

Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie

Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Jaargang 38 | december 2024 | nummer 4



Digitale versie met hyperlinks beschikbaar op de website van de NVFG

- Sensortechnologie in het verpleeghuis
- Coach2Move
- Ervaringen fysiotherapeuten rondom het behandelen van mensen met dementie



SENSOPRO

YOUR STORY. YOUR TRAINING.

OUR STORY

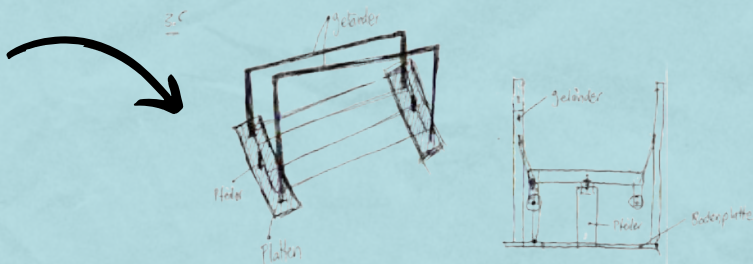
As friends of the University of Bern and passionate sportsmen, we had a daring idea.

We wanted to revolutionize the relationship to movement.

Many saw our idea doomed to failure.

To be honest, sometimes we did too.

Nevertheless, we tried.



THE TRAINING

The result is these two devices.

The Luna Physio.

And the Luna Fitness.

On more than 2000 Lunas, more than 300,000 people train every day.

They do rehab.

Warm up.

And many other things.

Like preparing themselves for the next bike ride or soccer game.



LUNA FITNESS

LUNA PHYSIO

NOW ALSO IN THE NETHERLANDS

We opened Sensopro Nederland in the summer of 2023.

And are ready to enrich your physio with Swiss innovation.



VIDEO KIT



INTERESTED?
Contact us!



+31645350499
martijn@sensopro.swiss
www.sensopro.swiss

Voorwoord



Een berichtje op de regionale nieuwssite trok mijn aandacht. Het ging over een vrouw die met haar zus naar de film gaat, en dan gebeurt er iets gekks. Als ze over straat loopt, gaat ineens haar schoen piepen. Thuis hoorde ze ook steeds een piep, maar ze wist niet waar die vandaan kwam. Ze doet haar schoen uit en onderzoekt het exemplaar. In de hak zit een apparaatje verstopt. Het is een gps-tracker, eigenlijk bedoeld om de locatie vast te stellen van een verloren portemonnee of een gestolen fiets. Maar je kunt er ook kwaad mee doen: iemand stiekem volgen, bijvoorbeeld. Ze kwam er thuis achter dat ze ook in twee andere schoenen zaten. Die dingen gingen piepen omdat de batterijen leeg waren. Ze heeft waarschijnlijk maanden met de trackers rondgelopen. Ze snapte al niet waarom ze haar ex-man zo vaak tegenkwam op straat. Hij had de trackers in de schoenen gestopt en wist dus precies waar ze was. Waarom? Omdat hij alleen maar wilde weten of zijn gevoel klopte. Omdat hij dacht dat ze vreemd ging.

Ik zag het voor me. Het leek wel een scene uit een film. Ik moest lachen. Maar het is niet grappig. Inbreuk op de privacy is iets om heel serieus te nemen bij deze technologische vooruitgang. Ook nu sensortechnolo-

gie steeds vaker wordt ingezet in de verpleeghuizen. Het verbetert de veiligheid en vergroot de vrijheid van bewoners. Dankzij een slimme bedmat heeft de zorg inzicht in hoe een bewoner in bed ligt en of die uit bed stapt of lang in dezelfde houding ligt. Dit inzicht helpt valincidenten en decubitus te voorkomen. Dankzij een gps-tracker, die wordt ingezet voor dwaaldetectie, kan de zorg te allen tijde achterhalen waar de bewoner is en wanneer die het pand verlaat. De tijd dat bewoners werden vastgebonden om vallen te voorkomen is gelukkig al lang voorbij. Steeds meer verpleeghuizen voeren het opendeurenbeleid. Waardoor bewoners met dementie veel meer dan voorheen, kunnen gaan en staan waar ze willen.

Maar als we deze middelen inzetten moeten we wel regelmatig blijven evalueren of het nog wenselijk en nodig is. En als we sensortechnologie gebruiken, moeten we er ook iets mee. Hoe evalueren we de inzet van de sensoren? Wie gaat er op af als het alarm gaat? Wat doen we met al die gegevens? Hoe kunnen we de zorg verbeteren met al die data die het oplevert? En zijn zorgverleners er wel klaar voor? Marcel Fokker deed hier onderzoek naar. Voor zijn afstudeeronderzoek voor de master Health Informatics schreef hij er een scriptie over. Samen het zorgpersoneel dat de technologie gaat gebruiken, ontwikkelde hij een werkproces waarmee de effectiviteit van sensoren tijdens bewonersbesprekingen kan worden beoordeeld. Omdat hij de zorg hierbij nauw betrokken, bleken de zorgverleners ook bereid om deze manier van werken te accepteren.

Namens de redactie veel leesplezier en een goed en inspirerend 2025.

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 4, december 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.
■ Geriatric Emergency Medicine team op de Spoedeisende Hulp	6
■ Ervaringen van fysiotherapeuten rondom het behandelen van mensen met dementie	9
■ Het uitdagend revalidatieklimaat	18
■ Intramurale geriatriefysiotherapeuten: ga voor de juiste functiewaardering	21
■ Datagedreven evalueren van woonzorgsensoren	23
■ Coach2Move	39
■ Uit de wetenschap	46
■ De mening van John Branten	48
■ Recensie	50

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

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



Smaakservice

Variatie in smaak is van belang voor de therapietrouw. Om therapietrouw te bevorderen kunt u uw patiënt kennis laten maken met verschillende smaken van het door u geadviseerde product. **Vraag hier een proefpakket voor uw patiënt 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 aardbei 500 mg • Forticare Advanced en FortiFit Powder zijn voedingen 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, Barthelemy 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. Chanet 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.

Geriatric Emergency Medicine team op de Spoedeisende Hulp

Interview met Vera Hogervorst

Tekst: Shanty Sterke



Om kwetsbare ouderen die op de spoedeisende hulp belanden zo goed mogelijk te helpen, ontwikkelde het Hilversumse ziekenhuis Tergooi MC het GEM-zorgpad. GEM staat voor: Geriatric Emergency Medicine. Door de inzet van een multidisciplinair team krijgen ouderen een betere beoordeling op de spoedeisende hulp, passende behandelplannen en zorg zo dicht mogelijk bij huis. Dit leidt tot minder ziekenhuisopnames. Ook liggen er hierdoor veel minder ouderen zonder medische behandelindicatie in het ziekenhuis, de zogenoemde sociale opnames. Daarnaast komen deze ouderen minder vaak en minder snel terug op de spoedeisende hulp. Dat blijkt uit het onderzoek van verpleegkundig specialist geriatrie Vera Hogervorst. Samen met geriater Annemarieke de Jonghe bedacht ze dit concept.

‘Op de spoedeisende hulp komen eigenlijk twee stromen kwetsbare ouderen binnen’, legt Hogervorst uit. ‘Soms wordt een oudere door een huisarts of specialist ouderengeneeskundige specifiek aangemeld voor de geriater. Dan krijgt die patiënt een CGA, dat is het comprehensive geriatric assessment. In een CGA kijk je naar somatische, psychische en sociale problemen, naar het functioneren, en de behandelwensen van de patiënt. Deze patiënten worden breed in kaart gebracht’. ‘Wanneer diezelfde patiënt met een andere ingangsklacht op de spoedeisende hulp komt, bijvoorbeeld omdat hij is gevallen en er een vermoeden van een breuk is, dan komt die patiënt voor de chirurgie of voor de orthopedie binnen. Die afdelingen beoordelen deze patiënt heel anders: is er sprake van een traumaletsel dat wij moeten opereren, ja of nee? Zij zijn minder goed getraind in het beoordelen van multimorbiditeiten en bijvoorbeeld cognitieve problemen. Het is juist belangrijk om ouderen met cognitieve problemen goed te ondersteunen in het nemen van besluiten om zo samen tot een passend behandelplan te komen.’ ‘Ik heb twee weken op de spoedeisende hulp meegeelopen. Mond dicht en handen op de rug. Dat leidde tot het inzicht dat er zoveel verschil is in hoe ouderen na binnenkomst worden behandeld. Het verschil in werkwijze was te groot en niet meer acceptabel.’ Kortom, de zorg voor kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp moest anders en beter.

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis stelde een pot met geld beschikbaar. Bedoeld voor initiatieven die bijdragen aan *meer* met *minder* doen en betere zorg op de juiste plek. Zo kreeg Hogervorst de kans om samen met geriater de Jonghe het GEM-zorgpad te ontwikkelen.

Het zorgpad

‘Het is de bedoeling dat elke 70-plusser die op de spoed binnenkomt in eerste instantie snel gescreend wordt door de SEH-verpleegkundige’, vertelt Hogervorst.

Met behulp van vijf vragen, gebaseerd op bestaande screeningslijsten en praktijkervaring, bepaalt de SEH-verpleegkundige of iemand kwetsbaar is. Als een van die vijf GEM-vragen positief is, wordt het GEM-team ingeschakeld. In dit multidisciplinaire team zitten een verpleegkundig specialist of A(N)IOS geriatrie, geriater, SEH-verpleegkundige, apotheker, apothekersassistent en transfervrepleegkundige.

De verpleegkundig specialist of arts van het GEM-team doet dan een CGA. Het GEM-team stemt de bevindingen en vervolgstappen af met de hoofdbehandelaar over de gevonden somatische, psychische, functionele en sociale problemen, behandelvoorkeuren en mogelijke interacties of bijwerkingen van medicatie. Hierop volgt een opname in het ziekenhuis of uitplaatsing vanaf SEH (naar huis met hulpmiddelen, thuiszorg, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatie, crisisbed, verpleeghuis). Het GEM-team maakt een overdracht voor de behandelend specialist, verpleegafdeling of wijkverpleegkundige, huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Wanneer nodig krijgen patiënt en eventuele naasten schriftelijke instructies mee.

Het onderzoek

‘Officieel ben ik in 2019 begonnen met mijn promotieonderzoek. Dat eerste jaar ging veel aandacht uit naar hoe we überhaupt een interventie op poten konden krijgen. In 2020 ging ik concreet van start met data verzamelen. Om deze werkwijze te implementeren heb je data nodig, want anders kun je niet onderbouwen dat het echt bijdraagt aan efficiëntere en goedkopere zorg’.

‘We doen observationeel onderzoek met gegevens uit het ziekenhuissysteem. Ik hou goed bij hoeveel patiënten er uiteindelijk in het ziekenhuis belanden, hoeveel patiënten naar de revalidatiezorg of een eerstelijnsverblijf gaan. We kijken ook naar hoeveel patiënten er binnen dertig dagen terugkomen op de SEH.’

Nog niet al deze kwetsbare patiënten worden door het GEM-team gezien. ‘Dat is niet omdat we ze voor het onderzoek zo hebben ingedeeld. We zijn er dan gewoon niet. Dat komt omdat we in eerste instantie van maandag tot vrijdag van acht uur ’s morgens tot vijf uur ’s middags aanwezig zijn. We vergelijken dus al de patiënten die door de SEH-verpleegkundige zijn beoordeeld en positief scoren op een van de vijf GEM-vragen, maar uiteindelijk niet door het GEM-team zijn gezien, met de patiënten die positief scoren en wel door het GEM-team zijn gezien.’

Bekostiging

Na een geslaagde pilot: 120 kwetsbare ouderen die niet in een ziekenhuisbed terechtkwamen, maar werden uitgeplaatst, is het GEM-zorgpad nu reguliere business in het Tergooi MC. ‘De vergrijzing in de komende twintig jaar is een hot item. Dat ziet iedereen. Daar zijn nieuwe ideeën voor nodig. Ons idee draagt bij aan de kwaliteit van zorg en aan de landelijke doelstelling om de gezondheidszorg efficiënt en toegankelijk te houden. Dan wordt het interessant. Dan willen mensen luisteren. Als je door wil met je project, moet je zorgen dat het belandt in de reguliere

*.... wij sturen de juiste patiënten
naar jullie. Jullie zorgen dat ze
niet meer terugkomen*

budgetten van het ziekenhuis. Je moet laten zien dat het onderaan de streep voldoende oplevert. De personeelstekorten in de gezondheidszorg, en dus ook het ziekenhuis, zijn groot. Voor het ziekenhuis is het financieel gezien natuurlijk aantrekkelijk. Patiënten die geen medische indicatie hebben om hier te zijn, maar hier belanden omdat het thuis niet meer gaat, zijn heel dure patiënten. Zij krijgen niet de juiste zorg. Zorginstellingen zijn veel beter in het reactiveren van ouderen. Het ziekenhuis is er voor medische behandelingen.’

De rol van de fysiotherapeut

Voor een fysiotherapeut is er geen ruimte in het GEM-team. ‘De tijd op de SEH zit praktisch helemaal volgepland. Ik zou het leuk vinden, maar ik denk niet dat het heel realistisch is. Daar leent zich de situatie ook niet voor. Natuurlijk wel op de acute opname afdeling. Dat is de eerste afdeling waar de patiënt heengaat als die wordt opgenomen in het ziekenhuis. Ik wil de fysiotherapeuten vragen: kom daar alsjeblieft langs. Vallen is natuurlijk jullie specialisme. Op de acute opname afdeling is meer tijd. Ik heb het idee dat er wat meer specialistische programma’s in regio’s worden opgezet. Zo heb ik nu de eerste patiënten die mij vertellen dat ze door de gemeente zijn uitgenodigd voor een valpreventieprogramma. Als ik weet waar er een valpreventieprogramma is, dan kunnen we echt de krachten bundelen. Wij sturen de juiste patiënten naar jullie. Jullie zorgen dat ze niet meer terugkomen.’

Toekomst

‘Ik zie heel veel heil in de transmurale samenwerking. Hier in het ziekenhuis gebeurt het wel tijdens de opname. Maar het is ook belangrijk om de transmurale samenwerking rondom de uitplaatsing in de regio goed te regelen. Ik geloof ook echt in doorverwijzen naar de fysiotherapeut. Met een paar simpele oefeningen bereiken jullie al zoveel voor een patiënt. Fysiotherapeuten kunnen ook veel signaleren en mensen aanmelden voor een valpreventieprogramma. We moeten er alles aan te doen om die enorme toename van ouderen in goede banen te leiden en daar horen geriatriefysiotherapeuten zeker bij.’

Meer weten?



Ervaringen van fysiotherapeuten rondom het behandelen van mensen met dementie

Uitdagingen en behoeften in de eerste- en tweedelijnszorg

Sandra Boxum, Hans Drenth en Hans Hobbelen



Dementie is een wereldwijde gezondheidsuitdaging. Onderzoek naar de ervaringen van fysiotherapeuten die mensen met dementie behandelen, is beperkt. Inzichten kunnen worden gebruikt om de fysiotherapeutische zorg in Nederland daarvoor te verbeteren. Dit onderzoek verkent de ervaringen, uitdagingen en behoeften van fysiotherapeuten rondom het behandelen in de eerstelijns- en tweedelijnszorg. De onderzoekers namen semigestructureerde interviews af. Thematische analyse identificeerde drie thema's: samenwerking, significante klinische uitdagingen, en dementiespecifieke kennis en opleiding. Er is behoefte aan verbeterde samenwerking met andere disciplines en aan voldoende dementie-specifieke kennis en vaardigheden. Toekomstige initiatieven zouden zich kunnen richten op verbeterde dementie-educatie en het oplossen van systemische belemmeringen.

Auteursgegevens: Sandra Boxum MSc, promovendus en fysiotherapiewetenschapper, Hanzehogeschool Groningen, Radboud universitair medisch centrum Nijmegen, Dr. Hans Drenth, Hanzehogeschool Groningen, ZuidOostZorg, Drachten, Eerstelijns geneeskunde en langdurige zorg UMC Groningen en FAITH Research en Dr. Hans Hobbelen, Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing Hanzehogeschool Groningen, Eerstelijns geneeskunde en langdurige zorg UMC Groningen en FAITH Research.

Correspondentie: sdboxum@gmail.com

Inleiding

Dementie is een wereldwijde gezondheidsuitdaging die momenteel ongeveer 55 miljoen mensen treft en jaarlijks ongeveer tien miljoen nieuwe diagnoses kent.¹ Naarmate de prevalentie van dementie toeneemt, komen fysiotherapeuten steeds vaker in aanraking met patiënten met dementie in diverse klinische settingen. De zorg voor deze patiënten blijkt complex en uitdagend te zijn vanwege de uiteenlopende klinische presentaties van de aandoening. Veelvoorkomende symptomen van dementie zijn onder andere geheugenverlies, motorische stoornissen, moeilijkheden bij dagelijkse activiteiten, communicatieproblemen en veranderingen in persoonlijkheid en gedrag.

Mensen met dementie hebben vaak een verminderde balans, verminderde houdingscontrole en problemen met lopen, wat bijdraagt aan een hoger risico op vallen en fracturen.^{2,3} Tevens hebben mensen met dementie een hoger risico op valincidenten in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder dementie.⁴ Fysiotherapie speelt een belangrijke rol in de zorg voor patiënten met dementie door het verlagen van het valrisico, het bevorderen van fysieke activiteit, het optimaliseren van mobiliteit en bij het beheersen van pijn.⁵ Bovendien wordt een hogere frequentie van fysiotherapie sessies geassocieerd met verbeterd functioneel herstel en kortere ziekenhuisopnames bij kwetsbare ouderen. Ondanks deze voordelen blijkt dat mensen met dementie minder vaak fysiotherapeutische zorg ontvangen dan oudere volwassenen zonder dementie.⁶

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt het belang van het verbeteren van de kennis en vaardigheden van alle zorgprofessionals die betrokken zijn bij dementiezorg.¹ Echter, de literatuur toont aan dat er nog steeds een tekort is aan dementie-educatie onder zorgprofessionals.⁷⁻¹⁰ Hoewel fysiotherapeuten vaak wel over algemene kennis van dementie beschikken, ervaren zij uitdagingen door onvoldoende specifieke vaardigheden en zelfvertrouwen in het omgaan met gedragssymptomen en cognitieve symptomen.¹¹

Daarnaast spelen factoren zoals tijd en personeelsgebrek een rol.¹²

Ondanks het groeiende belang van dementiezorg, is er wereldwijd beperkt kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van fysiotherapeuten die mensen met dementie behandelen. Deze studie richt zich op het verkennen van de ervaringen, uitdagingen en behoeften van fysiotherapeuten bij de behandeling van mensen met dementie in de eerstelijns- en tweedelijnszorg in Nederland. Inzicht in deze ervaringen kan de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg voor mensen met dementie verbeteren.

