht te krijgen of de valangst risicoverhogend of juist -verlagend werkt, kan onderscheid gemaakt worden tussen valangst, en, zich zorgen maken om te vallen

over angst gebruikt. Deze subschaal bevat zeven stellingen en meet gegeneraliseerde angst. De stellingen worden op een Likertschaal van 0 tot en met 3 gescoord (0: geen overeenstemming; 3: veel overeenstemming). De totale score varieert van 0 (geen angst) tot 21 (veel angst). Er wordt een matige samenhang tussen de score op de UP-COF en op de HADS (subschaal angst) verwacht. De betrouwbaarheid en validiteit van de HADS is matig tot hoog.¹⁴

Procedure

Vertalingsproces

De vertaling is uitgevoerd conform het protocol van Guillemin et al.¹⁵

Er zijn drie fases in het vertalingsproces. Fase 1 betreft een vertaling door iemand met als moedertaal Nederlands en dan volgt fase 2 met de terugvertaling door iemand met als moedertaal Engels. In fase 3 werd de vertaling kritisch beoordeeld door verschillende disciplines om te waarborgen dat na de crossculturele vertaling nog het doel van de vragen behaald wordt. De beoordelaren waren twee patiëntvertegenwoordigers, een ergotherapeut en een fysiotherapeut.

Onderzoeksproces

De metingen zijn verricht door drie fysiotherapeuten die werkzaam waren in de praktijk. Voorafgaand aan het onderzoek heeft een kalibratiesessie plaatsgevonden

om een vertekening van de resultaten te voorkomen. Hierbij is de afname van alle vragenlijsten met alle onderzoekers afgestemd zodat de vragenlijsten op dezelfde manier afgenomen werden.

Als eerste stap hebben de onderzoekers in kaart gebracht welke patiënten die onder behandeling waren in de praktijk in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek. Daarna hebben de onderzoekers contact opgenomen met potentiële deelnemers en is er een eerste afspraak ingepland. Tijdens de eerste afspraak werden de informatiebrief en het toestemmingsverklaring besproken. Potentiële deelnemers hadden altijd minimaal twee dagen bedenktijd. Indien de deelnemer toestemming gaf werden twee meetmomenten voor het test- en het hertestmoment ingepland.

*.... fysiotherapeuten kunnen,
naast het screenen van valangst,
hiermee ook de ervaren controle
in overweging nemen bij het kiezen
van behandelstrategieën*

De metingen hebben voor of na de fysiotherapeutische behandelsessie plaatsgevonden. De metingen vonden plaats in de fysiotherapiepraktijk de Bundeling te Brunssum of bij de deelnemers thuis, maar gezorgd is dat per deelnemer beide metingen op dezelfde plaats afgenomen werden.

Tijdens het eerste meetmoment (T1) zijn de volgende demografische gegevens in kaart gebracht: leeftijd, geslacht, gebruik van een loophulpmiddel, woonomgeving (aangepast, niet aangepast en alleen of samen), activiteitsniveau (laag=geen activiteit; matig=wel actief maar niet 150 min per week matig intensief bewegen; hoog=150 min per week matig intensief bewegen) en valgeschiedenis in het afgelopen jaar uitgevraagd en is de UP-COF afgenomen. De tweede meeting vond een week later plaats. Met deze tijdsperiode tussen de twee metingen werd getracht om te voorkomen dat er enerzijds geen significante veranderingen omtrent valangst hadden plaatsgevonden en anderzijds om de kans zo klein mogelijk te houden dat de deelnemers hun scores op T1 zouden kunnen herinneren.¹⁶ Tijdens het tweede meetmoment (T2) werd nogmaals de UP-COF afgenomen. Daarnaast

zijn de HADS en de FES-I afgenomen voor bepaling van de constructvaliditeit. De medische diagnose en medicatie is met toestemming van het elektronisch patiëntendossier gehaald.

Statistische analyse

De gegevens werden geanalyseerd middels SPSS, versie 28.0.1.0. De COSMIN richtlijnen zijn gevolgd voor de statistische analyse.^{16,17} Deze betroffen het bepalen van de test-hertestbetrouwbaarheid (intraclasscorrelatiecoëfficiënt – ICC), de meetfout (limit of agreement – LoA, standard error measurement – SEM, en smallest detectable change – SDC) en de interne consistentie (Cronbach's alpha).¹⁶

Beschrijvende statistiek

Er werd een descriptieve analyse uitgevoerd (spreidingsmaat, verdeling en centrummaten) van de hele groep en van de volgende specifieke subgroepen: deelnemers met en zonder valgeschiedenis.

Betrouwbaarheid

Als maat voor betrouwbaarheid is de intraclasscorrelatiecoëfficiënt (ICC) A, 1 two-way random berekend.¹⁸ Er werd een afkapwaarde voor betrouwbaarheid van minimaal ICC 0,70 gehanteerd voor een goede betrouwbaarheid.¹⁹ De meetfout werd berekend en weergegeven in de grenzen van overeenkomst (Limits of Agreement – LoA).²⁰ De grenzen van overeenkomst werden gedefinieerd op 95% van de verschillen tussen de twee metingen berekend met de formule: $LoA = \text{Mean} \pm 1,96 * SD$.¹⁹ Deze resultaten werden gevisualiseerd in een Bland-Altman plot.²¹ De standard error of measurement (SEM) is berekend met de volgende formule: $SEM = SD / \sqrt{2}$.¹⁹ De smallest detectable change (SDC) is berekend met de formule: $SDC = SEM * \sqrt{2} * 1,96$.¹⁹ De interne consistentie werd met Cronbach's alpha bepaald. Een uitkomst van minimaal 0,70 werd gezien als een goede interne consistentie.¹⁹

Constructvaliditeit

Ter bepaling van de constructvaliditeit is de correlatie tussen de UP-COF en FES-I, respectievelijk UP-COF en HADS berekend met behulp van de Spearman's rho correlatiecoëfficiënt (normaal verdeelde data). Als afkapwaarde werd een r tussen 0,30 en 0,50 gehanteerd (convergente constructvaliditeit met matige correlatie). Om het verschil te onderzoeken tussen deelnemers met en zonder valgeschiedenis is de Mann-Whitney-U test

uitgevoerd. Een *p*-waarde van <0,05 wordt gehanteerd als afkappunt voor significantie.