Methode

Studieopzet en werving

Een interpretatief fenomenologische benadering werd gebruikt om de ervaren uitdagingen te verkennen waarmee fysiotherapeuten worden geconfronteerd bij het behandelen van patiënten met dementie in de eerstelijns- en tweedelijnszorg in Nederland. Eerstelijnszorg verwijst hierbij naar direct toegankelijke zorg, zoals vaak verleend door fysiotherapeuten in zelfstandige praktijken, waarbij geen verwijzing nodig is. Tweedelijnszorg betreft gespecialiseerde zorg, die alleen toegankelijk is na verwijzing van een huisarts of specialist, en wordt vaak uitgevoerd in ziekenhuizen of gespecialiseerde zorginstellingen. Verpleeghuiszorg valt onder tweedelijnszorg wanneer de zorg plaatsvindt op verwijzing van een huisarts of specialist, en het doel is om de patiënt weer terug te laten keren naar de thuissituatie of een zelfstandige woonomgeving. Gecertificeerde fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijns- of tweedelijnszorg in Nederland en patiënten met dementie behandelen, kwamen in aanmerking om deel te nemen. Fysiotherapeuten werden uitgesloten van deelname wanneer zij geen Nederlands kunnen lezen en spreken. Door middel van een doelgerichte steekproefstrategie werd gezocht naar deelnemers met variatie in werkervaring, het al dan niet hebben van een Master in geriatriefysiotherapie,

werksetting en geografische locatie. Om deelnemers te werven plaatsten de onderzoekers een oproep tot deelname op online platforms en gebruikten ze hun eigen netwerk. Potentiële deelnemers reageerden per e-mail of persoonlijk bericht. De informatiebrief en het toestemmingsformulier werden per post of e-mail verzonden en deelnemers konden aanvullende vragen stellen. Indien de potentiële deelnemer in aanmerking kwam en interesse had om deel te nemen, werd een online afspraak voor het interview ingepland via Microsoft Teams.

Gegevensverzameling

Tussen februari en mei 2022 zijn er semigestructureerde interviews afgenomen met fysiotherapeuten via Microsoft Teams. De onderzoekers maakten gebruik van een interviewgids, ontwikkeld op basis van relevante literatuur, om de interviews te structureren.¹¹⁻¹³ Elk interview werd opgenomen met audio en video. De gegevensverzameling werd beëindigd toen datasaturatie werd bereikt, gedefinieerd als het punt waarop geen nieuwe thema's of inzichten meer naar voren komen uit de analyse van meer gegevens.¹⁴

Gegevensanalyse

De onderzoekers voerden de thematische analyse uit volgens de methoden van Braun en Clarke.¹⁵ Transcriptie en codering vonden plaats in Atlas.ti (Scientific Software Development GmbH, versie 9), waarbij een onafhankelijke onderzoeker (CB) de controle deed. Bij verdeeldheid raadpleegden ze een derde onafhankelijke onderzoeker (AvB). Na codering van alle gegevens, werden de verschillende codes gesorteerd in potentiële thema's. Hiervoor maakten de onderzoekers gebruik van methodologische memo's die tijdens de gegevensverzameling en analyse werden gemaakt. Ook maakten ze gebruik van een thematische kaart om het denkproces over de relaties tussen codes, thema's en verschillende niveaus van thema's te ondersteunen, om de thema's verder te definiëren en benoemen. De thema's werden kort beschreven met betrekking tot de reikwijdte en inhoud van elk thema. Tenslotte werd het analyseproces gecontroleerd met behulp van de checklist van Braun en Clarke.¹⁵

Kwaliteitsprocedures

Om de geloofwaardigheid van het onderzoek te waarborgen, analyseerden twee onafhankelijke onderzoekers, SB en CB, de gegevens. Daarbij werd de

objectiviteit van de bevindingen verhoogd door het gebruik van analysesoftware Atlas.ti. Door het opnemen van citaten van de deelnemers in de tekst, zijn de beschrijvingen van de thema's geloofwaardiger gemaakt. Ten slotte volgden de onderzoekers de Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist om het rapportageproces te begeleiden.¹⁶

Verklaring ethische goedkeuring

De Ethische Adviescommissie van de Hanzehogeschool Groningen (HEAC) keurde deze studie goed (documentnummer: heac.2021.033). Alle verzamelde gegevens zullen vijftien jaar lang worden opgeslagen op een beveiligd platform van de Hanzehogeschool Groningen. Alle deelnemers aan deze studie gaven voorafgaand aan het interview toestemming voor deelname.

Resultaten

We bereikten datasaturatie na twaalf interviews met fysiotherapeuten. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten (variërend van 35 tot 57 minuten). Er was variatie in de kenmerken van de deelnemers, zoals jaren werkervaring als fysiotherapeut (1-34 jaar), werkomgeving, werklocatie en het wel of niet bezitten van een masterdiploma geriatriefysiotherapie. De kenmerken van de deelnemers staan vermeld in tabel 1.

.... desondanks melden fysiotherapeuten uitdagingen in de communicatie met therapeuten van verschillende organisaties, wat leidt tot een gebrek aan effectieve samenwerking

De thematische analyse identificeerde drie hoofdthema's: samenwerking, significante klinische uitdagingen en dementiespecifieke kennis en opleiding. Binnen elk hoofdthema werden tussen de twee en vier subthema's geïdentificeerd. Een overzicht van de hoofdthema's en subthema's wordt gepresenteerd in tabel 2.

Thema 1: Samenwerking Multidisciplinaire zorg

Fysiotherapeuten in onze studie gaven aan samen te werken met diverse disciplines, waaronder huisartsen, casemanagers, verpleegkundigen, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Desondanks meldden

fysiotherapeuten uitdagingen in de communicatie met therapeuten van verschillende organisaties, wat leidt tot een gebrek aan effectieve samenwerking. Een deelnemer zei: 'Het komt voor dat ik later ontdek dat er een andere behandelaar betrokken is, vooral als die niet verbonden is aan mijn organisatie.' [P3]

Fysiotherapeuten benadrukten hun nauwe samenwerking met ergotherapeuten. Fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg en verpleeghuizen meldden echter een tekort aan ergotherapeuten, wat leidt tot verminderde

samenwerking en langere wachtlijsten voor consulten en hulpmiddelen. In sommige gevallen moesten fysiotherapeuten taken overnemen die normaal gesproken aan ergotherapeuten worden toegewezen. 'Ergotherapeuten hebben momenteel een overweldigende werkdruk. Om hen te helpen, hebben we een fysiotherapeut die helpt met taken zoals rolstoelaanvragen. [...] Ze kunnen niet langer snel diensten verlenen. Als tijdelijke oplossing moeten we vindingrijk zijn en gebruik maken van alledaagse rolstoelen, die misschien niet de meest comfortabele optie zijn voor de betrokken personen.' [P12]

Bovendien ervoeren fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg het ontbreken van vergoeding voor multidisciplinaire consulten als een belemmering voor effectieve samenwerking. 'Ik geloof dat als we multidisciplinaire consulten gefinancierd krijgen en deze kunnen opnemen in de toegewezen behandelingsduur, dit de haalbaarheid aanzienlijk zou verbeteren. [...] De regelgeving bepaalt dat als de tijd niet expliciet is aangewezen voor behandeling, je geen vergoeding kunt vragen. Het lijkt misschien onlogisch, maar dit is de huidige situatie. Als je veel patiënten met dementie hebt, is het financieel onmogelijk om die mensen in de eerstelijnszorg te helpen.' [P8]

Fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg benadrukten dat gescheiden elektronische patiëntendossiers van de diverse disciplines een belemmering vormt voor succesvolle samenwerking. 'In de eerstelijnszorg onderhoudt elke discipline nog steeds zijn eigen elektronisch patiëntendossier. Ik geloof dat dit een belangrijke beperking vormt als het gaat om het bieden van effectieve zorg voor mensen met dementie. Als je goed wilt samenwerken, moet je van elkaar weten wat je doet.' [P6]

Rol van mantelzorgers en familie

Fysiotherapeuten spraken hun bezorgdheid uit over het niet overbelasten van mantelzorgers en erkennen de grote verantwoordelijkheden die zij dragen. Ze benadrukten de belangrijke rol van mantelzorgers.

Totaal, n	12
Vrouw, n	10
Werksetting, n	
Eerste lijn	4
Tweede lijn	
Ziekenhuis	3
Verpleeghuis	3
Combinatie eerste lijn en verpleeghuis	2
Aantal jaren werkervaring als fysiotherapeut, gemiddelde (spreiding)	11 (1-34)
Jaren werkervaring als fysiotherapeut met patiënten met dementie, n	
0-5	4
5-10	4
10-15	1
15-20	1
> 20	2
Master in geriatrische fysiotherapie, n	
Ja	5
Nee	5
Student	2
Werklocatie, n	
Friesland	2
Gelderland	4
Utrecht	3
Zuid-Holland	3

Tabel 1: Participant karakteristieken. Afkorting: n=aantal.

Samenwerking	Significante klinische uitdagingen	Dementiespecifieke kennis en opleiding
- Multidisciplinaire zorg - Rol van mantelzorgers en familie	- Het ontbreken van een diagnose - Het ontbreken van een diagnosecode - Het gebruik van meetinstrumenten - Onvoldoende tijd	- Algemeen fysiotherapeut - Bachelor fysiotherapie - Onderwijsbehoeften

Tabel 2: Thema's en subthema's.

Daarnaast erkenden fysiotherapeuten de potentiële voordelen van het betrekken van mantelzorgers en het sociale netwerk in het behandelproces, terwijl ze ook situaties aanhaalden waarin deze aanpak misschien niet haalbaar is. 'Het betrekken van mantelzorgers in het behandelproces kan hen een gevoel van voldoening bieden, wat uiteindelijk een positief effect heeft. [...] Het is echter belangrijk te erkennen dat deze aanpak in veel gevallen niet praktisch is. Er zijn bijvoorbeeld situaties waarin de mantelzorger ook te maken heeft met cognitieve uitdagingen.' [P5]

Thema 2: Significante klinische uitdagingen

Het ontbreken van een diagnose

Fysiotherapeuten in onze studie merkten op dat ze regelmatig patiënten behandelen die duidelijke symptomen van dementie vertonen, maar geen formele diagnose van dementie hebben. Hoewel het ontbreken van een formele diagnose hun fysiotherapeutische behandeling niet significant beïnvloedt, gaven de fysiotherapeuten aan dat het moeilijk is om prognoses te maken onder dergelijke omstandigheden. Daarnaast vermeldden fysiotherapeuten die in ziekenhuizen werken dat het moeilijk is om symptomen van dementie te onderscheiden van die van een delirium. 'Een patiënt met delirium kan bijvoorbeeld aanzienlijke verbetering vertonen met de juiste behandeling en mogelijk na een week weer naar huis gaan, terwijl iemand met dementie een minder gunstig vooruitzicht kan hebben wat betreft verbetering en herstel.' [P5]

Bij afwezigheid van een formele diagnose van dementie geven fysiotherapeuten aan zich vaak te weerhouden van het gebruik van dementiespecifieke strategieën, of deze pas later in de behandeling te gebruiken nadat andere strategieën zonder succes zijn geprobeerd. 'Het hebben van een duidelijke dementiediagnose kan voordelig zijn, omdat je dan tenminste vooruit kunt denken over wat er gaat gebeuren.' [P8] Aan de andere kant benadrukten fysiotherapeuten dat een formele diagnose vooral belangrijk is voor de mantelzorgers, familie en het sociale netwerk. Zonder een diagnose wordt communicatie complexer. 'Een diagnose kan zeer behulpzaam zijn voor het ondersteuningssysteem van de patiënt. Hoewel het mijn behandelwijze niet direct beïnvloedt, biedt het erkenning en validatie en helpt het degenen om de patiënt heen om met de situatie om te gaan. Daarom beschouw ik het diagnosticeren van een vorm van dementie als belangrijk.' [P1]

Het ontbreken van een diagnosecode

Fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg uitten hun frustratie over het ontbreken van een specifieke diagnosecode voor dementie. Dit creëert uitdagingen bij het aangeven van dementie als primaire diagnose voor verzekeringsclaims bij zorgverzekeraars. 'Ik heb geen code voor patiënten die zowel met dementie als met valgerelateerde problemen te maken hebben. De dichtstbijzijnde optie die ik heb, heeft betrekking op symptomatologie zonder duidelijke oorzaak. Dit weer spiegelt echter niet de situatie, omdat ik weet dat het gerelateerd is aan dementie. Het is frustrerend omdat het niet in overeenstemming is met ons bestaande coderingssysteem, en ik voortdurend naar alternatieve codes zoek om de behandeling nauwkeurig te kunnen claimen.' [P3]

Het gebruik van meetinstrumenten

Fysiotherapeuten gaven aan dat het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten vaak onpraktisch is bij het werken met mensen met dementie vanwege de moeite met het begrijpen en het volgen van testinstructies. Ze benaderen de behandeling van mensen met dementie meestal op een onderzoekende manier en registreren hun bevindingen beschrijvend. Ten tweede zeggen fysiotherapeuten dat meerdere tests niet valide zijn omdat ze niet correct kunnen worden uitgevoerd: 'De Berg Balance Scale is bijvoorbeeld vrij lang en kan specifieke taken binnen één opdracht hebben. Dat is vaak te moeilijk om uit te voeren. Dus dan doe ik het niet, omdat het onbetrouwbaar is.' [P4] Daarnaast werd opgemerkt dat meetinstrumenten voor geriatrische patiënten niet zijn gevalideerd voor gebruik bij dementie: 'Meestal zijn meetinstrumenten minder toepasbaar omdat ze bijvoorbeeld niet zijn gevalideerd voor mensen met dementie.' [P8]

Onvoldoende tijd

Fysiotherapeuten gaven aan dat het behandelen van mensen met dementie meestal meer tijd kost in vergelijking met patiënten zonder cognitieve problemen. Ondanks dit feit gaven fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg aan dat er geen extra behandeltime is toegewezen voor deze patiëntengroep. Ze hebben te weinig tijd zowel voor het uitvoeren van fysiotherapie sessies als voor het beheren van administratieve taken. 'We hebben een half uur per behandeling en ik heb die tijd zeker nodig. Aan het einde van de dag heb ik nog steeds een aanzienlijke hoeveelheid administratief werk

te doen.' [P7] Daarentegen gaven fysiotherapeuten in de tweedelijnszorg aan dat ze voldoende tijd hebben voor behandeling, waardoor ze hun sessies flexibeler kunnen plannen.

Thema 3: Dementiespecifieke kennis en educatie Algemeen fysiotherapeut

Fysiotherapeuten in onze studie gaven aan dat het niveau van dementiespecifieke kennis onder algemeen fysiotherapeuten in Nederland laag vinden. Het belang van basiskennis over dementie bij algemeen fysiotherapeuten bij de zorg voor deze patiënten werd hierbij benadrukt. Ze erkennen echter dat algemeen fysiotherapeuten effectieve behandelingen kunnen bieden aan mensen met dementie. Daarnaast werd het tijdig doorverwijzen naar een geriatrisch fysiotherapeut als een belangrijke verantwoordelijkheid voor algemeen fysiotherapeuten gezien. 'Ik denk dat niet iedereen met dementie naar een geriatrisch fysiotherapeut moet. Algemene fysiotherapeuten kunnen mensen met dementie effectief behandelen, vooral bij lichamelijke klachten zoals schouder- of heupproblemen. Ze moeten echter wel basiskennis over dementie hebben om hun communicatie en oefeningen daarop aan te passen.' [P7]

Bachelor fysiotherapie

De behoefte om de dementie-educatie binnen bachelorprogramma's te verbeteren werd uitgesproken door fysiotherapeuten, met bijzondere aandacht voor gebieden zoals het signaleren van dementie, het begrijpen van verschillende vormen van dementie, effectieve communicatiestrategieën, verwerking van prikkels en het gebruik van leermethoden. 'We moeten beginnen met de basis, met meer aandacht voor dementie in de bachelor. Ik denk dat ik in vier jaar studie vier lessen heb gehad waarin dementie werd genoemd.' [P10]

Onderwijsbehoeften

Fysiotherapeuten gaven aan een sterke bereidheid te hebben om te leren en een verlangen naar meer uitgebreide kennis over dementie. Ze identificeerden specifieke onderwerpen waarin ze extra expertise willen verwerven. Fysiotherapeuten met minder dan vijf jaar ervaring in het behandelen van mensen met dementie gaven aan hun begrip van verschillende aspecten van dementie te willen vergroten. Ze noemden specifiek de typen dementie, risicofactoren, comorbiditeit, communicatiestrategieën en preventie als gebieden

waarin ze meer kennis willen opdoen. 'Ondanks mijn beperkte werkervaring, herken ik dat er nog veel te ontdekken is. Wat is de beste manier om met iemand met dementie te communiceren?' [P9] Meer ervaren fysiotherapeuten gaven aan praktische concepten te willen leren, zoals leermethoden, benaderingstechnieken en vroegsignalering van dementie. 'Alles wat mij praktische informatie en meer diepgang geeft.' [P1] 'Ik wil me graag richten op vroegsignalering van dementie. Door dit te doen, kunnen we vroegtijdig ondersteuning en middelen bieden aan mensen met dementie en hun omgeving.' [P6]

Discussie

Deze studie biedt inzichten in de ervaringen met betrekking tot de uitdagingen en behoeften van fysiotherapeuten die mensen met dementie behandelen in de eerstelijns- en tweedelijnszorg in Nederland. Zowel algemeen fysiotherapeuten als geriatriefysiotherapeuten geven aan dat algemeen fysiotherapeuten vaak een laag niveau van dementiespecifieke kennis hebben en dat dementie onvoldoende wordt behandeld in het bachelorprogramma. Uitdagingen bij de behandeling van mensen met dementie omvatten het ontbreken van een formele diagnose, ongeschikte meetinstrumenten, moeilijkheden in samenwerking met ergotherapeuten en gebrekkige samenwerking met andere disciplines. Specifieke uitdagingen in de eerstelijnszorg zijn onder andere het ontbreken van een diagnosecode voor dementie, gebrek aan compensatie voor multidisciplinaire consulten, gescheiden elektronische patiëntendossiers en tijdsbeperkingen.

Vergelijkbare ervaringen met multidisciplinaire zorg zijn in de literatuur terug te vinden. Onze studie geeft aan dat fysiotherapeuten deze samenwerking als onvoldoende beschouwen. Een studie in het Verenigd Koninkrijk (VK) benadrukte bijvoorbeeld de uitdagingen bij het betrekken van een breder multidisciplinair team, terwijl een studie in Ierland logistieke problemen bij het organiseren van multidisciplinaire overleggen benoemde.^{11,13}

De Zorgstandaard Dementie benadrukt echter het belang van een andere vorm van samenwerking, namelijk interprofessionele samenwerking (IPS), omdat dit kan leiden tot een snellere en meer volledige inschatting van de patiënt.¹⁷ IPS verschilt van multidisciplinaire samenwerking, waarbij professionals uit verschillende disciplines wel samenwerken, maar vaak nog vanuit hun eigen vakgebied en met beperkte

onderlinge afstemming. Bij interprofessionele samenwerking is er echter een integratie van taken en verantwoordelijkheden, met een focus op gedeelde besluitvorming en gezamenlijke doelen.¹⁸ IPS wordt met name toegepast bij complexe zorg, waar de betrokkenheid van meerdere disciplines essentieel is voor een geïntegreerde en holistische benadering.

.... het is essentieel dat fysiotherapeuten beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om de complexiteit van dementiezorg effectief aan te pakken ...

Fysiotherapeuten in onze studie gaven aan regelmatig mensen te behandelen zonder een formele diagnose van dementie, hoewel er een sterk vermoeden is. Dit komt overeen met een studie in het VK, die een diagnosekloof in dementie benadrukt, waarbij minder dan de helft van de getroffen personen een formele diagnose kreeg.¹⁹ Patiënten krijgen vaak pas een diagnose in een later stadium, wanneer preventie en verbetering in kwaliteit van leven moeilijker worden. Een studie in Ierland gaf ook aan dat een ontbrekende diagnose een belemmering vormt voor optimale fysiotherapeutische zorg, wat leidt tot klinische onzekerheid en ethische dilemma's in de communicatie met familieleden.¹³ Fysiotherapeuten gaven aan meetinstrumenten voor mensen met dementie niet altijd te gebruiken door zorgen over de betrouwbaarheid. Onderzoek toont echter aan dat verschillende tests, zoals de Figure-of-Eight Walk Test, Timed Up and Go, handknijpkracht met de Jamar dynamometer, 6-meter-Timed Walk Test, 10-meter-looptest, 6-minuten-wandeltest, 2-minuten-looptest, Chair Stand Test, de Berg Balance Scale, Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment, Functional Reach Test, Groninger Meander Walking Test, SUMAC-NL over het algemeen valide en betrouwbaar zijn voor het beoordelen van fysieke vaardigheden bij oudere volwassenen, inclusief mensen met lichte tot matige dementie.²⁰⁻²⁸ Deze tests zijn waardevol voor het evalueren van fysieke capaciteiten, maar kunnen beperkingen hebben bij het detecteren van significante veranderingen binnen het individu in de tijd vanwege grote standaardfouten en minimale detecteerbare veranderingen. De 6-meter-looptest en 6-minuten-looptest zijn echter gevoelig voor verandering en nuttig voor het

monitoren van vooruitgang bij mensen met dementie.²³ Er lijkt een discrepantie te zijn tussen de perceptie van fysiotherapeuten over de betrouwbaarheid en validiteit van deze tests en de wetenschappelijke evidentie die de betrouwbaarheid en validiteit ervan ondersteunt, wat kan wijzen op een behoefte aan verdere voorlichting of scholing op dit gebied.

Een andere reden voor het onderbenutten van standaard meetinstrumenten is de zorg dat mensen met dementie de tests mogelijk niet correct uitvoeren. In een systematische review week ongeveer de helft van de studies af van het standaardprotocol om de tests haalbaarder te maken voor mensen met dementie. Deze afwijkingen kunnen echter de resultaten beïnvloeden. Het wordt aangeraden om systematische aanwijzingen, of *cueing*, te implementeren tijdens de testen voor mensen met dementie, echter alleen wanneer nodig, omdat dit de betrouwbaarheid kan beïnvloeden.^{29,30} Zowel de algemeen fysiotherapeuten als geriatriefysiotherapeuten in onze studie gaven aan dat algemeen fysiotherapeuten mogelijk een onvoldoende begrip van dementie hebben. Deze bevinding komt overeen met reviews uit het VK, de Verenigde Staten (VS) en Europa, die beperkte dementie-educatie en -training voor gezondheidszorgstudenten aanhalen.³¹⁻³³ Andere studies benadrukken het belang van dementie-educatie voor fysiotherapiestudenten en fysiotherapeuten die vaak werken met mensen met dementie. Deze studies onderstrepen de noodzaak van interprofessioneel onderwijs, effectieve communicatiestrategieën, cognitieve screeningtools en een goed begrip van dementie als essentiële educatieve componenten.^{10,13} Het Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia (2017-2025) van de WHO identificeert het onderwijzen van de kerncompetenties van dementie diagnose, behandeling en zorg in de bachelor- en masteropleidingen van paramedische opleidingen als een belangrijk actiepun. Bovendien benadrukt het de verdere ontwikkeling, levering en promotie van evidence based interventies en training voor gezondheidsprofessionals, met name binnen het eerstelijnsgezondheidszorgsysteem.³⁴

Implicaties voor de praktijk

Deze studie suggereert een behoefte aan verbeterde samenwerking bij de zorg voor mensen met dementie. Dit kan worden bereikt door gezamenlijke elektronische patiëntendossiers, regelmatige overleggen met diverse betrokken disciplines en vergoeding van overleggen door zorgverzekeraars. Het gebrek aan formele diagnoses

bemoeilijkt prognoses en behandelplanning, waardoor gestandaardiseerde protocollen voor vroege diagnostiek en duidelijke richtlijnen belangrijk zijn. Dit zou ook de communicatie met mantelzorgers en het sociale netwerk verbeteren. Fysiotherapeuten ervaren problemen met gestandaardiseerde meetinstrumenten bij patiënten met dementie, waardoor aanpassing en training in het gebruik ervan noodzakelijk zijn voor betere klinische beslissingen. Er is een behoefte aan meer dementie-specifieke kennis en vaardigheden, wat integratie van dementie-educatie in opleidingen en continue professionele ontwikkeling vereist om de competentie en zelfverzekerdheid van fysiotherapeuten te behouden en vergroten.

... de literatuur toont aan dat er nog steeds een tekort is aan dementie-educatie onder zorgprofessionals ...

Sterke en minder sterke punten van onze studie

Sterke punten van deze studie zijn de verhoogde betrouwbaarheid door peer review, memo's, analistriangulatie en het bereiken van datasaturatie. Peer review zorgde voor externe controle van de resultaten, analistriangulatie zorgde voor diverse perspectieven in de gegevensanalyse en datasaturatie gaf aan dat voldoende informatie was verzameld. Hoewel de interviewer, SB, aanvankelijk beperkte ervaring had met interviews, droeg haar driejarige ervaring als fysiotherapeut bij aan de kwaliteit van de gesprekken. Twee pilotinterviews verbeterden de interviewtechniek en -gids. Een beperking is mogelijke steekproefbias, omdat deelnemers mogelijk bijzonder gemotiveerd waren doordat zij zelf gereageerd op de oproep voor deelname hebben gereageerd. Ondanks dit was de steekproef divers, wat bijdraagt aan een representatief beeld van de ervaringen van fysiotherapeuten.

Conclusie

Onze studie benadrukt de behoefte aan verbeterde samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals bij de behandeling van mensen met dementie. Het is essentieel dat fysiotherapeuten beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om de complexiteit van dementiezorg effectief aan te pakken. Toekomstige initiatieven zouden zich kunnen richten op het verbeteren van dementie-educatie en het aanpakken van systemische belemmeringen om de kwaliteit van

de fysiotherapeutische zorg voor mensen met dementie te verhogen.

Dankbetuigingen

De onderzoekers bedanken de fysiotherapeuten die aan deze studie hebben deelgenomen voor hun bijdrage. We bedanken ook Carmen Buist (CB) en Anne van Bergen (AvB) voor hun bijdragen in het analyseproces.

Referenties

1. World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. World Health Organization; 2012.
2. Friedman SM, Mendelson DA. Epidemiology of fragility fractures. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(2):175-81.
3. Taylor ME, Delbaere K, Lord SR, Mikolaizak AS, Brodaty H, Close JC. Neuropsychological, physical, and functional mobility measures associated with falls in cognitively impaired older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2014;69(8):987-95.
4. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(1):148-57.
5. Hall AJ, Lang IA, Endacott R, Hall A, Goodwin VA. Physiotherapy interventions for people with dementia and a hip fracture—a scoping review of the literature. *Physiotherapy*. 2017;103(4):361-8.
6. Hartley P, Adamson J, Cunningham C, Embleton G, Romero-Ortuno R. Higher physiotherapy frequency is associated with shorter length of stay and greater functional recovery in hospitalized frail older adults: a retrospective observational study. *J Frailty Aging*. 2016.
7. Hvalič-Toužery S, Skela-Savič B, Macrae R, et al. The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study. *Nurse Educ Today*. 2018;60:161-9.
8. Timmons S, O'Shea E, O'Neill D, et al. Acute hospital dementia care: results from a national audit. *BMC geriatrics*. 2016;16:1-10.
9. Alushi L, Hammond JA, Wood JH. Evaluation of dementia education programs for pre-registration healthcare students—a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35(9):992-8.
10. Onyekwuluje CI, Willis R, Ogbueche CM. Dementia knowledge among physiotherapists in Nigeria. *Dementia*. 2023;22(2):378-89.

11. Hall AJ, Watkins R, Lang IA, Endacott R, Goodwin VA. The experiences of physiotherapists treating people with dementia who fracture their hip. *BMC geriatrics*. 2017;17:1-10.
12. Hunter SW, Divine A. Understanding the factors influencing physiotherapists' attitudes towards working with people living with dementia. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2021;37(12):1448-55.
13. Foley T, Sheehan C, Jennings AA, O'Sullivan T. A qualitative study of the dementia-care experiences and educational needs of physiotherapists in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*. 2020;107:267-74.
14. Boeije HR. Analysis in qualitative research. 2009:1-240.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*. 2007;19(6):349-57.
17. Huijsman R, Boomstra R, Veerbeek M, Döpp C. Zorgstandaard dementie 2020. 2020.
18. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Wiley-Blackwell; 2006.
19. Russell P, Banerjee S, Watt J, et al. Improving the identification of people with dementia in primary care: evaluation of the impact of primary care dementia coding guidance on identified prevalence. *BMJ open*. 2013;3(12):e004023.
20. Blankevoort CG, Van Heuvelen MJG, Scherder EJA. Reliability of six physical performance tests in older people with dementia. *Phys. Ther.* 2013;93(1):69-78.
21. Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Inter-rater reliability of the Berg Balance Scale, 30 s chair stand test and 6 m walking test, and construct validity of the Berg Balance Scale in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *BMJ open*. 2015;5(9):e008321.
22. Thomas VS, Hageman PA. A preliminary study on the reliability of physical performance measures in older day-care center clients with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2002;14(1):17-23.
23. Chan WLS, Pin TW. Reliability, validity and minimal detectable change of 2-minute walk test, 6-minute walk test and 10-meter walk test in frail older adults with dementia. *Exp. Gerontol.* 2019;115:9-18.
24. Fox B, Henwood T, Keogh J, Neville C. Psychometric viability of measures of functional performance commonly used for people with dementia: a systematic review of measurement properties. *JBIM Evidence Synthesis*. 2016;14(8):115-71.
25. Bossers WJR, van der Woude LHV, Boersma F, Scherder EJA, van Heuvelen MJG. Recommended Measures for the Assessment of Cognitive and Physical Performance in Older Patients with Dementia: A Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2012;2:589-609. doi:10.1159/000345038.
26. Suttanon P, Hill KD, Dodd KJ, Said CM. Retest reliability of balance and mobility measurements in people with mild to moderate Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(7):1152-9. doi:10.1017/S1041610211000639.
27. Baker J, de Laat D, Kruger E, McRae S, Trung S, Zottola C, Omaña H, Hunter SW. Reliable and Valid Measures for the Clinical Assessment of Balance and Gait in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Eur J Physiother*. 2022;24(2):85-96. doi:10.1080/21679169.2021.1902974.
28. Kroesen J, Hobbelen JSM, Hunter SW, et al. Translation, reliability, and validation of the Dutch Safe Use of Mobility Aid Checklist (SUMAC-NL) for walker use in people living with dementia [version 1; peer review: 1 approved with reservations]. *F1000Research*. 2023;12:1150. doi:10.12688/f1000research.132762.1.
29. Chan WL, Pin TW. Practice effect and cueing of 2-minute walk test, 6-minute walk test and 10-meter walk test in frail older adults with and without dementia-Recommendations to walk tests protocols. *Exp. Gerontol*. 2019;124:110648.
30. Trautwein S, Maurus P, Barisch-Fritz B, Hadzic A, Woll A. Recommended motor assessments based on psychometric properties in individuals with dementia: a systematic review. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2019;16(1):1-24.
31. Tullo ES, Gordon AL. Teaching and learning about dementia in UK medical schools: a national survey. *BMC geriatrics*. 2013;13(1):1-6.
32. Nagle BJ, Usita PM, Edland SD. United States medical students' knowledge of Alzheimer disease. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2013;10(4):10.3352.
33. Tsolaki M, Papaliagkas V, Anogianakis G, et al. Consensus statement on dementia education and training in Europe. *J.Nutr.Health Aging*. 2010;14:131-5.
34. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.

Het uitdagend revalidatieklimaat

De ontwikkeling van een team zelfevaluatie instrument

Lian Tijsen



Op 11 september 2024 verdedigde geriatriefysiotherapeut Lian Tijsen haar proefschrift *A challenging rehabilitation environment – CREATE a team self-evaluation tool* aan de Universiteit Leiden. De studies opgenomen in dit proefschrift werden uitgevoerd binnen het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) en het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) en gefinancierd door de zorgorganisaties Zorgboog en Oktober. In het proefschrift wordt het onderzoek naar het uitdagend revalidatieklimaat beschreven.

Auteursgegevens: Lian Tijsen is werkzaam bij de Zorgboog als projectleider ambulante geriatrische revalidatie en als Science Practitioner bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) en de Zorgboog.

Correspondentie: l.m.j.tijsen@lumc.nl

Sinds de publicatie van het boek *Alles is revalidatie: Revalideren na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat* (Marieke Terwel, 2011) bieden de meeste geriatrische revalidatieafdelingen in Nederland hun revalidatie aan in een uitdagend revalidatieklimaat. Hoewel dit gedachtegoed enthousiast werd overgenomen door revalidatieafdelingen in Nederland, ontbrak op dat moment een wetenschappelijke onderbouwing van het concept. Hierdoor was niet duidelijk welke aspecten belangrijk waren in het concept. Gedacht werd aan het verhogen van de therapietijd, groepstraining, zelfstandig oefenen, taak-georiënteerd oefenen en familieparticipatie.

In dit proefschrift is binnen de CREATE-studie (Challenging REhAbiliTation Environment) onderzoek gedaan naar de conceptualisering van dit concept en het ontwikkelen van een tool om revalidatieafdelingen te ondersteunen bij het implementeren.

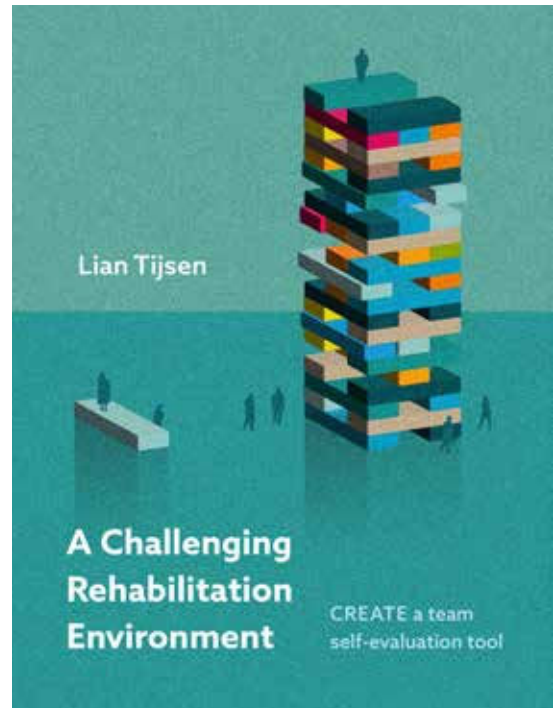
In het proefschrift is eerst het concept *uitdagend revalidatieklimaat* grondig onderzocht en beschreven. Hiervoor is gebruikgemaakt van literatuuronderzoek, kwalitatieve studies met ervaringsdeskundigen en (inter)nationale professionals, en van concept mapping. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een beschrijving van het uitdagend revalidatieklimaat in vijf clusters:

1. Doelen

In dit cluster worden aspecten benoemd die belangrijk zijn voor het proces om tot de revalidatiedoelen te komen. Deze doelen moeten zowel de klinische als de ambulante fase van de revalidatie beslaan en zijn leidend voor de inzet van therapie en de duur van het totale revalidatietraject. Verder wordt in dit cluster benoemd dat huisbezoeken een integraal onderdeel van de revalidatie zijn.