Resultaten

Eerst worden de resultaten van het vertalingsproces beschreven en aansluitend worden de resultaten met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit gepresenteerd.

Vertaling

In de eerste vertaling zijn de vier vragen vertaald, bij vraag vier heeft de vertaler twee versies van de vertaling gegeven. De terug-vertaling verliep zonder problemen. Vanuit de beoordelaren, welke de vertaling beoordeelde kwamen twee suggesties op taalinhoudelijk vlak. De eerste opmerking betrof de instructie, om deze mogelijk in verleden tijd te formuleren omdat het om de

afgelopen weken gaat. De tweede opmerking betrof de vierde vraag: *angst om te vallen me overweldigt*, te vertalen naar: *niet leidt tot overweldigende emotie*. Deze werden met de onderzoeksgroep besproken, maar niet aangepast. De afweging die gemaakt werd, was om zo dicht mogelijk bij het origineel te blijven. Figuur 2 presenteert de eindversie van de vertaalde UP-COF.

Betrouwbaarheid en validiteit

In de periode van juni 2023 tot en met september 2023 zijn 50 mensen (29 vrouwen) geïncludeerd voor het onderzoek. Alle deelnemers hebben aan beide metingen deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 79 jaar (SD=7,36). De demografische gegevens van de deelnemers zijn in Tabel 1 weergegeven. De groep is opgedeeld in deelnemers met en zonder valgeschiedenis.

Updated Perceived Control over Falling Scale – Dutch language version (UP-COF - Dutch)

Instructie: Geef voor elk van de onderstaande uitspraken aan in welke mate deze op u van toepassing zijn. Baseer uw antwoord op hoe u zich in het *algemeen heeft gevoeld* in de **afgelopen paar weken**.

Ik kan mijn risico om te vallen verminderen

Sterk mee oneens

0

1

2

3

4

5

Sterk mee eens

Zorgelijke gedachten over vallen kan ik gemakkelijk uit mijn hoofd zetten

Sterk mee oneens

0

1

2

3

4

5

Sterk mee eens

Er zijn dingen die ik kan doen om te voorkomen dat ik val

Sterk mee oneens

0

1

2

3

4

5

Sterk mee eens

Ik kan voorkomen dat de angst om te vallen me overweldigt

Sterk mee oneens

0

1

2

3

4

5

Sterk mee eens

Total score _____

Figuur 2: UP-COF vertaalde versie. Afkorting: UP-COF=Updated Perceives Control of Falling Scale.

Betrouwbaarheid

De gemiddelde score van alle deelnemers op de UP-COF op T1 was 14,82 (standaarddeviatie (SD)=4,16; mediaan=16; minimum=5; maximum=20) en voor T2 15,04 (SD=3,90; mediaan=15; minimum=7; maximum=20). De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse zijn weergegeven in Tabel 2.

Het gemiddelde absolute verschil tussen T1 en T2 was 0,22 (SD=2,65). De limits of agreement van de metingen liggen tussen -4,98 en 5,42 (Figuur 3). Dit impliceert dat 95% van de verschillen tussen de twee meetmomenten binnen dit bereik zullen vallen. De Bland-Altman plot (Figuur 3) visualiseert deze verschillen tussen metingen en de LOA.²¹

Basiskenmerken	Totaal (n=50)	Valgeschiedenis (n=30)	Geen valgeschiedenis (n=20)
Leeftijd, gemiddeld (SD) in jaren	79 (7,36)	79 (6,68)	79 (1,89)
Geslacht (%)	29 vrouwen (58)	18 vrouwen (60)	11 vrouwen (55)
Diagnoses*			
Parkinson	7	4	3
CVA	11	8	3
Hart- en vaatziekten	15	9	6
Kanker	5	4	1
Anders**	45	32	13
Loophulpmiddel			
Stok, n(%)	6 (12)	3 (10)	3 (15)
Rollator, n(%)	27 (54)	15 (50)	12 (60)
AFO, n(%)	1 (2)	1 (3,3)	–
Geen, n(%)	16 (32)	11 (36,7)	5 (25)
Wonen			
Aangepast, n(%)	29 (58)	16 (53,3)	13 (65)
Samen met mantelzorger, n(%)	26 (52)	15 (50)	11 (55)
Activiteitsniveau			
Laag, n(%)	7 (14)	4 (13,3)	3 (15)
Matig, n(%)	23 (46)	13 (43,3)	10 (50)
Hoog, n(%)	20 (40)	13 (43,3)	7 (35)
Valgeschiedenis			
1x gevallen, n(%)	13 (26)	13 (43,3)	–
2x gevallen, n(%)	6 (12)	6 (20)	–
> 2x maar < 6x, n(%)	3 (6)	3 (10)	–
Meer dan 6x/jaar, n(%)	8 (16)	8 (26,7)	–
Valangst (=FES ≥ 11), n(%)	40 (80)	27 (90)	13 (65)

Tabel 1: Demografische gegevens van onderzoeksdeelnemers.

Afkortingen: SD=standaard deviatie; n=aantal; AFO=ankle-foot-orthesis; FES=Falls Efficacy Scale.

*alle diagnoses per deelnemer zijn meegenomen.

**anders: longaandoeningen, artrose, diabetes, polyneuropathie onderste extremiteiten, lymfoedeem, nierfalen, osteoporose, ziekte van ménière, hernia met uitval onderste extremiteit, reuma, fibromyalgie, chronische darmontsteking, depressie.