2. Revalidant en mantelzorger

In dit cluster gaat het over factoren die te maken hebben met de revalidant en mantelzorger. In het uitdagend revalidatieklimaat zijn zij onderdeel van het revalidatieteam, betrokken bij het opstellen van het revalidatieplan, nemen ze deel aan het multidisciplinaire overleg en hebben ze toegang tot het elektronisch cliëntsysteem. Daarnaast is



het belangrijk dat ze uitleg krijgen over de aanpak die aanleiding was voor de revalidatie, hoe ze moeten omgaan met bijbehorende cognitieve problematiek en hoe om te gaan met veranderde prikkelgevoeligheid en belastbaarheid. Ook is het wenselijk dat ze geschoold worden in vaardigheden die ze tijdens en na de revalidatie nodig hebben.

3. Medewerkersaspecten

In een uitdagend revalidatieklimaat werken medewerkers op een interdisciplinaire manier samen, wat inhoudt dat er geen hiërarchie is. Alle medewerkers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het behalen van de revalidatiedoelen, hebben een revaliderende mindset en integreren oefenmomenten in hun dagelijkse contact met revalidanten. Daarnaast houden de teamleden rekening met de leerstijl van de revalidant en bieden ze informatie op verschillende manieren en meerdere momenten aan.

De medewerkers zijn op de hoogte van de laatste inzichten met betrekking tot revalidatie en geriatrie. Ook hebben het revalidatieteam en management een gezamenlijke visie op revalidatie en het uitdagend revalidatieklimaat.

.... in een uitdagend revalidatieklimaat werken medewerkers op een interdisciplinaire manier samen, wat inhoudt dat er geen hiërarchie is

4. Omgevingsaspecten

De algehele indeling van de revalidatieafdeling is uitdagend en biedt veiligheid aan revalidanten om zelfstandig te oefenen. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door middel van een zitje in de slaapkamer dat uitnodigt om uit bed te komen, relevante ruimtes op loopafstand of leuning in de gangen. Behandeling vindt zoveel mogelijk plaats op de afdeling en revalidanten kunnen de gehele dag gebruik maken van oefenmogelijkheden. Revalidanten hebben een eigen slaapkamer, maar kunnen ook gebruik maken van een gezamenlijke ruimte. Dit geeft ze de mogelijkheid om de hoeveelheid prikkels te doseren. In dit cluster wordt verder benoemd dat de voeding lekker, gezond en (eiwit) verrijkt moet zijn, zoveel mogelijk bereid met regulier verkrijgbare producten.

5. Oefeningen en lotgenotencontact

Oefeningen in een uitdagend revalidatieklimaat, focussen op doelen op het gebied van mobiliteit, activiteiten van het dagelijks leven, rouw, cognitie en communicatie. Revalidanten worden uitgedaagd de hele dag aan hun revalidatie te werken, bijvoorbeeld door middel van huiswerkoefeningen. De dagelijkse therapeutische activiteit wordt zoveel mogelijk door middel van taak-georiënteerd trainen uitgevoerd.

Daarnaast wordt groepstherapie ingezet voor het behalen van revalidatiedoelen en het stimuleren van lotgenotencontact. Ook gezamenlijke eetmomenten dragen bij aan lotgenotencontact en het behalen van de revalidatiedoelen. In een uitdagend revalidatieklimaat wordt het dagritme van de revalidant gevolgd. Dit betekent dat er geen vaststaande therapieplanning is. Mantelzorgers zijn gedurende de hele dag welkom op de afdeling, maar overig bezoek heeft bezoektijden. Verder wordt e-health ingezet om oefeningen leuker en uitdagender te maken en kan ondersteunen bij het monitoren en in beeld brengen van veranderingen in functioneren.

In het laatste hoofdstuk van het proefschrift wordt de verbinding gelegd tussen deze conceptualisering en de praktijk. In dit hoofdstuk is een team-zelf-evaluatie-tool ontwikkeld waarmee revalidatieafdelingen kunnen evalueren waar hun sterke en zwakke punten liggen ten aanzien van het uitdagend revalidatieklimaat: de CREATE-tool. Deze tool bestaat uit zeventig stellingen, verdeeld over de hierboven beschreven vijf clusters, en helpt bij het identificeren van de sterke en verbeterpunten van afdelingen. Deze informatie kan gebruikt worden voor het opstellen van een verbeterplan voor de afdeling. De CREATE-tool is getoetst op vijf revalidatieafdelingen en blijkt goed te werken om de verbeterpunten van een afdeling te identificeren. Per team werden tussen de 11 en 29 verbeterpunten geïdentificeerd. Ook zijn professionals enthousiast over het gebruik van deze tool, wat zich toonde in een mediane score van 7 of 8 (op een schaal van 1 tot 10) op alle evaluatievragen.

Het gehele proefschrift is te lezen via: <https://www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/174880-Lian-Tijssen/7/>. De CREATE tool is bereikbaar via de website van de UKON academy: <https://www.ukonnetwerk.nl/ukon-academy/create/>

Intramurale geriatriefysiotherapeuten: ga voor de juiste functiewaardering

Tekst: Marjolein Streur



Marjolein Wondergem



Marcel Kessels

Er is een steeds verdere professionalisering van het vak van de geriatriefysiotherapeut gaande. Maar de beloning blijft nog achter. 'We worden nog steeds in dezelfde functieschaal ingedeeld als een algemeen fysiotherapeut, terwijl we aantoonbaar andere taken doen', vertellen Marjolein Wondergem en Marcel Kessels. Zij schreven, samen met een werkgroep namens de NVFG, een functieprofiel voor de intramuraal werkende geriatriefysiotherapeut, om de overgang naar FWG 60 te faciliteren. 'Het is tijd dat we voor onszelf en onze beroepsgroep opkomen. Zonder functiedifferentiatie heeft het minder meerwaarde om geriatriefysiotherapeut te worden en dat is een gemiste kans.'

Fysiotherapeuten worden ingeschaald in FWG 55. Ook na een masteropleiding. 'Dat is eigenlijk vreemd', vertellen Kessels en Wondergem. 'Een verpleegkundige wordt na een opleiding als verpleegkundig specialist hoger ingeschaald. Een psycholoog na een opleiding tot GZ-psycholoog ook. Zo zijn er meer voorbeelden te benoemen. Maar behaal je als algemeen fysiotherapeut de master geriatriefysiotherapie -of een andere specialisatie-, dan is dat als intramuraal werkende geriatriefysiotherapeut niet het geval.'

Andere taken en functie

De taken en bezigheden van een geriatriefysiotherapeut zijn daadwerkelijk anders dan die van een algemeen

fysiotherapeut. Kessels illustreert: 'Als geriatriefysiotherapeut werk je natuurlijk vakinhoudelijk met de patiënten. Maar daarnaast ben je overstijgend aan het werk, je denkt mee over het beleid in een organisatie, breng je advies uit omtrent de geriatrische (revalidatie)zorg. Daarbij zit een stuk innovatie, een stuk ontwikkeling van beleidszaken, zoals preventie- en beweegbeleid. Je bent de inhoudsdeskundige die wetenschap met praktijk kan combineren. Bovendien participeer je in een of meerdere netwerken in de buurt. Zo ben je als geriatriefysiotherapeut een belangrijke spil en speler in de ouderenzorg.'

'Daarnaast is de maatschappelijke urgentie voor deze specialistische zorg groot', vult Wondergem aan. 'Er is

een grote toename van kwetsbare ouderen en er zijn steeds meer situaties waarbij de geriatriefysiotherapeut een essentiële rol kan en moet spelen. Je hebt dus voldoende aanwas van nieuwe jonge geriatriefysiotherapeuten nodig. Maar als er geen doorgroei-perspectief wordt geboden, als er niets tegenover staat voor alle tijd, kosten en inspanningen die je moet investeren, dan gaan jonge fysiotherapeuten niet meer aan een masteropleiding beginnen vrees ik.'

FWG

De weg om van FWG 55 naar FWG 60 te komen is tot nu toe nog een individueel proces en dat weerhoudt veel collega's. 'Het is een ingewikkeld pad, met best wat hobbels om te nemen', vertelt Kessels uit eigen ervaring. 'Het heeft mij samen met mijn collega Michael Moonen wel een paar jaar gekost. We hebben zelf een functiebeschrijving opgesteld en vervolgens moet je iedereen mee krijgen. Dat begint al bij het eigen team en je leidinggevende, en dat gaat door tot en met HR en de Raad van Bestuur. Zo'n route afleggen kan je alleen met steun en hulp van mensen om je heen binnen de organisatie.'

Wondergem: 'Het is goed om te kijken naar een passende functie-inschaling. Ik hoop dat in de toekomst die erkenning er vanzelf komt na het afronden van een masteropleiding. FWG bekijkt de ontwikkelingen in het werkveld, daarom is het belangrijk dat er goede functiebeschrijvingen bestaan. Dus als het in het werkveld vaker voorkomt om met een aangepaste functiebeschrijving na je master in FWG 60 te komen, dan wordt dat op een gegeven moment de standaard.'

Werkgroep voor functieomschrijving

In 2020 kwam er vanuit de NVFG-leden naar voren dat er behoefte was aan een eigen functiebeschrijving om hun meerwaarde duidelijk te kunnen maken. Dit is het startpunt voor passende inschaling. Naar aanleiding daarvan werd besloten om een werkgroep op te richten om die functieomschrijving op papier te zetten.

'Dit heeft een lang beloop gehad', vertelt Wondergem. 'We begonnen met het verzamelen van documenten, bijvoorbeeld van mensen die al wel een passende functiebeschrijving hadden gemaakt en best practices van mensen die al wel in FWG 60 zijn ingeschaald. We zijn in 2021 gestart met schrijven en toen het nieuwe beroepsprofiel in 2023 uitkwam, hebben we het

definitief kunnen maken. Tot slot hebben adviseurs van het KNGF en mensen van binnen en buiten de beroepsgroep de functieomschrijving gepeerreviewd.'

Blauwdruk

Met behulp van de nu opgestelde functieomschrijving hoopt de werkgroep dat het voor collega's makkelijker wordt om hier ook stappen in te kunnen ondernemen. De functieomschrijving is opgesteld als een soort blauwdruk. Er is een basisdeel en een addendum die geriatriefysiotherapeuten dan zelf kunnen specificeren naar hun situatie en locatie.

De hoop is ook dat werkgevers en organisaties meegaan in de hogere waardering voor hun geriatriefysiotherapeuten. 'Het getuigt van goed werkgeverschap en inzicht in de ontwikkelingen van de zorgorganisaties als ze actief het gesprek aangaan met hun geriatriefysio binnen de instellingen', zegt Wondergem.

Verdere ontwikkelingen

Om nog meer ondersteuning te bieden in dit proces is de werkgroep nu ook in contact met het KNGF voor het opstellen van een stappenplan. 'Want welke stappen moet je dan nemen, en hoe kun je dat op een goede manier aanpakken? Je wil recht doen aan je eigen werk, maar niet in een geschil komen met je werkgever. Gelukkig kunnen leden van het KNGF wel hulp krijgen bij dit proces, omdat zij standaard recht hebben op rechtshulp van de vakbond voor zorgprofessionals, de FBZ.'

Ambitie

'Wij willen een lans breken voor de toekomst van de intramuraal werkende geriatriefysiotherapeut. We zijn het aan de beroepsgroep verplicht om nu eens voor onszelf op te komen. Je wil wel op een eerlijke manier beloond worden op basis van de input die je levert binnen je carrière. Pak je rol op als geriatriefysiotherapeut, vul je rugzak met ervaringen, en ga dan het pad in voor een hogere beloning. Zo doe je recht aan je eigen beroep. Niet alleen voor nu, maar zeker ook voor de toekomst.'

Jouw mening doet ertoe!

Wil je reageren op dit artikel of op een andere bijdrage in dit blad? Stuur je reactie van maximaal 600 woorden naar redactie@nvfgnet.nl.

Datagedreven evalueren van woonzorgsensoren

Een kwalitatief onderzoek

Marcel Fokker



Sensortechnologie wordt steeds vaker ingezet in het verpleeghuis, maar vaak ontbreekt hierbij een objectieve evaluatie van de ingezette sensor. Dit leidt tot onnodige alarmeringen. Het doel van dit kwalitatieve onderzoek was ontwerpen van een datagedreven evaluatieproces van de inzet van sensoren tijdens de bewonersevaluatiemomenten, in cocreatie met het zorgpersoneel. Dit zou moeten leiden tot bereidheid van de zorgverleners om deze datagedreven evaluatie te gebruiken.

Er is een werkproces ontwikkeld met focus op de evaluatiefrequentie en de rol van de eerst verantwoordelijke verzorgende. Om het gebruik van het data-dashboard te integreren in het werkproces zijn scheppende voorwaarden noodzakelijk. Het in cocreatie ontwikkelde werkproces wordt geaccepteerd. Op termijn kan dit werkproces bijdragen aan de objectieve evaluatie van de ingezette sensoren.

Auteursgegevens: Marcel Fokker is projectleider zorgtechnologie, Stichting Amstelring groep. Dit onderzoek is uitgevoerd als afstudeerscriptie voor de master Health Informatics van het UMC/ UvA.

Correspondentie: mfokker@amstelring.nl

Inleiding

Op basis van demografische gegevens is de prognose dat het aantal ouderen fors zal toenemen. Naar schatting telt Nederland in 2040 4,7 miljoen 65-plussers.¹ Met het toenemen van het aantal ouderen stijgt de zorgvraag door een grotere kans op chronische aandoeningen. Het zijn vooral dementie, beroerte en artrose die in 2040 zullen zorgen voor een hoge ziektebelasting onder de bevolking. De verwachting is dat door de vergrijzing de prevalentie van dementie met 73% zal stijgen naar meer dan 500.000 mensen in 2040.² Mensen met dementie hebben veelal cognitieve stoornissen en/of fysieke beperkingen met complexe gezondheidsproblematiek. Het onplanbare karakter van de zorgvraag maakt dat 24-uurs zorg en opname in een verpleeghuis bij 32% van de mensen met dementie noodzakelijk is. Door de vergrijzing in combinatie met een toename van chronische aandoeningen, in het bijzonder dementie, zal de vraag naar verpleeghuiszorg tot 2040 verdubbelen naar ruim 260.000 verpleeghuisplekken.³

De komende jaren staan de verpleeg- en verzorgingshuizen (VVT-sector) voor een grote uitdaging om de zorg voor hun bewoners te kunnen blijven bieden. Naast een toename van de vraag naar verpleeghuisplekken zal het personeelstekort in de zorg verder stijgen door de grote uitstroom en onvoldoende instroom van personeel.^{4,5,6} Om in de toekomst goede ouderenzorg te garanderen moet de zorg anders worden georganiseerd. Er wordt gesteld dat digitalisering onontbeerlijk is om de ouderenzorg toegankelijk te houden. Uit recente rapporten blijkt dat de inzet van technologie in de ouderenzorg resulteert in een tijdsbesparing door het verlichten van de taken van het zorgpersoneel en dat het de potentie heeft om het personeelstekort te verkleinen.^{6,7}

Wetenschappelijke achtergrond

In een scoping review van Krick et al. blijkt dat sensor- en monitoringstechnologie relatief veel wordt ingezet en aantrekkelijk is voor verpleeghuizen om de veiligheid te verbeteren, de vrijheid van bewoners te vergroten, de kwaliteit van zorg te verbeteren en de werkbelas-

ting van het personeel te verminderen.⁸ Hierbij valt te denken aan een bewegingsmelder, slimme bedmatten om te detecteren of iemand uit bed gaat, valdetectie, het monitoren van onrust en dwaaldetectie.

In het kwaliteitsdocument voor de ouderenzorg wordt beschreven dat sensoren, bij vrijwillige inzet, tenminste ieder half jaar moeten worden geëvalueerd.⁹ De inzet van sensoren kan ook een vorm zijn van onvrijwillige zorg, waardoor de inzet tenminste iedere drie maanden moet worden geëvalueerd als de maatregel valt onder de wet zorg en dwang (WZD).¹⁰ Het evalueren is ook van belang om gepersonaliseerde inzet van sensoren te borgen. De bewoners kunnen namelijk zowel fysiek als cognitief achteruitgaan of ander gedrag gaan vertonen, waardoor de ingezette sensor niet meer voldoet bij een bewoner.

.... we zien dat cocreatie bevorderend heeft gewerkt om acceptatie van en tevredenheid over de innovatie onder eindgebruikers te bereiken

Wang et al. heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkeling en het gebruik van een data-dashboard van sensoren bij gedrags- en psychologische problematiek bij mensen met dementie in het verpleeghuis.¹¹

Het onderzoek toont aan dat het zorgpersoneel meer inzicht krijgt in het functioneren van bewoners in het verpleeghuis en zo de praktijk van gepersonaliseerde zorg kan verbeteren door het gebruik van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens.¹¹ Tegelijkertijd stelt Czaja et al. dat het verzamelen van grote hoeveelheden data in het verpleeghuis alleen waarde heeft als dit wordt gebruikt om veranderingen in de functionele status van de bewoner te detecteren.¹²

Het lijkt wenselijk om bij de evaluatie van de ingezette sensoren naast kwalitatieve informatie over de bewoner ook kwantitatieve gegevens te betrekken om zo de huidige inzet van sensoren te personaliseren. Echter, in de literatuur zijn geen artikelen gevonden over het gebruik van data uit woonzorgsensoren in

de VVT-sector ter ondersteuning van de evaluatie van sensoren.

Studie rationale

Het gebruik van een combinatie van kwantitatieve gegevens in de vorm van data uit de woonzorgsensoren, weergegeven in een data-dashboard, is dus nog geen gemeengoed in de VVT-sector. Het niet datagedreven evalueren van de inzet van de sensoren kan leiden tot het voortzetten van niet-passende sensoren, waardoor mogelijk meer vals-positieve en/of niet-relevante alarmeringen worden gegenereerd. Dit kan zorgen voor een toename van de werkdruk van het zorgpersoneel, en de bewoners kunnen zich mogelijk onvoldoende geholpen voelen.