UP-COF	
Betrouwbaarheid (ICC)	0,88 (95% CI=0,79-0,93; $p<0,001^*$)
Vraag 1 (correlatie)	$r=0,66$ ($p<0,001^*$)
Vraag 2 (correlatie)	$r=0,73$ ($p<0,001^*$)
Vraag 3 (correlatie)	$r=0,22$, ($p=0,065$)
Vraag 4 (correlatie)	$r=0,65$ ($p<0,001^*$)
Cronbachs alpha	T1: $\alpha=0,703$ T2: $\alpha=0,766$

Tabel 2: Overzicht resultaten betrouwbaarheid UP-COF. Afkortingen: ICC=intraclasscorrelatiecoëfficiënt; CI=betrouwbaarheidsinterval; r=correlatiecoëfficiënt; p=p-waarde; α=cronbachs aplha. *statistisch significant

De standaardmeetfout (SEM) was berekend als 1,87, wat de gemiddelde variabiliteit van de meetfout aangeeft. De kleinste waarneembare verandering (SDC) werd berekend als 5,18, wat de minimale verandering aangeeft die als een echte verandering kan worden beschouwd en niet als een gevolg van meetfouten. Er is binnen de huidige data-set een outlier buiten de LoA waarneembaar (Figuur 3). De oorzaak voor de uitschieter kon niet achterhaald worden. Echter, zogenaamde sensitivity analyse zonder de outlier heeft uit-

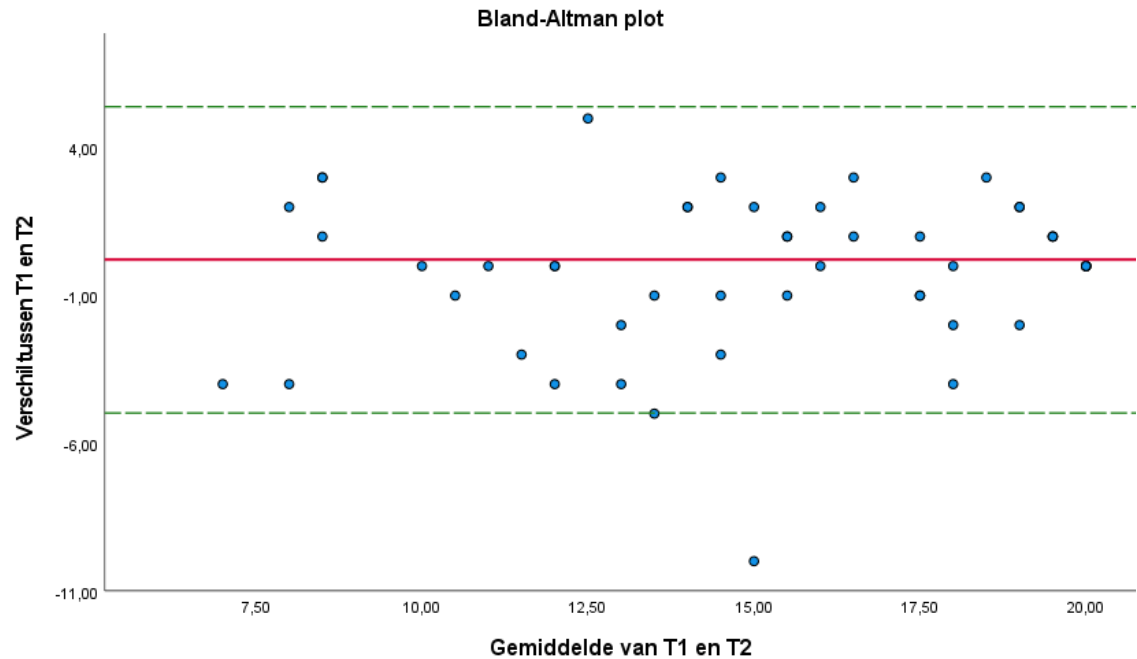
gewezen dat de conclusies m.b.t. de methodologische analyses (ICC en correlaties) niet substantieel zouden veranderen (resultaten vielen nog steeds binnen de gekozen afkapwaarden).

Validiteit

De resultaten laten een matige correlatie zien tussen de UP-COF en de HADS (Tabel 3, Figuur 4) en tussen de UP-COF en de FES (Tabel 3, Figuur 5). Deelnemers met valgeschiedenis scoorden gemiddeld 2 punten lager (niet-vallers=gemiddeld 16,1 / SD=4,3; vallers=gemiddeld 14,00 / SD=3,92) maar dit verschil was niet significant ($p=0,06$).

Discussie

De Nederlandstalige versie van de UP-COF laat binnen dit onderzoek een goede test-hertestbetrouwbaarheid zien. De resultaten toonden, zoals verwacht, een omgekeerde matige samenhang tussen de UP-COF en de FES en een matige samenhang tussen de UP-COF en de subschaal angst van de HADS aan wat duidt op een goede constructvaliditeit. De gevonden resultaten zijn vergelijkbaar met de gevalideerde Engelstalige versie van de UP-COF door Ellmers et al.⁷ Echter, in vergelijking met de Engelse studie zijn een aantal resultaten opvallend.⁷ Ten eerste waren de

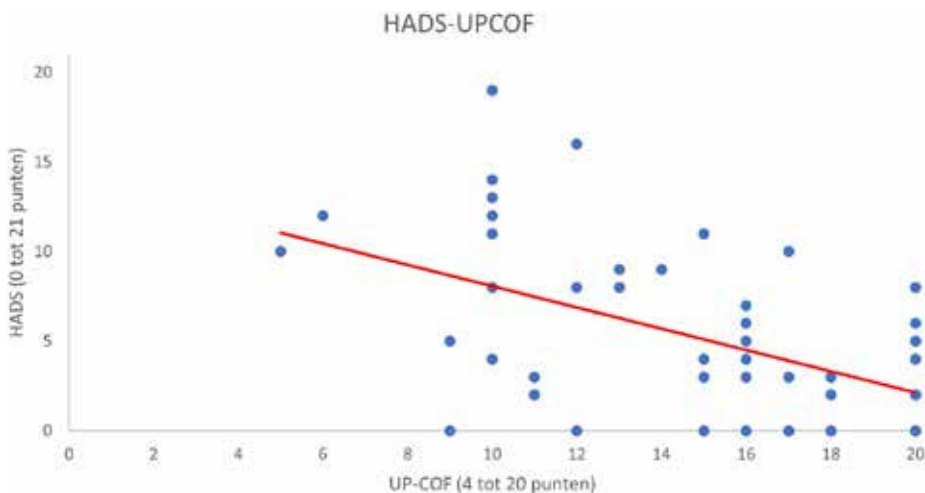


Figuur 3: Bland-Altman Plot. Afkortingen: T1=eerste meetmoment; T2=tweede meetmomen

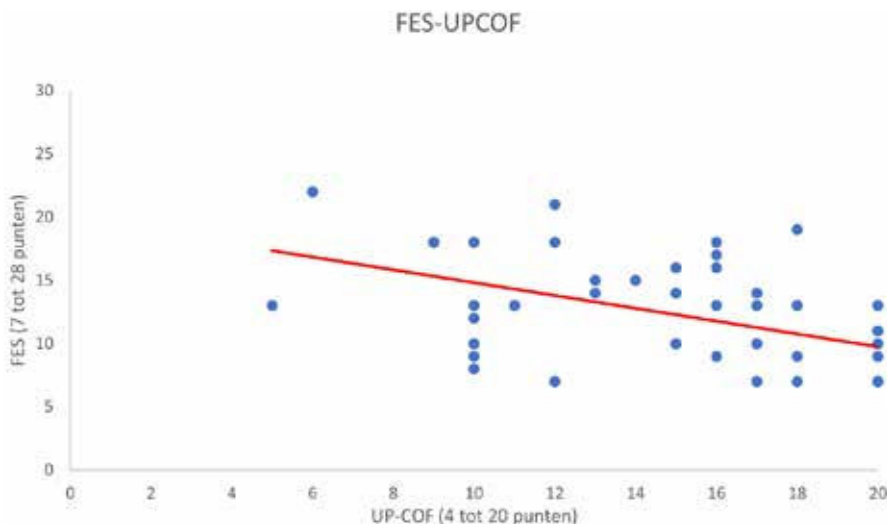
Test/Meting	T1	T2
Correlatie HADS-UP-COF	$r=0,47$; $p<0,001^*$	$r=0,361$; $p=0,01^*$
Correlatie FES-I-UP-COF	$r=0,51$; $p<0,001^*$	$r=0,548$; $p<0,001^*$

Tabel 3: Overzicht resultaten validiteit. Afkortingen: HADS=Hospital Anxiety Depression Scale; FES-I= Falls Efficacy Scale International; UP-COF=Updated Perceived Control of Falling Scale; r =correlatiecoëfficiënt; p = p -waarde
*statistisch significant

scores van de Nederlandse versie gemiddeld 1,08 punten lager dan op de Engelse versie. Dit verschil is mogelijk te verklaren door de verschillen tussen de onderzoekspopulaties. In de huidige studie zijn deelnemers geïncludeerd die gemiddeld ouder (ca. 3 jaar) en al onder behandeling bij een fysiotherapeut waren, terwijl bij Ellmers et al. de deelnemers niet per definitie al onder behandeling waren voor mobiliteitsklachten. Bovendien zijn in dit huidige onderzoek deelnemers met neurolo-



Figuur 4: Correlatiediagram HADS - UP-COF. Afkortingen: HADS=Hospital Anxiety Depression Scale; UP-COF=Updated Perceived Control of Falling Scale.



Figuur 5: Correlatiediagram FES - UP-COF. Afkortingen: FES= Falls Efficacy Scale; UP-COF=Updated Perceived Control of Falling Scale.

gische comorbiditeit niet uitgesloten. Ten tweede is het opvallend dat de betrouwbaarheid van vraag drie duidelijk lager ($r=0,22$) is dan van de andere drie vragen, zowel in de Nederlandse, als ook de Engelstalige versie ($r=0,44$). Mogelijk is de vraagstelling van deze vraag niet duidelijk genoeg. De term *dingen* (om te voorkomen dat ik val) laat wellicht te veel ruimte voor interpretaties.

Binnen Nederland is de UP-COF het eerste meetinstrument waarmee inzicht kan worden verkregen in de mate van ervaren bewegingscontrole in relatie tot valangst. Fysiotherapeuten kunnen, naast het screenen van valangst, hiermee ook de ervaren controle in overweging nemen bij het kiezen van behandelstrategieën. Dit kan bijdragen aan een meer gepersonaliseerde aanpak. Indien er sprake is van een combinatie van hoge valangst en weinig ervaren bewegingscontrole, kan dit aanleiding geven om te werken aan de ervaren controle.