Het niet datagedreven evalueren kan mogelijk worden verklaard aan de hand van een aantal belemmerende factoren bij de implementatie van zorgtechnologie in het verpleeghuis. Een belangrijke oorzaak is dat het zorgpersoneel niet altijd betrokken is geweest bij de besluitvorming om het data-dashboard in gebruik te nemen, waardoor ze het volledige potentieel van de techniek niet inzien.¹³ Een tweede factor is dat door de vaak informele training onvoldoende kennis aanwezig is. Tot slot ziet het zorgpersoneel de mogelijkheid voor het verzamelen en gebruiken van data niet altijd als nuttige aanvulling.¹³ Dit wordt ondersteund door meerdere artikelen waarin wordt beschreven dat zonder betrokkenheid in het ontwerp en zonder gedegen opleiding de kennis van het systeem onvoldoende is, waardoor het potentieel van zorgtechnologie in het verpleeghuis niet wordt behaald.^{14,15,16}

Doelstelling en onderzoeksvragen

Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek was het ontwerpen van het proces van datagedreven evaluatie van de inzet van sensoren tijdens de verplichte bewonersevaluatiemomenten, in cocreatie met het zorgpersoneel. Dit zou moeten leiden tot bereidheid van de zorgverleners om deze vorm van evaluatie met het data-dashboard te accepteren. Op termijn zou dit moet leiden tot adoptie van het ontworpen proces en een vermindering van het aantal vals-positieve, en niet-relevante alarmeringen.

Hypothese

Het betrekken van het zorgpersoneel bij het ontwerp van datagedreven evaluatie van de inzet van de sensoren tijdens de verplichte bewonersevaluatiemomenten (cocre-

atie) leidt tot voldoende bereidheid van de zorgverleners om deze vorm van evaluatie met het data-dashboard te accepteren, en het op termijn te adopteren.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we het evaluatieproces van de ingezette sensoren tijdens de verplichte bewonersevaluatiemomenten in de VVT-sector datagedreven inrichten zodat het zorgpersoneel bereid is het data-dashboard te gaan gebruiken en vervolgens het datagedreven proces gaat adopteren?

.... een datagedreven aanpak draagt bij aan een efficiëntere inzet van sensoren, wat de werkdruk van zorgmedewerkers kan verlagen en de tevredenheid van bewoners kan verhogen

Subvragen

1. Wat is er in de literatuur bekend over de inzet van sensordata bij de evaluatie van de ingezette sensoren tijdens de bewonersevaluatiemomenten in het verpleeghuis?
2. In welke informatiebehoefte van het zorgpersoneel moet het data-dashboard voorzien om in gebruik te worden genomen bij de evaluatie van sensoren tijdens de bewonersbespreking?
3. Welke informatiebehoefte hebben het zorgpersoneel, bewoners en/of de wettelijk vertegenwoordiger van de bewoner bij de bewonersbespreking over de inzet van sensoren?
4. Wat is de tevredenheid met en de eerste indruk van acceptatie van het ontworpen werkproces datagedreven evalueren van sensoren onder het zorgpersoneel?

Methode

Studiecontext

Organisatie

Amstelring is een organisatie in de VVT-sector in de regio Amsterdam. Amstelring heeft 23 locaties waar intramurale zorg wordt geleverd. Op deze locaties wordt psychogeriatrische-, somatische- en revalidatiezorg geboden aan 1870 mensen. Amstelring hanteert het Rijnlandse organisatiemodel wat staat voor een platte organisatie op basis van gelijkwaardigheid.

Zorgalarmeringssysteem

Voor het zorgalarmeringssysteem wordt gebruikgemaakt van het integratieplatform van Cinnovate. Voor dit platform is een draadloze infrastructuur de basis, welke de voorwaarden schept om nieuwe sensoren met andere technieken en van verschillende leveranciers in te zetten. De uitgebreide keuze van beschikbare sensoren en de mogelijkheid om ze gepersonaliseerd in te zetten moet leiden tot minder vals-positieve meldingen en meer relevante binnenkomende alarmeringen, waardoor de zorg minder onnodig wordt gestoord en de werkdruk wordt verlicht. Er worden continu en automatisch data van alle sensoren verzameld. Deze data worden iedere nacht geautomatiseerd geëxtraheerd uit de Cinnovate Careserver en weergegeven in het separate data-dashboard van Tableau.

.... dit onderzoek toont aan de zorgprofessional positief staat tegenover datagedreven evaluatie en de meerwaarde ervan inziet voor de dagelijkse praktijk

Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek is een kwalitatieve case study, voor een eerste exploratie van het onderwerp naar datagedreven evaluatie van sensoren.¹⁷ Elementen uit de Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)¹⁸, de Enhancing transparency in reporting the syntheses of qualitative research (ENTREQ)¹⁹ en de Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)²⁰ zijn gebruikt bij het vormgeven van de methode van dit kwalitatieve onderzoek en de rapportage. De Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics (STARE-HI) is gebruikt als overkoepelende richtlijn.²¹

Theoretische raamwerken

Om de bevindingen uit de literatuurstudie te structureren en om de informatiebehoefte vanuit het personeel in kaart te brengen en te beschrijven is gebruikgemaakt van de Innovation of Diffusion Theory van Rogers, Control Theory en Audit en Feedback (A&F) strategie.²²⁻²⁵ Om de acceptatie van het ontworpen datagedreven evaluatieproces in kaart te brengen is gebruikgemaakt van de Unified Theory of Acceptatie and Use of Technology (UTAUT) model.²²

Innovation of diffusion theory van Rogers

Rogers stelt in zijn theorie vast dat er een aantal herkenbare stadia van adoptie zijn om tot adoptie van een innovatie te komen: de zogenaamde kennisfase, overtuigingsfase, beslissingsfase, implementatie en bevestigingsfase. Aanvullend op deze fasering zijn er een aantal randvoorwaardelijke factoren die van invloed zijn op het adoptieproces.

Deze theorie kan een verklaring geven voor de acceptatie van techniek en is gebruikt om de informatiebehoefte en voorwaarden te beschrijven ter voorbereiding op het datagedreven evalueren van sensoren en het in gebruik nemen van het data-dashboard (subvraag 2).^{22,23}

Audit en Feedback strategie en Control Theory

De audit en feedback (A&F) strategie is een methode om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het houdt in dat zorgverleners systematisch informatie krijgen over hun eigen prestaties in vergelijking met standaarden of benchmarks. A&F is in dit onderzoek ingezet om keuzes in het ontwerp van het data-dashboard te structureren tijdens het in kaart brengen van de informatiebehoefte van het zorgpersoneel (subvraag 3). A&F beroept zich op de Control Theory waarbij de belangrijkste aanname is dat de ontvangers van feedback worden getriggerd om gedrag te veranderen als zij worden geconfronteerd met een verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie.^{24,25}

Unified Theory of Acceptatie and Use of Technology model

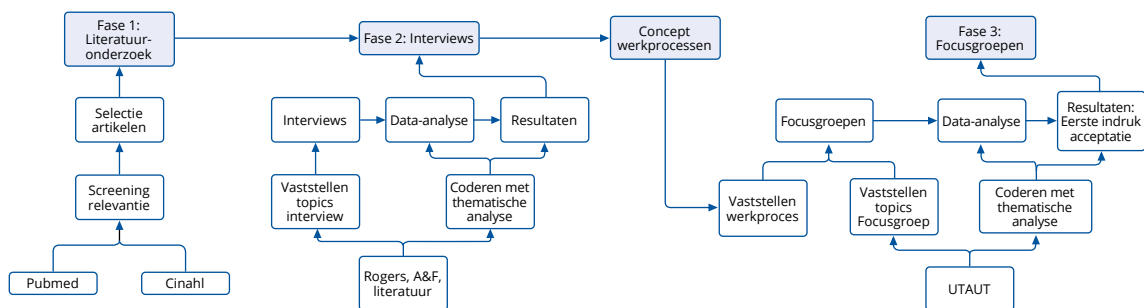
Het Unified Theory of Acceptatie and Use of Technology model (UTAUT) is gebruikt om de bereidheid tot acceptatie en tevredenheid van het ontworpen datagedreven evaluatieproces inzichtelijk te maken (subvraag 4). UTAUT is een samengesteld model uit de Innovation of Diffusion Theory, Technology Acceptance Model, Information System Success Model en een aantal andere modellen.²²

Gegevensverzameling en analyse

Deze kwalitatieve studie bestond uit drie fasen, zie Figuur 1.

Fase 1: Literatuuronderzoek

Het doel van deze fase was om de probleemstelling en methode nader aan te scherpen en om de in dit



Figuur 1: Schematische weergave methode. Afkortingen: Rogers=Innovation of Diffusion Theory van Rogers; A&F=Audit en Feedback; UTAUT=Unified Theory of Acceptance and Use of Technology model²²⁻²⁵

Setting	Intervention	Outcome
Nursing home [Mesh]	Sensor technolog* [tiab]	Data driven evaluation* [tiab]
Homes for the Aged [Mesh]	Monitoring technolog* [tiab]	Data driven decision* [tiab]
Residential facilities [Mesh]	Smart home monitoring [tiab]	Evaluation* [tiab]
Residential care [tiab]	Assistive technolog* [tiab]	Analysis [tiab]
Old Age Home* [tiab]		
Nursing Home* [tiab]		

Tabel 1: zoektermen literatuuronderzoek.

onderzoek verkregen inzichten te bediscussiëren in het licht van eerder vergelijkbaar onderzoek.

Op 24 september 2022 is er een geplande reproduceerbare zoekopdracht uitgevoerd in Medline en de Cinahl database. In deze databases is gezocht met een combinatie van Mesh-terms en losse termen om dit vervolgens te verbinden met AND en OR. (Tabel 1) De gevonden artikelen zijn met titel en abstract gescreend op relevantie. De overgebleven artikelen zijn geïncludeerd voor full-tekst screening, waarbij de volgende in- en exclusiecriteria in acht zijn genomen.

Inclusiecriteria:

- Publicatiedatum: maximaal tien jaar, vanwege beperkt beschikbaar onderzoek
- Design: kwantitatief of kwalitatief onderzoek
- Taal: Engels
- Full-text aanwezig
- Doelgroep: verpleeghuisbewoners

Exclusiecriteria:

- Onderzoek is niet gericht op technologie gebaseerde interventies.
- Onderzoek is niet gericht op datagedreven evaluatie.

- De studie rapporteert geen empirische bevindingen over uitkomsten.

Fase 2: Informatiebehoefte ten opzichte van het gebruik van sensordata

Om de informatiebehoefte van betrokkenen en hun houding ten opzichte van het gebruik van het data-dashboard te onderzoeken is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews. Daarnaast zijn de interviews gebruikt om inzicht te krijgen in welke informatie uit de sensoren zinvol is voor de evaluatie van de inzet van sensoren.

Voor de interviews is een set onderwerpen met bijbehorende vragen, ontwikkeld op basis van literatuur, de innovatietheorie van Rogers en A&F met de control theorie.²²⁻²⁵

Deelnemers voor de interviews werden doelgericht binnen het netwerk van de onderzoeker gezocht. Dit waren betrokkenen multidisciplinair overleg (MDO); eerste verantwoordelijke zorg (EVV'er), arts, psycholoog, zorgmanager, ergotherapeut, fysiotherapeut, wettelijk vertegenwoordiger. Om verschillende houdingen ten opzichte van het werken met het data-dashboard te vertegenwoordigen, moest er tenminste één deelnemer

zijn voor elk van de volgende vier categorieën van de innovatietheorie van Rogers: Innovator, Early adopter, Early majority en Late majority.²³ Deelnemer gaven een informed consent. Van de interviews werden audio-opnames gemaakt.

De transcripten van de audio-opnames werden thematisch geanalyseerd aan de hand van Innovation of Diffusion Theory van Rogers, het Audit en Feedback framework en Control Theory met Maxqda 2022.²²⁻²⁵

Fase 3: Tevredenheid werkproces datagedreven evalueren van sensoren

Op basis van de resultaten uit de interviews, gecombineerd met de resultaten uit het literatuuronderzoek zijn mogelijke werkprocessen ontwikkeld. Deze zijn gevisualiseerd met een flow-chart en zijn ingebracht tijdens de focusgroepen.²⁶

Om de tevredenheid en bereidheid tot gebruik van het werkproces datagedreven vast te stellen, is een selectie van betrokkenen van het multidisciplinair overleg van verschillende locaties uitgenodigd voor een focusgroep. De onderwerpen met bijbehoren vragen voor de focusgroepen zijn ontwikkeld op basis van The UTAUT Questionnaire Items.²⁷ Deze vragenlijst meet de bereidheid van het accepteren en het gebruik van nieuwe technologieën.

Deelnemers voor de focusgroep werden doelgericht binnen het netwerk van de onderzoeker gezocht. Dit waren een EVV'er, ergotherapeut, kwaliteitsverpleegkundige en arts.

De sample size werd bepaald op basis van saturatie. Dat wil zeggen: als de focusgroepen het eens zijn over

de werkwijze en de verantwoordelijkheden. Daarnaast moet de eerste indruk van acceptatie overeenkomstig zijn. Deelnemer gaven een informed consent. Van de interviews werden audio-opnames gemaakt.

De transcripten van de audio-opnames werden thematisch geanalyseerd aan de hand van UTAUT met Maxqda 2022.²²

Resultaten

Literatuuronderzoek

In de literatuur is er met de initieel opgestelde onderzoeksvraag slechts één relevant artikel gevonden over het gebruik van data uit sensoren voor het verbeteren van de zorg binnen de verpleeghuissetting. Om deze reden is er ook breder gezocht op zorgtechnologie als interventie en adoptie als uitkomstmaat in de verpleeghuissetting. De gevonden artikelen zijn gescreend op titel en abstract, waarna de overgebleven artikelen zijn geïncludeerd voor full-text screening. Uiteindelijk bleken vier artikelen uit de additionele zoekopdrachten relevant. In totaal zijn er vijf artikelen geïncludeerd. Zie Figuur 2 voor een schematische weergave van het literatuur selectieproces en Tabel 2 voor een korte toelichting van de geïncludeerde artikelen.

Interviews

Deelnemers karakteristieken

In totaal hebben tien deelnemers (leeftijd 25-74 jaar) deelgenomen aan het interview. (Tabel 3) De meerderheid van de deelnemers is op WO-niveau opgeleid (60%) en vrouw (80%). De verschillende rollen van de innovatietheorie van Rogers zijn vertegenwoordigd.

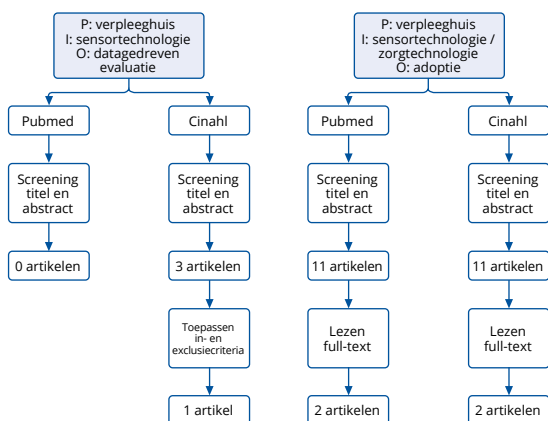
Interview resultaten

Na tien interviews was er saturatie van informatie. De interviews duurden gemiddeld 38 minuten en dit heeft geresulteerd in tien transcripties. De uitkomsten uit de interviews zijn samengevat in Tabel 4.

Tijdens de periode van de interviews zijn geen onverwachte gebeurtenissen opgetreden die de resultaten hebben beïnvloed. Er zijn geen herhaalde interviews afgenomen.

Thema 1: Adoptieniveau

De deelnemers hebben zichzelf gescoord op het adoptieniveau van Roger's.²³ Deze innovatietheorie categoriseert individuen op basis van hun adoptiesnelheid van innovaties. De *innovators* zijn de pioniers, gevolgd door de invloedrijke *early adopters*. De *early majority*



Figuur 2: Resultaat literatuurstudie. Afkortingen: P=populatie; I=interventie; O=outcome.

Wat is in de literatuur bekend over de inzet van sensordata bij de evaluatie van de ingezette sensor(en) tijdens de bewonersevaluatiemomenten in de verpleeghuissetting?				
Auteur	Jaar	Setting	Doelstelling	Uitkomsten
Wang et al. ¹¹	2020	Verpleeghuis Nederland	Onderzoek naar het ontwikkelen van een prototype dashboard voor het verzamelen en visualiseren van kwalitatieve- en kwantitatieve gegevens voor gepersonaliseerd management van gedragspsychologische symptomen bij mensen met dementie.	De kwalitatieve- en kwantitatieve gegevens zijn van waarde tijdens de gegevensverzameling en analyse. De gegevensverzameling moet snel en gestandaardiseerd zijn, maar toch flexibel voor de zorgteams. De presentatie van de gegevens is van belang en moet overzichtelijk zijn. In het algemeen zou een combinatie van kwalitatieve- en kwantitatieve gegevens het zorgteam kunnen helpen om meer inzichten van elke bewoner met dementie te verkrijgen en zo de huidige praktijk van gepersonaliseerde zorg te verbeteren.
Wat is er in de literatuur bekend over de adoptie van sensortechnologie / zorgtechnologie in de verpleeghuissetting?				
Auteur	Jaar	Setting	Doelstelling	Uitkomsten
Hall et al. ¹³	2017	Drie verpleeghuizen Engeland	Onderzoek naar de faciliterende- en belemmerende voorwaarden voor de implementatie van monitoringstechnologie.	De voornaamste reden voor het gebruik van monitoringstechnologie was het verhogen van de veiligheid. De implementatie kan worden bevorderd door alle belanghebbenden te betrekken bij besluitvorming. De opleiding moet formeel zijn en moet ingaan op de te verwachte voordelen en de onderliggende beweegredenen voor het gebruik van technologie.
Dugstadt et al. ¹⁴	2019	Meerdere verpleeghuizen Noorwegen	Onderzoek naar de faciliterende- en belemmerende voorwaarden voor de implementatie van monitoringstechnologie en om co-creatie als implementatiestrategie te verkennen.	Een succesvolle implementatie van nieuwe monitoringstechnologieën is een complex en tijdrovend proces. In elke fase van de implementatie was co-creatie de meest faciliterende voorwaarde, wat resulteerde in een veiliger verpleegopropstelsysteem.
Ko et al. ¹⁵	2018	Meerdere verpleeghuizen Amerika	Onderzoek naar de processen voor de implementatie van zorginformatietechnologie.	Verpleeghuizen hanteren vaak geen systematisch proces voor implementatie. Daarnaast is de nodige ondersteuning en infrastructuur vaak niet aanwezig en wordt er te weinig geïnvesteerd in de opleiding van het personeel. Er moet meer aandacht zijn in de voorbereiding van de implementatie voor met name de infrastructuur en opleiding. Dit met uiteindelijk een grotere betrokkenheid van het zorgpersoneel bij ontwerp en implementatie.
Freiesleben et al. ¹⁶	2021	Meerdere verpleeghuizen Duitsland	Onderzoek naar belemmeringen over de toepassing van lokalisatietechnologieën en het verkennen van strategieën om de toepassing te optimaliseren.	De belangrijkste belemmeringen zijn: bekendheid van het product, technologische- en producteigenschappen, beperkte investeringsmogelijkheid, onduidelijke voordelen van de technologie en ethische bezwaren. Een strategie met meerdere stakeholders is nodig om de adoptie te optimaliseren. Daarnaast moet er een focus zijn op diensten om de digitale autonomie van het personeel te vergroten en strategieën voor informatierverspreiding moet worden opgesteld.