Er is in dit onderzoek gekozen om de constructvaliditeit op basis van de FES en de HADS te onderzoeken omdat het onderzoeken van de criteriumsvaliditeit voor de UP-CoF niet mogelijk was. Het betreft immers een nieuw concept dat nog niet eerder in kaart is gebracht. De keuze hiervoor FES en de HADS te gebruiken is gemaakt om de resultaten te kunnen vergelijken met de studie van Ellmers et al.⁷ De steekproef van deze studie is heterogeen wat betreft de diagnose en het niveau van functioneren en er was geen sprake van non-respons. De geïnccludeerde groep geeft daarom een goede representatie van de doelgroep die in de eerste lijn door (geriatrie) fysiotherapeuten wordt behandeld. Echter, kan deze heterogeniteit ook ervoor zorgen dat de vragen anders geïnterpreteerd zijn door deelnemers, wat invloed kan hebben op de betrouwbaarheid van de resultaten. In het algemeen kan de validiteit en betrouwbaarheid altijd afwijken tussen verschillende doelgroepen en zou dus per populatie specifiek onderzocht moeten worden.¹⁹

Een ander discussiepunt is de relatief kleine steekproefgrootte. Alhoewel er aan de beoogde populatie voor dit soort methodologisch onderzoek is voldaan, was de steekproef mogelijk te klein om een subgroepanalyse tussen mensen met en zonder valgeschiedenis uit te voeren.

Een ander punt van discussie is de mogelijke invloed van de eerste meting op de tweede meting (leereffect). Het is mogelijk dat deelnemers door

de eerste meting meer aandacht kregen voor de onderwerpen in de vragenlijst, waardoor de tweede meting werd beïnvloed. Tenslotte is het mogelijk dat het functioneren van de populatie niet stabiel was gedurende de onderzoeksperiode. Veranderingen in de populatie (zoals verslechtering van de gezondheidstoestand) kunnen de resultaten beïnvloeden en de interpretatie ervan bemoeilijken. Toekomstige studies moeten de resultaten met grotere steekproeven bevestigen waarin ook specifiek aandacht is voor verschillende doel- en subgroepen. Daarnaast is onderzoek nodig naar veranderingen van de score op de UP-COF over tijd (longitudinaal onderzoek) om te achterhalen hoe valangst en ervaren controle zich in relatie tot elkaar ontwikkelen en wat de mogelijke gevolgen zijn van een lage of hoge score op de mate van kwetsbaarheid, vermijden van activiteiten en het beweeggedrag algemeen. Tot slot zou de invloed van verschillende behandelstrategieën op de mate van bewegingscontrole (hoog of laag) een zinvolle vervolgstap kunnen zijn. In dit kader zou het ook interessant zijn om een multidisciplinaire aanpak met cognitieve gedragstherapie als aanvulling op de fysiotherapie verder te verkennen.²²

Conclusie

De UP-COF is het eerste meetinstrument dat de mate van ervaren controle van een patient over zijn valrisico kan meten en daarmee een onderscheid mogelijk maakt tussen mogelijke positieve en negatieve aspecten van valangst. Deze resultaten laten een goede test-hertestbetrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de UP-COF zien en geven eerste inzichten in de constructvaliditeit. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef en aandacht voor verschillende doelgroepen is wenselijk om de methodologische kwaliteit verder in kaart te brengen. In afwachting van vervolgonderzoek kunnen fysiotherapeuten overwegen om de mate van ervaren bewegingscontrole mee te nemen bij het personaliseren van een behandelstrategie.

Referenties

1. Centraal Bureau voor Statistiek. Letsel Informatie Systeem 2010-2019, VeiligheidNL, Bevolkingsstatistiek 2010-2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 31]. Available from: <https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-05/Cijferapportage%20Letsels%202019.pdf>

2. **Cambier D, Hobbelen JSM, de Vries NM.** Geriatrie in de fysiotherapie en kinesiotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
3. **Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van dijk N, Van der hooft T, De rooij SE.** Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Vol. 37, Age and Ageing. 2008. p. 19–24.
4. **Ellmers TJ, Wilson MR, Norris M, Young WR.** Protective or harmful? A qualitative exploration of older people's perceptions of worries about falling. Age Ageing. 2022 Apr 1;51(4).
5. **LeDoux JE, Pine DS.** Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. Vol. 173, American Journal of Psychiatry. American Psychiatric Association; 2016. p. 1083–93.
6. **Landers MR, Oscar S, Sasaoka J, Vaughn K.** Balance Confidence and Fear of Falling Avoidance Behavior Are Most Predictive of Falling in Older Adults: Prospective Analysis. Phys Ther. 2016 Apr 1;96(4):433–42.
7. **Ellmers TJ, Wilson MR, Kal EC, Young WR.** The perceived control model of falling: developing a unified framework to understand and assess maladaptive fear of falling. Age Ageing [Internet]. 2023 Jul 1;52(7). Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/doi/10.1093/ageing/afad093/72246978>.
8. **Delbaere K, Sturnieks DL, Crombez G, Lord SR.** Concern about falls elicits changes in gait parameters in conditions of postural threat in older people. Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences. 2009 Feb;64(2):237–42.
9. **Middel B.** Betrouwbaarheid van een meetinstrument. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice. 2004 Jun;2(2):25–6.
10. **Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al.** Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007 Jan;60(1):34–42.
11. **de Vet R, Bols E, Terwee C, Beurskens S.** Stap 5: wat is de klinimetrische kwaliteit van meetinstrumenten? In: Meten in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020. p. 49–81.
12. **Kempen GJMM, Yardley L, Van Haastregt JCM, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, et al.** The Short FES-I: A shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. Age Ageing. 2008 Jan;37(1):45–50.
13. **Zigmond AS, Snaith RP.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1983 Jun 23;67(6):361–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
14. **Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D.** The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. J Psychosom Res [Internet]. 2002;52(2):69–77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901002963>
15. **Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.** Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol [Internet]. 1993 Dec;46(12):1417–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/089543569390142N>
16. **Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al.** The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. J Clin Epidemiol. 2010 Jul;63(7):737–45.
17. **Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al.** COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Quality of Life Research. 2018 May 12;27(5):1147–57.
18. **McGraw KO, Wong SP.** Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. Psychol Methods [Internet]. 1996 Mar;1(1):30–46. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1082-989X.1.1.30>
19. **de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL.** Measurement in Medicine [Internet]. Cambridge University Press; 2011. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511996214/type/book>
20. **Mokkink LB, Boers M, van der Vleuten CPM, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, et al.** COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. BMC Med Res Methodol. 2020 Dec 3;20(1):293.
21. **Bland JM, Altman DG.** Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. The Lancet [Internet]. 1986 Feb;327(8476):307–10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673686908378>
22. **Castro P, Vadera S, Bancroft MJ, Buttell J, Kaski D.** Case Report: Acute Onset Fear of Falling and Treatment With “Cognitive Physical Therapy.” Front Neurol. 2021 Aug 6;12.