Tabel 2: Toelichting op gevonden artikelen

Karakteristieken	Uitkomst (n=10)
Leeftijd: Gemiddelde ($\pm$ SD)	45,4 jaar ($\pm$ 14,5)
Geslacht	
Vrouw	8
Man	2
Functie	
Eerst verantwoordelijke zorg (Evr'er)	4
Psycholoog (regiebehandelaar)	1
Specialist ouderengeneeskunde	1
Zorgcoördinator	1
Ergotherapeut	1
Fysiotherapeut	1
Wettelijk vertegenwoordiger bewoner	1
Opleidingsniveau	
MBO	4
HBO	0
WO	6
Tijd werkzaam in de zorg: mediaan (IQR)	17 jaar (9,5-26,5)
Tijd werkzaam bij Amstelring: mediaan (IQR)	5 jaar (0,5-10)
Aantal uur werkzaam in de week: mediaan (IQR)	32 uur (24-36)
Adoptieniveau van Roger's	
Innovater	1
Early adopter	4
Early majority	4
Late majority	1
Laggard (niet nodig voor saturatie)	0

Tabel 3: Participanten karakteristieken interviews. Afkortingen: n=aantal; MBO=middelbaar beroepsonderwijs; HBO=hoger beroepsonderwijs; WO=wetenschappelijk onderwijs; SD=standaarddeviatie; IQR=interquartile range.

vormt de grote groep die de innovatie accepteert na bewezen effectiviteit. De *late majority* sluit zich aan na aarzeling, terwijl de *laggards* weerstand bieden aan verandering en vasthouden aan traditionele methoden. De deelnemers hebben een positieve houding ten opzichte van data gedreven evaluatie, maar geven aan dat het volledige potentieel van sensortechnologie nog niet wordt behaald. Het ontbreken van kennis over de sensoren en hun mogelijkheden belemmert niet alleen het juiste gebruik, maar ook het stellen van de juiste vragen bij sensorevaluatie.

Thema 2: Huidige praktijk en urgentie

Hoewel 40% van de deelnemers aangaf dat het evalueren van de sensoren is belegd tijdens een multidisciplinair overleg, twee keer per jaar, is dit bij een merendeel (60%) van de deelnemers niet bekend.

Na doorvragen bleek ook dat de sensorevaluatie niet structureel is geborgd, maar eerder op basis van incidenten of op basis van initiatief van de medewerker plaatsvindt. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de driemaandelijke evaluatie als er sprake is van onvrijwillige zorg bij de inzet van een sensor. Kwalitatieve informatie bestaande uit observatie van de bewoner, een gevoel of een sensor werkt en het verhaal van de zorgmedewerker worden wel gebruikt als input om een sensor te evalueren.

Thema 3: Kennisfase

Van de deelnemers heeft 40% weleens gewerkt met het data-dashboard onder begeleiding van een medewerker woonzorgtechnologie. Eén medewerker heeft op eigen initiatief het data-dashboard gebruikt bij een vraagstuk uit de zorg.

Thema	Respondenten, n(%)
Thema 1: Adoptieniveau Positieve houding t.o.v. het data-dashboard 10 (100%)	10 (100%)
Thema 2: Huidige praktijk en urgentie Evaluatie sensoren belegd tijdens MDO Evaluatie structureel geborgd	4 (40%) 4 (40%)
Thema 3 Kennisfase* Bekendheid van data-dashboard Gebruik van data-dashboard onder begeleiding Inzet data-dashboard bij evaluatie sensor	8 (80%) 4 (40%) 1 (10%)
Thema 4: Overtuigingsfase 4.1) Relatief voordeel* Inzien voordelen gebruik data-dashboard Inzien nadelen gebruik data-dashboard 4.2) Toepasbaarheid* Toepasbaarheid data-dashboard in huidig werkproces Evaluatie van sensor maximaal iedere 3 maanden Passende evaluatiemoment voor gebruik data-dashboard - MDO - Aparte bijeenkomst - MDO + aparte bijeenkomst - MIC-bijeenkomst Verantwoordelijke data-integratie - EVV'er - Ergotherapeut - Kwaliteitsverpleegkundige 4.3) Gebruikersgemak* - Behoeftte aan informatie over afwijkende sensordata - Behoeftte aan informatie over vervolgacties na analyse data-dashboard 4.4) Observeerbaarheid Positieve houding t.o.v. observatie gebruik data-dashboard 4.5) Impact sociale relaties Ondersteuning management op het gebied van innovatie 4.6) Flexibiliteit Aanbevelingen voor verbeteren gebruik data-dashboard	 10 (100%) 6 (60%) 4 (40%) 10 (100%) 2 (20%) 2 (20%) 4 (40%) 2 (20%) 4 (40%) 4 (40%) 2 (20%) 9 (90%) 10 (100%) 10 (100%) 8 (80%) 6 (60%)
Thema 5: Beslissingsfase Bereidheid gebruik van data-dashboard	9 (90%)
Thema 6: Voorwaarden in implementatiefase* Training en begeleiding Beschikbaarheid handleiding Tijd 2 (20%) Verbeteren gebruik van verpleegoproepsysteem 2 (20%)	6 (60%) 3 (30%) 2 (20%) 2 (20%)

Tabel 4: Kwantitatieve resultaten interviews. Afkortingen: n=aantal; MDO=multidisciplinair overleg; MIC=melding incidenten cliënten; EVV'er=eerst verantwoordelijke verpleegkundige; *=meerdere antwoorden per deelnemer mogelijk.

Thema 4: Overtuigingsfase

Relatief voordeel

De deelnemers zien voordelen in het gebruik van het data-dashboard. Er worden kansen gezien in het combineren van kwalitatieve informatie met kwantitatieve gegevens van de sensoren als het gaat om de evaluatie van de effectiviteit van de sensor. Daarnaast kan het data-dashboard ondersteunen in de verantwoording van de gemaakte keuzes naar familie en vertegenwoordigers van de bewoners.

Door 60% van de deelnemers zijn een aantal overwegingen meegegeven over het gebruik van het data-dashboard. Zo kan er een conclusie worden getrokken op basis van foutieve interpretatie van de data en wordt het data-dashboard gezien als ingewikkeld.

.... investeren in training en begeleiding is essentieel om de zorgprofessional optimaal te laten profiteren van de mogelijkheden die van data

Toepasbaarheid

Een merendeel van de deelnemers (60%) geeft aan dat het datagedreven evalueren niet past in het huidige werkproces. Alle deelnemers (100%) geven aan dat de sensoren iedere drie maanden moeten worden geëvalueerd. Ook geeft 40% aan dat dit mogelijk vaker moet bij een veranderd functioneren of bij valincidenten. Het MDO in combinatie met een aparte sensorevaluatie, een aparte bijeenkomst voor sensorevaluatie eens in de drie maanden of aansluiten bij het MIC-overleg worden als opties benoemd voor een passende bijeenkomst om de sensoren te evalueren. Uit de interviews werd niet duidelijk wie de verantwoordelijke zorgverlener zou moeten worden om het data-dashboard te integreren in een passend evaluatiemoment. Zowel de EVV'er en de ergotherapeut lijken deze rol op zich te willen en kunnen nemen.

Gebruikersgemak

De deelnemers vonden de informatie die te zien is in het data-dashboard in eerste instantie voldoende om een sensor te evalueren. Bij verdere analyse bleek dat 90% van de deelnemers een meerwaarde ziet in aanvullende informatie wanneer de sensordata afwijkt van een gemiddelde van bijvoorbeeld de afdeling of dat de bewoner een trend laat zien in meer of minder

alarmen. Dit zodat inzichtelijk wordt of er sprake is van incidenten of een verandering in het functioneren van de bewoner als moment om de sensor te evalueren. Daarnaast hebben alle deelnemers (100%) behoefte aan aanvullende informatie over het interpreteren van de data en over de inzet van alternatieve sensoren.

Observeerbaarheid

Alle deelnemers (100%) staan open om te leren van een ander team en het observeren van datagedreven evalueren.

Mogelijkheid tot uittesten

De deelnemers willen vooral gebruik gaan maken van het dashboard. Een gestelde voorwaarde is dat de medewerkers de tijd krijgen om het dashboard te leren kennen, met aansluitend een training of uitleg door een deskundige.

Impact op sociale relaties: ondersteuning management

De initiatieven op het gebied van innovatie zoals datagedreven evaluatie van sensoren worden ondersteund door het management en de deelnemers zien hier geen beperkingen in.

Omkeerbaarheid

Het ingezette proces van datagedreven evalueren is omkeerbaar, echter is dit een ongewenste situatie.

Flexibiliteit

Om beter aan te sluiten op de voorkeuren en behoeften van de medewerkers geeft 60% van de deelnemers aanbevelingen op het gebied van inloggen in het data-dashboard, het automatisch selecteren van de juiste locatie en de leesbaarheid van de data.

Thema 5: Beslissingsfase

Van de deelnemers geeft 90% aan bereid te zijn het data-dashboard te adopteren bij de evaluatie van sensoren. Alleen de wettelijk vertegenwoordiger heeft geen behoefte aan het tonen van het data-dashboard tijdens het MDO.

Thema 6: Implementatiefase

Om het data-dashboard te implementeren worden training, begeleiding en de beschikbaarheid van handleidingen aangegeven als faciliterende voorwaarden. Ook tijd om te leren werken met het data-dashboard wordt genoemd als basisvoorwaarde voor het gebruik.

Onverwachte waarnemingen interview
Van de deelnemers stelt 30% dat het zorgalarmerings-systeem nog niet op de juiste manier wordt gebruikt, waardoor de data van de sensor vertekend kan zijn. Hierdoor kan er geen uitspraak worden gedaan over het werkelijke functioneren van een bewoner.

Focusgroepen
Deelnemers karakteristieken

Twaalf deelnemers (leeftijd 22 - 64 jaar) hebben in twee groepen van zes personen deelgenomen aan de focusgroepen. Het merendeel van de deelnemers was vrouw en kenmerkt zichzelf als innovatief volgens de adoptieniveaus van Rogers.²³ (Tabel 5)

Focusgroepen karakteristieken

De focusgroepen duurden gemiddeld 69 minuten en hebben geresulteerd in twee transcripties. Er is voldoende saturatie bereikt over de acceptatie van het

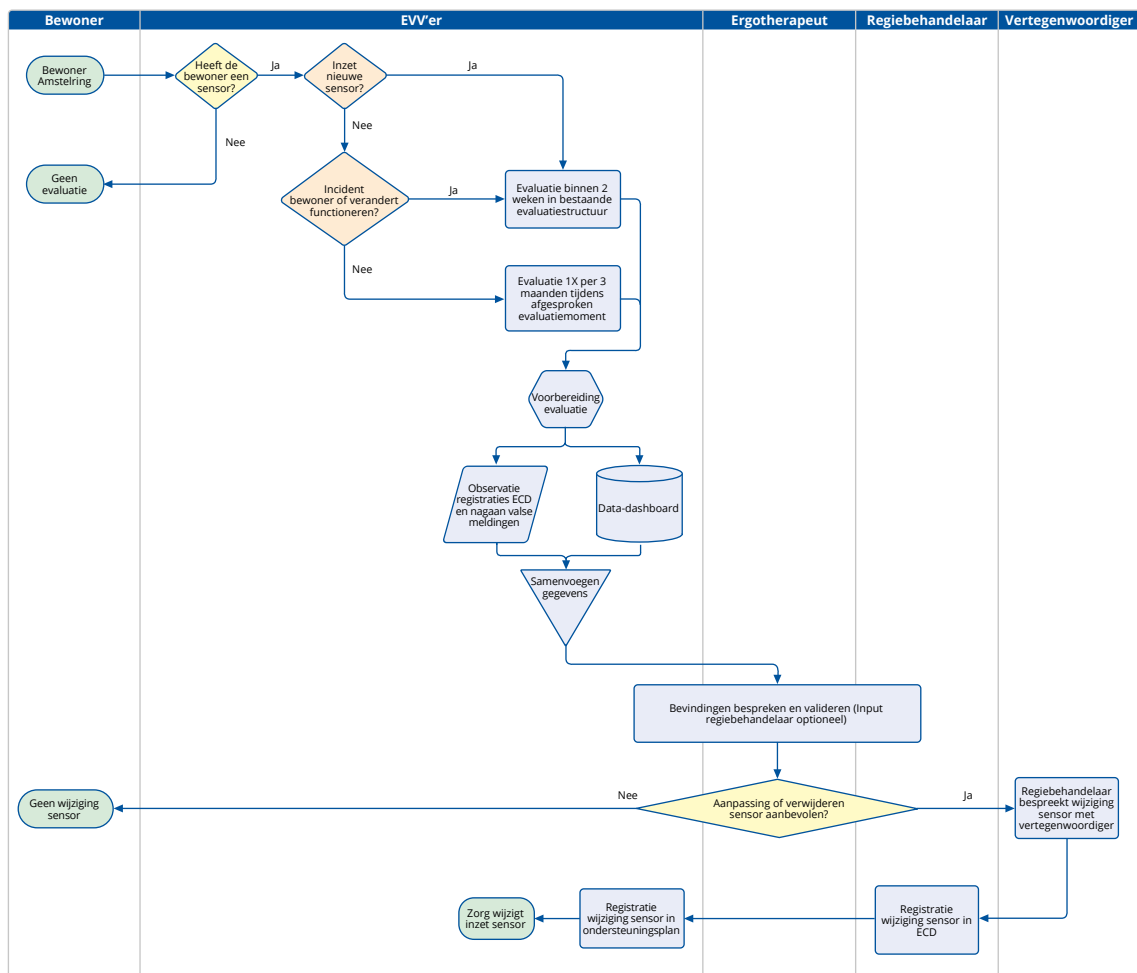
werkproces door overeenkomstige antwoorden in beide focusgroepen.

Vaststellen werkproces en verantwoordelijkheden
Werkproces

De deelnemers van de afzonderlijke focusgroepen zijn het unaniem eens over vroegtijdige evaluatie van een sensor als deze nieuw bij een bewoner wordt ingezet en evaluatie van de sensor binnen twee weken bij (val)incidenten of een veranderd functioneren in een daarvoor bestaande evaluatiestructuur binnen de locatie, een mini-MDO of artsensite. In ieder geval dient de ingezette sensor minimaal iedere drie maanden te worden geëvalueerd in een multidisciplinaire setting. Bij locatie Groenelaan is dit een cyclisch proces van evalueren, waarin een bewoner eens in de twaalf weken wordt besproken tijdens een tweewekelijks georganiseerd mini-MDO. Locatie Leo Polak kiest voor een aparte evaluatiebijeenkoms

Karakteristieken	Locatie Groenelaan (n=6)	Locatie Leo Polak (n=6)
Leeftijd: Gemiddelde (±SD)	43,6 jaar (±13,1)	42 jaar (±13,1)
Geslacht		
Vrouw	5	5
Man	1	1
Functie		
Eerst verantwoordelijke zorg	2	2
Ergotherapeut	2	2
Kwaliteitsverpleegkundige	2	1
Arts	0	1
Opleidingsniveau		
MBO	3	2
HBO	3	3
WO	0	1
Tijd werkzaam in de zorg: mediaan (IQR)	21 jaar (8,4–35,5)	18 jaar (4,1-36)
Tijd werkzaam bij Amstelring: mediaan (IQR)	1 jaar (0,7–8,25)	5,3 jaar (1,2–18,3)
Aantal uur werkzaam in de week: mediaan (IQR)	32 uur (22,5-36)	32 uur (28-33)
Adoptieniveau van Roger's		
Innovater	2	2
Early adopter	3	3
Early majority	0	1
Late majority	1	0
Laggard (niet nodig voor saturatie)	0	0

Tabel 5: Participanten karakteristieken focusgroepen. Afkortingen: n=aantal; SD=standaarddeviatie; MDO=multidisciplinair overleg; MIC=melding incidenten cliënten; IQR=interquartile range; MBO=middelbaar beroepsonderwijs; HBO=hoger beroepsonderwijs; WO=wetenschappelijk onderwijs.



Figuur 3: werkproces datagedreven evalueren. Afkorting: ECD=elektronisch cliëntendossier.

eens in de drie maanden. Zie Figuur 3 voor het definitieve werkproces.

Verantwoordelijkheden

Uit de focusgroepen blijkt dat de EVV'er verantwoordelijk wil en kan zijn voor de data-integratie tijdens een evaluatiemoment. Dit omdat de EVV'er de bewoner kent, waardoor er een juiste interpretatie van data in context geborgd is. De combinatie van kwalitatieve gegevens en kwantitatieve gegevens uit het data-dashboard worden voorafgaand aan de evaluatie door de EVV'er voorbereid. Tijdens het evaluatiemoment brengt de EVV'er de bevindingen in, waarna in samenspraak met de ergotherapeut validatie volgt en er een advies over een eventuele aanpassing van de sensor kan

worden gegeven. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid. De arts is niet altijd direct betrokken bij een evaluatiemoment, maar moet wel altijd op de hoogte worden gesteld van de uitkomst en de indicatie geven voor aanpassing of het verwijderen van een sensor.

Bereidheid tot acceptatie van vastgesteld werkproces

Performance

De deelnemers geven aan dat er met het werkproces winst geboekt kan worden op het gebied van efficiënt inzetten van sensoren, waardoor de productiviteit van de medewerkers tijdens een dienst kan worden verhoogd. Deze productiviteit wordt met name verwacht tijdens de nachtdiensten.

Inspanningsverwachting

Over het algemeen hebben de deelnemers vertrouwen om met het werkproces te gaan werken. Wederom werd er aangegeven dat het interpreteren van de data in het data-dashboard en het integreren hiervan wel uitleg en begeleiding vraagt. Ook moet er aandacht zijn voor uitleg aan nieuwe medewerkers. Volgens de deelnemers is er winst te behalen in de user-interface, zoals ook al eerder werd aangegeven in de interviews.

Sociale invloed

De deelnemers geven aan zich ondersteund te voelen in het vastgestelde werkproces door het management van de locatie. Het is ook van belang dat het locatiemanagement en de kwaliteitsverpleegkundigen dit breed uitdragen. De deelnemers zien het als een gezamenlijk proces, waaraan iedereen zich moet committeren.

Houding ten opzichte van gebruik technologie

De deelnemers hebben een positieve houding ten opzichte van het vastgestelde werkproces en zien vooral voordelen in de borging van de evaluatie van sensoren en het beleggen van de verantwoordelijkheden. Dit kan uiteindelijk zorgen voor het efficiënter inzetten van sensoren met als doel tijdswinst en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De tijdsinvestering in het werkproces moet wel opwegen tegen de beoogde voordelen.

Faciliterende voorwaarden

Het verhogen van het kennisniveau, makkelijk inloggen in het data-dashboard en commitment vanuit woonzorgtechnologie voor ondersteuning worden meegegeven als faciliterende voorwaarden voor het gebruik van het werkproces. Verder is het een voorwaarde dat het data-dashboard is afgestemd op het niveau van de eindgebruiker, waardoor juiste interpretatie van de data mogelijk is.

Angst / ervaring van gebruiker

De deelnemers geven aan geen angst en belemmeringen te hebben om het vastgestelde werkproces in gebruik te nemen.

Vrijwillig gebruik

De deelnemers uit beide focusgroepen geven aan dat zij het vastgestelde werkproces ook vrijwillig in gebruik zouden nemen als dit niet wordt ondersteund vanuit de organisatie, omdat zij de voordelen ervan inzien.

Desondanks wordt aangegeven dat een vastgesteld proces van belang is, zodat het evalueren daadwerkelijk gebeurt.

Self-efficacy

Documentatie, voldoende tijd voor het werkproces en een korte lijn met woonzorgtechnologie voor hulp tijdens het proces worden als voorwaarde gesteld voor het goed functioneren van het vastgestelde werkproces in de dagelijkse praktijk.

Gedragsintentie

Alle deelnemers uit beide focusgroepen waren positief en gaven aan dat zij van plan zijn om het werkproces de komende maanden te gaan gebruiken. Hiermee kan gesteld worden dat de bereidheid tot acceptatie van het werkproces ruim voldoende aanwezig is.

Discussie

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek naar het ontwerp van het proces van datagedreven evaluatie van de inzet van sensoren tijdens de verplichte bewonersevaluatiemomenten in cocreatie met het zorgpersoneel in de VVT-sector. Het betrekken van zorgmedewerkers in het ontwerpen van dit proces resulteerde in meer bewustzijn en kennis over en betrokkenheid van de medewerkers bij datagedreven evaluatie van de inzet van sensoren. Hierdoor is een werkproces ontworpen dat de zorgmedewerkers bereid zijn te accepteren. In cocreatie is ervoor gekozen de sensoren maximaal eens in de drie maanden te evalueren. Bij incidenten en nieuwe inzet van sensoren is de evaluatie binnen twee weken. De EVV'er wordt gezien als de meest geschikte discipline om de verantwoordelijkheid te beleggen om het data-dashboard te integreren in een passend evaluatiemoment. Dit omdat EVV'ers goed in staat zijn om duiding te geven aan de kwantitatieve gegevens uit het data-dashboard op basis van hun observaties van de bewoners. Als voorwaarde voor het integreren van het data-dashboard in het evaluatieproces moet worden voorzien in de informatiebehoefte van het zorgpersoneel en worden een aantal faciliterende voorwaarden benoemd waaronder: makkelijke toegang, training, begeleiding bij gebruik van data-dashboard en tijd en commitment vanuit het team en de organisatie. Het data-dashboard sluit aan bij de informatiebehoefte van het zorgpersoneel, maar kan verder worden verbeterd door aanvullende informatie over afwijkende data. Daarnaast kan winst worden bereikt door aanvullen-

de informatie bij het interpreteren van de data in het data-dashboard.

Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek. Zo zien we ook in dit onderzoek dat cocreatie bevorderend heeft gewerkt om acceptatie van en tevredenheid over de innovatie onder eindgebruikers te bereiken.¹⁴ Ook de vastgestelde verbetering in het bewustzijn en de toename van kennis onder het zorgpersoneel en daardoor het verbeterde inzicht in de voordelen van het datagedreven werkproces, komen overeen met eerder onderzoek naar bevorderende factoren voor implementatie van zorgtechnologie in de VVT-sector^{13,15,16} Door het werkproces kan het niet behaalde potentieel van het verpleegoproepsysteem worden verbeterd. De deelnemers van het onderzoek gaven aan dat door het structureel borgen van passende sensoren de kwaliteit van zorg kan verbeteren en dit de werkdruk kan verminderen. Deze uitkomsten komen initieel overeen met de doelstellingen waarvoor sensor- en monitoringstechnologie wordt ingezet.^{6,8,13} Door aan te sluiten bij een

*.... het gebruik van data-dashboards
in de ouderenzorg is veelbelovend,
maar vereist wel de nodige aandacht
voor training en ondersteuning
van zorgmedewerkers*

werkproces wordt de kans op het slagen van een innovatie vergroot.²⁸ Het in de literatuur aangegeven voordeel van het combineren van kwalitatieve- en kwantitatieve gegevens voor het verbeteren van gepersonaliseerde zorg¹², werd ook ingezien door de deelnemers van dit onderzoek. Dit is opmerkelijk te noemen, omdat het verzamelen en het gebruiken van data niet altijd als een nuttige aanvulling op de beschikbare gegevens in de praktijk werd gezien.⁹ Ook de informatiebehoefte van het zorgpersoneel met bijbehorende faciliterende voorwaarden uit dit onderzoek (vooral kennis, training en ondersteuning bij gebruik van data-dashboard) komen overeen met aanbevelingen uit eerder onderzoek naar adoptie van zorgtechnologie.^{13,15,16} De behoefte aan aanvullende informatie over afwijkende data strookt met de gedachte van A&F en de Control Theory dat de ontvangers van feedback worden getriggerd om actie te ondernemen als er een verschil is tussen de huidige en de gewenste situatie.²⁴

Het ophalen van informatie in de interviews en het valideren van het werkproces tijdens de focusgroepen heeft ook geleid tot nieuwe en waardevolle inzichten. Zo is een niet verwachte uitkomst van dit onderzoek dat in het definitieve werkproces gekozen is om een sensor vaker te evalueren dan noodzakelijk, namelijk minimaal eens in de drie maanden. Een ander niet verwacht resultaat is dat de EVV'er wordt gezien als de discipline die verantwoordelijk kan zijn voor het integreren van de data uit het data-dashboard. Deze resultaten zijn opvallend, omdat uit onderzoek blijkt dat 38% van EVV'ers een hoge werkdruk ervaart door de hoeveelheid werk en beperkt beschikbare tijd.²⁹ Er wordt echter aangegeven dat de extra tijd en hoeveelheid werk opweegt tegen de winst in productiviteit als de sensoren efficiënt en gepersonaliseerd worden ingezet.

Sterke en zwakke punten onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal sterke en zwakke punten. Een sterk punt van dit onderzoek is dat voor de vormgeving van de methode gebruik is gemaakt van diverse richtlijnen voor kwalitatief onderzoek. De elementen van deze richtlijnen zijn zo veel als mogelijk geïntegreerd. Een ander sterk punt is dat de beschreven theoretische raamwerken zijn gebruikt bij de studie rationale en het vormgeven van de inhoudelijke topics van de interviews en focusgroepen. Door de gebruikte methode werden de deelnemers aangemoedigd om hun standpunten kenbaar te maken. Dit werd ook mede gefaciliteerd door de besloten ruimte waar de gesprekken hebben plaatsgevonden. Tevens zijn de theoretische raamwerken gebruikt bij de data-analyse voor het opstellen van de codeboeken.

Een zwak punt van dit onderzoek is het doelgericht rekruteren van de deelnemers. Hierdoor kan er mogelijk sprake zijn van convenience sampling, omdat de deelnemers voor de onderzoeker goed bereikbaar waren. De doelgerichte rekrutering kan doorwerken in de fase van dataverzameling in de vorm van een mogelijk aanwezige interviewer bias en courtesy bias. Dit door de aanwezige werkgerelateerde relatie. Echter deze vormen van bias spelen waarschijnlijk een minimale rol, omdat de resultaten uit de afzonderlijke interviews en focusgroepen over de verschillende locaties overeenkomen.

Een ander zwak punt is dat de transcripties van de interviews en focusgroepen niet gevalideerd zijn door een tweede onderzoeker. Om dit te ondervangen zijn een aantal maatregelen genomen. Zo zijn de bevin-

dingen ondersteund door illustratieve citaten van verschillende deelnemers. Daarnaast zijn de bevindingen uit de interviews geïntegreerd in meerdere concept werkprocessen en deze werkprocessen zijn besproken tijdens de focusgroepen. Op deze manier hebben de deelnemers inzicht gekregen in de wijze waarop de resultaten zijn verwerkt. De deelnemers konden zich vinden in de voorgelegde werkprocessen. Vervolgens hebben de deelnemers feedback kunnen geven op de werkprocessen, waardoor uiteindelijk een definitief werkproces is vastgesteld. Een ander punt van aandacht is dat er geen gebruik is gemaakt van een tweede observator om veldnotities te maken. Hiermee worden mogelijk non-verbale uitingen voor de analyse en interpretatie van de gegevens gemist.

Hoewel het type zorgverleners dat aan dit onderzoek heeft meegedaan overeenkomt met het type zorgpersoneel dat gebruikelijk is in verpleeghuizen, is het in cocreatie ontworpen werkproces niet direct generaliseerbaar naar andere organisaties. Zo is de draadloze infrastructuur, wat een voorwaarde biedt om flexibele inzet van verschillende sensoren mogelijk te maken, nog geen gemeengoed binnen de VVT-sector. Ook het continu geautomatiseerd extraheren van de data uit de sensoren en dit weergeven in een eigen ontwikkeld data-dashboard, wat aansluit bij de instelling, is innovatief te noemen in deze sector. De eerdergenoemde interviewer en courtesy bias zouden de generaliseerbaarheid mogelijk verder kunnen beperken. Zo was het opleidingsniveau van de deelnemers bij de interviews hoger dan gebruikelijk is bij de deelnemers van het MDO in de VVT-sector en was het relatief hoge adoptieniveau op het gebied van innovatie bij de interviews en focusgroepen opmerkelijk te noemen. Bij de focusgroepen is het opleidingsniveau van de deelnemers wel overeenkomstig met andere medewerkers binnen de functiegroepen, waardoor de invloed beperkt is.

Relevantie

Het ontwikkelde werkproces kan bijdragen aan meer inzicht in het functioneren van de bewoner in relatie tot het evalueren van de ingezette sensor. Door het inzetten van passende sensoren kan het aantal vals-positieve alarmen verminderen en kunnen incidenten van een bewoner worden voorkomen. Deze voordelen kunnen bijdragen aan het verminderen van de werkdruk, waardoor dit mogelijk de uitstroom van medewerkers kan beperken en de ouderenzorg toegankelijk gehouden kan worden.

Conclusie

Het in cocreatie ontwikkelen van een werkproces voor het structureel borgen van het datagedreven evalueren van sensoren heeft geresulteerd in een werkproces dat het zorgpersoneel in voldoende mate bereid is te accepteren. In een multidisciplinaire context wordt maximaal iedere drie maanden de sensor geëvalueerd, waarbij de EVV'er verantwoordelijk is voor het combineren van de kwalitatieve- en kwantitatieve gegevens uit het data-dashboard. Toegang, training en begeleiding zijn voorwaardenscheppend voor implementatie van het werkproces. Het data-dashboard sluit initieel aan bij de informatiebehoefte van het zorgpersoneel, maar kan verder worden aangevuld aan de behoeften van de eindgebruiker.

Aanbevelingen

Het onderzoek leidt tot aanbevelingen voor Amstelring, de VVT-sector en vervolgonderzoek. Amstelring moet aandacht besteden aan de werking van het verpleegopropoënsysteem om de kwaliteit van de sensordata te verbeteren. Het data-dashboard moet worden aangepast aan de behoeften van de EVV'er, met extra informatie en visualisatie bij afwijkende data. Verder is training en begeleiding bij het gebruik van het dashboard essentieel. Cruciaal is dat de organisatie commitment toont en tijd vrijmaakt voor de implementatie van het nieuwe werkproces.

Organisaties in de VVT-sector wordt aangeraden om de mogelijkheden tot het gebruik van sensordata te onderzoeken en deze data onderdeel te maken van de werkprocessen in de zorg, waardoor het zorgproces continu verbeterd kan worden.

Ten slotte is vervolgonderzoek nodig om de resultaten te generaliseren en het effect van het werkproces op de verbetering van de zorg te meten, met name de impact op het verminderen van vals-positieve en niet-relevante alarmeringen.

Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
2. Cijfers en feiten dementie. (z.d.). Loketgezondleven.nl. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/wat-werkt-dossier-dementie/cijfers-en-feiten-dementie>
3. Hinkema M, Heumen S, Egter van Wissekerke N. Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg. TNO 2019 R12033

4. Ministerie van Volksgezondheid. Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg, VTV 2018. <https://www.vtv2018.nl/ouderdomsziekten>
5. **Van Wijk M.** Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn. CBS. 2020
6. Gupta Strategists. Uitweg uit de schaarste; over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg. FME, 2022
7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dialoognota Ouder Worden 2020-2040. 2021
8. **Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K.** Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):400. doi:10.1186/s12913-019-4238-3
9. Zeggenschap in zorg, Z. N. Handboek Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging Verzorging & Thuiszorg. 2013
10. VGN, A. Wet zorg en dwang; Handreiking voor zorgaanbieders. 2019
11. **Wang G, Gong H, Albayrak A, van der Cammen TJM, Kortuem G.** Personalising Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes: Exploring the Synergy of Quantitative and Qualitative Data. Biomed Res Int. 2020;3920284. doi:10.1155/2020/3920284
12. **Czaja SJ.** Long-term care services and support systems for older adults: The role of technology. Am Psychol. 2016;71(4):294-301. doi:10.1037/a0040258
13. **Hall A, Wilson CB, Stanmore E, Todd C.** Implementing monitoring technologies in care homes for people with dementia: A qualitative exploration using Normalization Process Theory. Int J Nurs Stud. 2017;72:60-70. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.04.008
14. **Dugstad J, Eide T, Nilsen ER, Eide H.** Towards successful digital transformation through co-creation: a longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in residential care for persons with dementia. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):366. doi:10.1186/s12913-019-4191-1
15. **Ko M, Wagner L, Spetz J.** Nursing Home Implementation of Health Information Technology: Review of the Literature Finds Inadequate Investment in Preparation, Infrastructure, and Training. Inquiry. 2018 Jan-Dec;55:46958018778902. doi: 10.1177/0046958018778902.
16. **Freiesleben SD, Megges H, Herrmann C, Wessel L, Peters O.** Overcoming barriers to the adoption of locating technologies in dementia care: a multi-stakeholder focus group study. BMC Geriatr. 2021;21(1):378. doi:10.1186/s12877-021-02323-6
17. **Jager K.** Kwalitatief versus kwantitatief onderzoek. UMC-UvA. 2019
18. **Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J.** Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC medical research methodology. 2012;12:181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
19. **O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA.** Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges. 2014;89(9):1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
20. **Tong A, Sainsbury P, Craig J.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care. 2007;19(6):349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
21. **Talmon J, Ammenwerth E, Brender J, de Keizer N, Nykanen P, Rigby M.** STARE-HI--Statement on reporting of evaluation studies in Health Informatics. Int J Med Inform. 2009;78(1):1-9. doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.09.002
22. **Medlock A, Eminovic N.** Technologie gebruik en acceptatie. AMC-UvA. 2015
23. **Medlock A, Eminovic N.** Rogers innovatie verspreiding theorie. AMC-UvA. 2015
24. **De Keizer N.** Hoe leidt Audit & Feedback tot kwaliteitsverbetering? AMC-UvA. 2015
25. **Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al.** Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;6:CD000259. doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3
26. Standardization, I. O. f. ISO 5807: Information Processing : Documentation Symbols and Conventions for Data, Program, and System Flowcharts, Program Network Charts, and System Resources Charts: International Organization for Standardization. 1985
27. **Spil TAM, Schruing RW.** E-Health Systems Diffusion and Use: The Innovation, the User and the USE IT Model. Idea Group Inc. 2005
28. **Aarnoudse R, Adema N, Bours N, Sluijs van der C.** Digitale innovaties 'naar een hoger plan'. *Bohn Stafleu van Loghum*. 2020
29. Actiz. Branchebeeld Kijk op mijn medewerkers. 2022

Coach2Move

Implementation and Evaluation of Person-Centered Physical Therapy in Older adults

Ward Heij



Coach2Move is een innovatieve, persoonsgerichte aanpak binnen de fysiotherapie die zich richt op het verbeteren van de mobiliteit en de kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen met mobiliteitsproblemen. In plaats van zich uitsluitend te richten op fysieke oefeningen, legt Coach2Move de nadruk op het motiveren van patiënten om zelf actief te worden en te blijven. De kern van de aanpak ligt in het begrijpen van de behoeften, doelen en levensstijl van de patiënt, en het aanpassen van de behandeldoelen hierop.