Versoepelde toelating geriatriefysiotherapeuten voor de specialisatie Osteoporose, vallen en breken

Geriatriefysiotherapeuten mogen zich vanaf 1 november 2024 zonder aanvullende basisscholing aanmelden bij Chronisch ZorgNet voor de specialisatie OVB.*

Er hebben constructieve gesprekken plaatsgevonden tussen Chronisch ZorgNet en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG). Een expertwerkgroep Osteoporose, vallen en breken, hierna te noemen OVB, heeft opnieuw gekeken naar de basisvaardigheden van therapeuten om te starten met de specialisatie Osteoporose, vallen & breken. Dit heeft geleid tot een versoepelde toelating voor geriatriefysiotherapeuten voor de specialisatie OVB. Zij mogen zich vanaf 1 november 2024 aanmelden als Chronisch ZorgNet deelnemer en ontvangen de specialisatie OVB.

Geriatricfysiotherapeuten écht van meerwaarde bij fractuurpreventie

De aandacht voor fractuurpreventie groeit. Osteoporose is niet meer enkel een co-morbiditeit. Osteoporose en fractuurpreventie is een aandachtsgebied met behoefte aan effectieve interventie. De expertwerkgroep OVB beoordeelde de huidige curricula van geriatrieopleidingen opnieuw. Er zijn duidelijke verschillen per opleiding, maar deze bevatten wel degelijk inhoudelijke verdieping. Er is aandacht voor multimorbiditeit en kwetsbaarheid in het kader van fractuurpreventie. Dit ziet de expertwerkgroep als een grote meerwaarde.

Conclusie van de beoordeling: geriatriefysiotherapeuten zijn van meerwaarde voor kwetsbare patiënten met verhoogd fractuurrisico.

Het landelijk kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde zorgverleners

Stichting Chronisch ZorgNet is een onafhankelijk, landelijk dekkend netwerk van meer dan 3.500 fysiotherapeuten, diëtisten en oefentherapeuten. De

zorgverleners zijn gespecialiseerd in gesuperviseerde beweegtherapie en leefstijlbegeleiding voor prehabilitatie en voor de behandeling van chronische aandoeningen: etalagebenen, longaandoeningen, hartrevalidatie en osteoporose (en een verhoogd val- of fractuurrisico).

Specialisatie Osteoporose, vallen & breken

Het aantal ouderen met fracturen en osteoporose neemt fors toe. Goed geregelde zorg is dus van levensbelang. Effectieve interventie is een combinatie van medicatie, goede voeding en beweegzorg, zoals beschreven in het Verbetersignalement Osteoporose van Zorginstituut Nederland. In 2021 kreeg de verbetering van zorg rondom patiënten met osteoporose en/of een verhoogd val- en fractuurrisico een impuls, doordat de Osteoporose Vereniging (de patiëntenvereniging) zich samen met Chronisch ZorgNet inzet om de zorg voor deze patiënten te verbeteren met de specialisatie Osteoporose, vallen & breken. Hierbij zijn ook de verpleegkundigen van de osteoporose- en fractuurpreventiepoli's actief betrokken geweest bij de uitwerking en opzet van deze specialisatie.

Meer weten?

Ga dan naar het traject zinnige zorg osteoporose van ZIN <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/08/11/zinnige-zorg-verbetersignalement-osteoporose>

Hoe werkt de toelating?

Vanaf 1 november 2024 mogen geriatriefysiotherapeuten zich zonder aanvullende basisscholing aanmelden bij Chronisch ZorgNet voor de specialisatie OVB.*

Interesse? Stap voor stap

1. Ga via het stroomschema na of je aan de opstartvoorwaarden voldoet via chronischzorgnet.nl/deelnemer-worden/fysio-of-oefentherapeut/starten-als-deelnemer/wat-moet-je-doen/
2. Meld je aan bij Chronisch ZorgNet
3. Bij certificaten upload je het diploma tot geriatriefysiotherapeut
4. Je doorloopt de welkomstraining van Chronisch ZorgNet en de gratis onlinetraining over OVB voor basiskennis over de werkwijze van Chronisch ZorgNet en het zorgpad
5. Betaal je eigen bijdrage
6. Je bent zichtbaar op de Chronisch ZorgNet Zorgzoeker

Al deelnemer van Chronisch ZorgNet met een andere specialisatie? Dan is enkel het uploaden van je diploma tot geriatriefysiotherapeut en het doorlopen van de training OVB nodig om zichtbaar te worden in de zorgzoeker met de specialisatie OVB.

Specialisatie Hartrevalidatie

Naast de specialisatie OVB kunnen deelnemers van de Hogeschool Utrecht & Avans+ zich vanaf nu ook

inschrijven bij Chronisch ZorgNet voor de specialisatie Hartrevalidatie, zonder aanvullende bijscholing. Deze conclusie is voortgekomen uit het beoordelen van de curricula van de masteraanbieders.

Vragen?

Kijk op www.chronischzorgnet.nl of stuur een e-mail naar info@chronischzorgnet.nl.

*Na je aanmelding doorloop je de welkomstraining van Chronisch ZorgNet. Ondanks dat een volledige basisscholing niet nodig is, vraagt de expertwerkgroep aan geriatriefysiotherapeuten wel de gratis onlinetraining OVB (circa 2 uur) van Chronisch ZorgNet te doorlopen. De training OVB geeft een overzicht van het zorgpad voor patiënten met verhoogd fractuurrisico. Je leert hoe het meetprotocol eruitziet en ontvangt praktische tips. Daarna ben je zichtbaar op de Chronisch ZorgNet Zorgzoeker.

Vergeten te meten



Soms denk je bij jezelf, shit, had ik dat maar gemeten. Dan had ik er nu meer over kunnen zeggen, had ik het nu beter begrepen.

Ik heb dat gevoel twee keer gehad bij het zelfde thema de afgelopen twintig jaar. Het

thema is passief mobiliseren bij tonusstoornissen ten gevolge van neurologische afwijkingen.

De gedachtegang was de volgende: de hypertonus bij neurologische aandoeningen is de oorzaak van de contracturen die we frequent zagen bij neurologische beelden. De hypertonus moet worden bestreden door regelmatig de tonus te verlagen door passief te mobiliseren en gebruik te maken van tonusremmende houdingen en bewegingen zoals die werden voorgeschreven door de verschillende neurologische oefenmethodieken (NDT, Brunström, Rood). Deze behandelingen waren hard nodig, want contracturen waren binnen deze groep een frequent en fors probleem. In veel gevallen konden cliënten nauwelijks verzorgd worden door de bestaande bewegingsbeperkingen.

In de literatuur bestond er al wat twijfel over bovenstaande werkingsmethode, maar in Nederland werd de genadeslag toegebracht door het promotieonderzoek van Hans Hobbelen (2010). Hij stelde dat het passief mobiliseren niet de contracturen zou verhelpen, maar mogelijk zelfs zou veroorzaken door het ontstaan van microtraumata in de frequent verlengde spieren.

Voor ons was dat de reden om te stoppen met passief mobiliseren bij tientallen mensen. We combineerden het stoppen van deze behandeling met het breed implementeren van PDL verzorgingstechnieken. PDL staat voor Passiviteiten van het Dagelijks Leven en de PDL-verzorgingstechnieken maken gebruik van schommelende bewegingen waardoor de tonus zou moeten dalen en tijdens de verzorging cliënten meer uit hun patroon worden gehaald. We hoopten dat dit

voldoende zou zijn om nieuwe contracturen te voorkomen. Het systematisch rekken van spiergroepen was in ieder geval verleden tijd.

Toen we na een half jaar en een jaar de effecten evalueerden, en er zo goed als geen nieuwe contracturen ontstonden, bleek dat stoppen met doorbewegen en starten met PDL kennelijk effectiever was dan de eerste situatie waarbij wij als fysiotherapeuten een grote rol hadden. Dit was zo'n moment waarbij ik dacht: had ik maar een jaar geleden de prevalentie van contracturen goed in kaart gebracht en nu de meting herhaald. We hadden dan onderbouwd kunnen zeggen dat stoppen met behandelen bij deze groep gerust kan en dat PDL-verzorging mogelijk het ontstaan van nieuwe contracturen voorkomt.

We zijn nu weer vijftien jaar verder. PDL wordt al geruime tijd niet meer zo intensief toegepast als vlak na de start van PDL. Incidenteel wordt er nog wel om advies gevraagd, maar dan lijkt afweergedrag van de cliënt meer het probleem te zijn dan contractuurvorming. Ook nu valt bij mij de gedachte binnen: had ik het maar gemeten. Want met het verminderen van de PDL-invloed op de dagelijkse zorg lijken er geen nieuwe contracturen te ontstaan.

Dat leidt toch wel tot een bittere conclusie. Ooit hadden we een hoge prevalentie van contracturen en waren we vroeg in de ochtend tot de koffiepauze druk bezig met behandelen ervan. Stoppen met fysiotherapie en starten van PDL leidde niet tot een grote aanwas van nieuwe contracturen bij de groep met een hypertonus. Het verdwijnen van PDL in de dagelijkse zorg lijkt dat nu ook niet te doen. Betekent dit dan dat Hans Hobbelen gelijk heeft gehad en dat onze neiging tot het willen behandelen van stijfheid bij deze doelgroep het probleem contractuurvorming veroorzaakte? Dat zou wel erg wrang zijn. Een ontnuchterende gedachte: we hebben mogelijk al behandelend zelf het probleem veroorzaakt dat we probeerden te verhelpen. Had ik maar gemeten, dan had ik het nu beter begrepen en had ik er hier met meer zekerheid iets van kunnen zeggen.

John Branten

Vitaal ouder worden is zo gek nog niet



Vitaal en gezond ouder worden is een hot topic, ook binnen de ouderenzorg. Preventieve maatregelen, zoals gezond eten, gezonde slaap en voldoende bewegen, kunnen bijdragen aan vitaal ouder worden. Preventie is ook de drijfveer van Ester Bertholet. Tijdens haar werk als huisarts en specialist ouderengeneeskunde merkte Ester dat het geven van uitleg een belangrijk en een regelmatig terugkerend onderdeel van haar werk was. Wanneer iemand begrijpt hoe het eigen lichaam functioneert en weet waardoor klachten ontstaan, is het makkelijker om er iets aan te (laten) doen of de klachten te accepteren. Na een goede uitleg hadden veel mensen haar hulp niet meer nodig. Vandaar dat Ester in een, mede door haar opgericht, ontmoetingscentrum is begonnen om ouderen groepsgewijs te informeren over het menselijk lichaam en over klachten die op oudere leeftijd voorkomen. In overleg met de deelnemers verzorgde ze lessen over angst, geheugenklachten en incontinentie en ook over behandelwensen en EHBO. Daarnaast bedacht ze dat ze dit ook in boekvorm zou kunnen opschrijven. Dit werd een groots project. Samen met 170 ouderen en 60 zorgprofessionals is hieruit dit boek ontstaan.

Het is een stevig boek met hard cover. Het boek kent zes delen met de titels: organen en functies; medische klachten; medicijnen; leefstijl; welzijn en zingeving. Allereerst wordt het menselijk functioneren in begrijpelijke taal beschreven inclusief uitleg van medische termen. In het volgende deel staan de ziektebeelden op alfabetische volgorde. Van angst tot wonden, van alles komt langs. De beschrijvingen van de ziektebeelden worden gevolgd door adviezen en behandelmogelijkheden. In het deel over medicatie krijgt de lezer een mooi overzicht van veel gebruikte medicatie met hun werking en bijwerkingen. Mooi dat er ook gebruikers-tips bij staan. 'Bij acute pijn geldt het volgende advies:

gebruik meer pijnstilling dan eigenlijk nodig is en bouw dit langzaam af. Mensen ontspannen dan en dit helpt het lichaam sneller te genezen.'

Natuurlijk mag een hoofdstuk over leefstijl niet ontbreken. Wat kan iemand zelf doen om zo fit mogelijk ouder te worden? Zelfs bij de aanwezigheid van erfelijke aandoeningen kan leefstijl invloed hebben op de last die je van die aandoeningen kunt krijgen. Echter wat voor de een gezond is, hoeft voor een ander niet gezond te zijn.

Met al deze kennis in ons achterhoofd lezen we de laatste twee hoofdstukken over welzijn en zingeving. Een mooie en zinvolle aanvulling op alle medische informatie.

Het is geen leesboek, maar een prettig en duidelijk geschreven naslagwerk, dat een mooie plaats verdient in de wachtkamer van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Of een prominente plek in de plaatselijke bibliotheek of op de leestafel in een buurtcentrum. Zinvol voor alle, ook gezonde, ouderen. En ook als professional kun je er nog van leren. Ik in ieder geval wel.

Auteur: Ester Bertholet

Uitgever: Scriptum

ISBN: 9789463192743

Prijs: 35 euro

Aantal pagina's: 291

Ank Mollema,

Geriatricfysiotherapeut.

Leven toevoegen aan de dagen

Van slechtnieuwsgesprek tot laatste adem en rouw - hoe een stervensproces verloopt



‘Wat kan er met je gebeuren vanaf het moment dat je ongeneeslijk ziek bent tot het moment van je laatste adem?’ Met deze toch wel spannende woorden begint de tekst op de achterflap van dit boek.

Sander de Hosson is longarts en medeoprichter van een centrum voor palliatieve zorg. Samen met

journalist en schrijver Els Quagebeur neemt hij ons mee in de wereld van de palliatieve zorg. ‘Palliatieve zorg is het vakgebied dat zich bezighoudt met de zorg voor patiënten die een ongeneeslijke, uiteindelijk dodelijk verlopende ziekte hebben, waarbij nadrukkelijk aandacht is voor naasten. De kwaliteit van leven staat centraal.’ Zo lezen we in de inleiding. Dit lijkt een open deur, maar al lezend komen we er achter dat dit in de dagelijkse praktijk nog niet zo vanzelfsprekend is.

Het boek kent acht hoofdstukken. De inhoud is niet alleen verhelderend, maar ook heel persoonlijk. Dit wordt versterkt door de beschrijving van de casussen. Als lezer voel je wat er gebeurt in de spreekkamer en rond het ziekbed.

Het eerste hoofdstuk begint met het wegruimen van een misverstand. Veel mensen verstaan onder palliatieve zorg de medische zorg in de laatste paar dagen van het leven. Dat klopt niet. De zorg in die laatste dagen is stervenszorg. Dit is slechts een onderdeel van de palliatieve zorg. Palliatieve zorg beslaat de hele periode tussen het slechtnieuwsgesprek en het sterven. Mede door de ontwikkeling van levensreddende middelen kan die periode tegenwoordig lang duren.

Goede palliatieve zorg kent niet alleen somatische zorg, maar ook zorg binnen het psychische en sociale domein en daarnaast ook op het gebied van zingeving. Al deze vier domeinen zijn even belangrijk: ze beïnvloeden elkaar doorlopend.

Een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg is *advance care planning* (ACP). Dit bestaat uit een serie gesprekken over wensen, verlangens en mogelijkheden tussen de patiënt, zijn naasten en betrokken zorgverleners, waarbij het eerste gesprek al vlak na het slechtnieuwsgesprek plaatsvindt en het laatste aan het begin van het sterfbed. Zo is er niet alleen aandacht voor levensverlengende behandelingen, maar ook ruimte om een blik te werpen op het naderende einde en op echt afscheid nemen. Uit allerlei studies blijkt dat patiënten die hoogwaardige palliatieve zorg krijgen, langer leven met behoud van kwaliteit.

Heel verhelderend is ook het hoofdstuk over het stervensproces. Een kwart van de mensen gaat dood zonder dat iemand dat van tevoren ziet aankomen: bijvoorbeeld door een ongeluk, hartinfarct of hersenbloeding. De rest van de mensen doorloopt een stervensproces, ook wel *final common pathway* genoemd. Het tijdsbestek kan heel verschillend zijn, maar de symptomen zijn grotendeels gelijk: stoppen met eten en drinken, gelaatsveranderingen, de holle blik, reutelen en een stokkende ademhaling. Een goede voorlichting over deze symptomen en de behandeling hiervan geeft de naasten rust. Goed voor de naasten én voor de stervende.

Ondanks het zware thema is het boek makkelijk te lezen. Een goede leidraad, ook voor geriatriefysiotherapeuten. Immers: ‘Laten we praten over de dood, want wie de dood ziet, ziet het leven’. Zo helpen we onze patiënten om leven toe te voegen aan de dagen.

Auteurs: Sander de Hosson en Els Quagebeur

Uitgever: Arbeiderspers

ISBN: 9789029546454

Prijs: 22,99 euro

Aantal pagina's: 222

Ank Mollema,

Geriatricfysiotherapeut.