Auteursgegevens: Ward Heij is postdoctoraal onderzoeker aan de University of Utah, Verenigde Staten. Op 15 Oktober 2024 verdedigde Ward Heij zijn proefschrift *Coach2Move: Implementation and Evaluation of Person-Centered Physical Therapy in Older adults* aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Promotoren & Copromotoren: Ria Nijhuis-van der Sanden, Philip van der Wees, Thomas Hoogeboom en Bart Staal.

Correspondentie: Ward.heij@utah.edu

Coach2Move is gebaseerd op verschillende pijlers:

1. Gezamenlijke besluitvorming

Binnen Coach2Move wordt gezamenlijk met de patiënt bepaald welke doelen centraal staan in de behandeling. Deze doelen worden op een SMARTI-ma-nier geformuleerd: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden én Inspirerend. Door samen met de patiënt doelen vast te stellen die aansluiten bij wat voor hem of haar betekenisvol is, neemt de motivatie om actief te blijven toe. De fysiotherapeut en de patiënt leggen de gemaakte afspraken vast in een behandelovereenkomst. Dit verhoogt de commitment van beide partijen en versterkt de samenwerking om het gewenste activiteitsniveau te bereiken. Dankzij deze gezamenlijke besluitvorming ontstaat een behandeling die beter aansluit op de persoonlijke wensen en mogelijkheden van de patiënt, wat leidt tot een grotere betrokkenheid en betere resultaten op de lange termijn.

2. Motiverende gespreksvoering

Om gedrag en motivatie te beïnvloeden, gebruiken fysiotherapeuten technieken uit de motiverende gespreksvoering. Dit houdt in dat zij niet alleen uitleg geven, maar ook proberen de intrinsieke motivatie van de patiënt te versterken. Ze doen dit door gesprekken te voeren waarin ze de voordelen van beweging benadrukken en de patiënt stimuleren om zelf oplossingen en doelen te formuleren.

3. Inzet van de sociale context

Coach2Move betreft de sociale omgeving van de patiënt, zoals familie, vrienden en zorgverleners, in het behandelproces. Samen met de patiënt wordt gekeken wie in de sociale omgeving kan helpen om fysiek actief te worden, en hoe deze persoon betrokken kan worden binnen het behandelproces. Dit helpt om een ondersteunend netwerk op te bouwen dat de patiënt kan motiveren en helpen om fysiek actief te blijven, zelfs na het beëindigen van de behandelingen.

4. Continue monitoring en feedback

Fysiotherapeuten monitoren de voortgang van de patiënt op regelmatige basis en geven constructieve feedback. Dit helpt niet alleen om het behandelplan aan te passen waar nodig, maar zorgt er ook voor dat de patiënt gemotiveerd blijft en de vooruitgang zelf kan zien.

5. Een behandelalgoritme

Een belangrijk onderdeel van Coach2Move is het gebruik van een algoritme dat is gebaseerd op de *Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II (HOAC II)*. Dit algoritme ondersteunt fysiotherapeuten in het uitvoeren van een uitgebreide intake en helpt hen om op gestructureerde wijze klinisch te redeneren. Door dit algoritme toe te passen, krijgen therapeuten inzicht in zowel de mogelijkheden als de beperkingen van de patiënt. Het algoritme helpt bij het vaststellen van prioriteiten en maakt het eenvoudiger om een gepersonaliseerd behandelplan op te stellen dat is afgestemd op de specifieke behoeften en doelen van de patiënt.

6. Coaching voor zelfmanagement

Binnen Coach2Move ligt er een sterke nadruk op het coachen van patiënten in zelfmanagement om langdurige resultaten te bevorderen. Dit betekent dat de fysiotherapeut de patiënt actief ondersteunt in het aanleren van vaardigheden en strategieën waarmee de patiënt zelfstandig zijn of haar gezondheid en activiteitsniveau kan onderhouden.

7. Werken met drie patiëntgerichte interventieprofielen

Coach2Move hanteert een aanpak die is afgestemd op de specifieke behoeften van elke patiënt door het gebruik van drie patiëntgerichte interventieprofielen. Deze profielen zijn ontworpen op basis van de verwachte herstelbehoeften en -capaciteiten van de patiënt en bepalen het aantal consulten dat nodig is voor een effectieve behandeling. Door patiënten te categoriseren in deze profielen, kan de fysiotherapeut gericht

en effectiever werken. Dit zorgt ervoor dat patiënten de juiste ondersteuning en begeleiding krijgen op het moment dat ze dat nodig hebben. Deze gestructureerde aanpak maakt het voor zowel de patiënt als de fysiotherapeut duidelijk hoeveel sessies ze hebben.

Coach2Move biedt fysiotherapeuten een gestructureerde benadering voor het ontwikkelen van behandeldoelen die aansluiten bij de specifieke wensen en behoeften van oudere patiënten. Dit maakt het mogelijk om niet alleen de fysieke mobiliteit te verbeteren, maar ook de zelfredzaamheid en het algehele welzijn te bevorderen.

Pilotstudie

In een eerdere gerandomiseerde studie zagen we al dat Coach2Move effectiever was dan reguliere fysiotherapie. Ouderen behaalden statistisch significant betere resultaten in fysieke activiteit en mobiliteit, zowel direct na de laatste behandeling als zes maanden na aanvang. Bovendien bleek de aanpak kosteneffectief in vergelijking met reguliere fysiotherapie. Een procesanalyse wees daarbij op enkele opvallende verschillen in het klinisch redeneerproces: fysiotherapeuten die Coach2Move toepasten, scoorden consequent hoger op indicatoren voor persoonsgerichte uitkomsten, zoals gezamenlijke besluitvorming, motiverende gespreksvoering en inspirerende uitkomsten dan collega's die reguliere zorg verleenden. Interessant genoeg zagen we dat het aanpassen van het patiëntendossier (het toevoegen van prompts en lege velden voor de aanvullende informatie) en de bereidheid van therapeuten om hun eigen gedrag te veranderen essentieel was voor succesvolle implementatie. Echter, enkele factoren bleken lastig: het inplannen van een uitgebreide intake van negentig minuten, zorgen over inkomstenderving en het beperkte begrip van patiënten over het belang van fysieke activiteit.

Het promotieonderzoek

Implementeren van Coach2Move in de dagelijkse praktijk

Het doel van dit promotieonderzoek was om na te gaan of Coach2Move daadwerkelijk kan worden ingebed in de dagelijkse praktijk van de fysiotherapeut. We wilden testen of we de positieve uitkomsten uit eerdere studies konden repliceren op de lange termijn, met name op het gebied van verhoogde fysieke activiteit, verminderde kwetsbaarheid en lagere zorgkosten, ook na twaalf maanden. Daarbij onderzochten we ook of er

wetenschappelijke onderbouwing is voor de persoonsgerichte benadering van Coach2Move en analyseerden we opnieuw de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie in de dagelijkse praktijk.

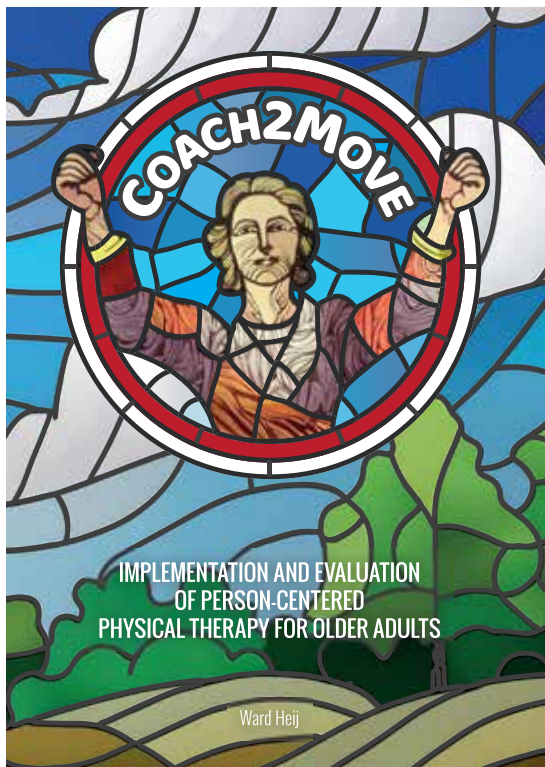
.... binnen Coach2Move ligt er een sterke nadruk op het coachen van patiënten in zelfmanagement om langdurige resultaten te bevorderen

De kracht van motivatie: Coach2Move in de literatuur

Een uitgebreide literatuurstudie met netwerk-meta-analyse toonde aan dat interventies die meerdere motivatiebevorderende strategieën combineren, effectiever zijn in het verhogen van de fysieke activiteit dan passieve interventies of standaardzorg bij ouderen. Dit is een belangrijke bevinding, omdat Coach2Move precies dit combineert: motiverende gespreksvoering, gezamenlijke besluitvorming, monitoring en feedback, en persoonsgerichte interventies die de sociale context benutten. Onze analyse liet zien dat interventies die deze strategieën gecombineerd toepassen, een grotere positieve impact hebben op de fysieke activiteit bij ouderen dan losse interventies. Toch bleek uit de literatuur dat er geen eenduidige *beste* samenstelling is van de verschillende elementen, en dat de resultaten afhankelijk zijn van de individuele situatie van de patiënt.

Implementatie: de opzet van ons onderzoek

In ons studieprotocol beschreven we hoe we Coach2Move wilden invoeren in de dagelijkse praktijk en hoe we de kosteneffectiviteit van de aanpak wilden evalueren. We kozen voor een gedegen implementatiestrategie met een combinatie van e-assessment, onderwijsdagen en peer-assessment bijeenkomsten. Elke fysiotherapeut die meedeed, doorliep een e-assessment ontwikkeld door de onderzoekers. In dit e-assessment werden verschillende patiëntencasussen doorlopen waarover vragen worden gesteld. We hebben dezelfde vragen voorgelegd aan een panel van experts op het gebied van motiverende gespreksvoering, Coach2Move en educatie. Uitkomst van de e-assessment was een percentage van overeenstemming met de experts. Op basis van de e-assessment werd het instapniveau van de fysiotherapeuten bepaald,



waarna de onderwijsdagen werden afgestemd op de specifieke behoeften van de therapeuten. Na een jaar werd de toets opnieuw afgenomen om te zien wat is bijgebleven van de scholing, en wat de percentage van overeenstemming met de experts was. Onze scholing bestond uit twee dagen: een gericht op motiverende gespreksvoering, en de ander op Coach2Move-strategieën. Na de onderwijsdagen volgden drie peer-assessment bijeenkomsten, waarin fysiotherapeuten binnen hun eigen cluster observeerden en bespraken hoe zij de Coach2Move-aanpak in de praktijk brachten en wat zij van elkaar konden leren.

Om het gebruik van Coach2Move te vergemakkelijken, hebben we praktijken voorzien van visuele hulpmiddelen en pasten we de elektronische patiëntendossiers (EPD's) aan, zodat deze het klinisch redeneren volgens Coach2Move ondersteunen. Ter evaluatie van de adoptie van Coach2Move, hebben we dossiers van patiënten die een reguliere fysiotherapiebehandeling kregen vergeleken met dossiers van patiënten die Coach2Move fysiotherapie kregen. We hebben hierbij gekeken naar indicatoren voor persoonsgerichte zorg. Ook hebben we de praktijken reclamemateriaal gegeven welke zij

konden verspreiden binnen hun netwerk. Zo konden verwijzers en andere zorgverleners ook op de hoogte gebracht worden van hun deelname aan de studie.

Resultaten

Effectiviteit en kosteneffectiviteit van Coach2Move in de praktijk

De implementatiestudie omvatte 292 ouderen, waarvan 180 reguliere fysiotherapie ontvingen en 112 de Coach2Move-aanpak volgden. (Tabel 1) Gemiddeld waren de deelnemers 83 jaar oud. De resultaten lieten zien dat ouderen die met Coach2Move werden behandeld, meer fysieke activiteit toonden, een betere functionele mobiliteit hadden en lagere kwetsbaarheidsniveaus behaalden. Ook rapporteerden ze een betere kwaliteit van leven vergeleken met de controlegroep. Bovendien werden deze resultaten bereikt met minder behandelsessies, wat een belangrijke kostenbesparing betekende zonder dat de zorgkwaliteit werd aangetast. (Tabel 2) Hoewel er geen statistisch significante verschillen waren in de totale zorgkosten, bleken de positieve effecten van Coach2Move langdurig aanwezig te zijn, wat veelbelovend is voor langdurige kostenbesparing.

Adoptie en naleving: hoe hebben fysiotherapeuten Coach2Move ervaren?

Een van de belangrijkste vragen was in hoeverre fysiotherapeuten Coach2Move daadwerkelijk toepassen en wat hun ervaringen zijn. Uit ons onderzoek bleek dat de implementatiestrategieën werkten: fysiotherapeuten scoorden na de Coach2Move scholing hoger op adoptie van de persoonsgerichte aanpak en waardeerden de kennis en vaardigheden die zij met hun deelname aan de scholing hebben vergaard. Vooral therapeuten met een specialisatie in geriatrie scoorden hoger en toonden een grotere stijging in hun scores. Fysiotherapeuten met minder ervaring in geriatrie zagen echter ook verbeteringen, wat aantoont dat Coach2Move voor iedereen binnen de praktijk toepasbaar is. (Tabel 3) Desondanks was het nalevingspercentage gemiddeld lager dan de vooraf gestelde norm van 60%. Dit is mogelijk te wijten aan de gebrekkige administratie van fysiotherapeuten. Het zou kunnen dat de fysiotherapeuten Coach2Move in de praktijk goed toepasten, maar dit niet goed noteren in het EPD. Een ander opvallend punt was dat therapeuten aangaven Coach2Move in het begin tijdrovend te vinden. Ze gaven aan dat het hen tijd kostte om Coach2Move in de praktijk te brengen en enige affiniteit op te bouwen met motiverende

Demografische gegevens	Reguliere Zorg (n=180)	Coach2Move (n=112)
Leeftijd in Jaren (sd)	81,6 (6,6)	82,0 (5,8)
Aantal vrouwen (%)	113 (62,8)	68 (60,7)
Huwelijkse staat (%)		
single	15 (8,3)	13 (11,6)
in een relatie	5 (2,8)	8 (7,1)
getrouwd	76 (42,2)	43 (38,4)
weduwe(naar)	84 (46,7)	48 (42,9)
Opleidingsniveau, n(%)		
Alleen basisonderwijs	9 (5,0)	8 (7,1)
Praktijkonderwijs	37 (20,6)	20 (17,9)
Middelbaar beroepsonderwijs	88 (48,9)	53 (47,3)
Hoger beroepsonderwijs	38 (21,1)	27 (24,1)
Universitair	8 (4,4)	4 (3,6)
Woonsituatie, n(%)*		
Onafhankelijk	144 (80,0)	87 (77,7)
Woning met ondersteuning	31 (17,2)	18 (16,1)
Tijdelijke opname verpleeghuis	5 (2,8)	7 (6,3)
CIRS, gemiddelde (sd)*	7,8 (4,0)	6,2 (2,7)

Tabel 1: Demografische gegevens van deelnemers. Afkortingen: sd=standaarddeviatie; n=aantal; CIRS=Cumulative Illness Rating Scale; *=statistisch significant verschil ($p<0,05$).

		Gemiddelde score op Baseline		Gemiddelde score 3 maanden na aanvang fysiotherapie		Gemiddelde score 6 maanden na aanvang fysiotherapie		Gemiddelde score 12 maanden na aanvang fysiotherapie	
		n	Mean $\pm$ sd	n	Mean $\pm$ sd	n	Mean $\pm$ sd	n	Mean $\pm$ sd
LAPAQ fysiek actieve minuten per week	Regulier	180	341,46* $\pm$ 574,36	161	349,08 $\pm$ 419,48	156	337,61 $\pm$ 437,98	153	233,12 $\pm$ 303,60
	C2M	112	143,39* $\pm$ 364,67	93	270,96 $\pm$ 308,13	82	366,83 $\pm$ 412,04	76	422 $\pm$ 494,62
TUG seconden	Regulier	175	20,73 $\pm$ 15,08	159	19,29 $\pm$ 16,76	155	21,70 $\pm$ 26,14	145	22,36 $\pm$ 26,35
	C2M	109	22,54 $\pm$ 19,23	90	17,0 $\pm$ 9,18	79	15,90 $\pm$ 8,84	24	20,57 $\pm$ 14,04
EFIP range 0-1	Regulier	179	0,37 $\pm$ 0,13	161	0,32 $\pm$ 0,14	154	0,32 $\pm$ 0,16	152	0,36 $\pm$ 0,17
	C2M	107	0,39 $\pm$ 0,13	92	0,33 $\pm$ 0,14	81	0,30 $\pm$ 0,16	76	0,28 $\pm$ 0,14
PSK range 0-10	Regulier	179	6,22* $\pm$ 1,72	161	4,78 $\pm$ 2,35	156	4,85 $\pm$ 2,78	153	5,53 $\pm$ 2,80
	C2M	107	7,74* $\pm$ 1,48	85	5,32 $\pm$ 2,41	75	4,48 $\pm$ 3,02	71	3,95 $\pm$ 3,11

Tabel 2: Fysieke uitkomstmaten op baseline, na 3, 6 en 12 maanden na aanvang van de fysiotherapiebehandeling. Afkortingen: n=aantal; sd=standaarddeviatie; LAPAQ=LASA Physical Activity Questionnaire; TUG=De Timed Up & Go test; EFIP=Evaluative Frailty Index for Physical activity; PSK= Patiënt Specifieke Klachten; C2M=Coach2Move; *=significant verschil op baseline ($p<0,05$). Dikgedrukte cijfers geven aan wanneer de verbetering binnen Coach2Move statistisch significant verschilt van de reguliere fysiotherapie.

	Totaal	Fysiotherapeuten met specialisatie in Geriatrie	Fysiotherapeuten zonder specialisatie in Geriatrie
Aantal fysiotherapeuten	36	17	19
Gemiddelde leeftijd (sd)	37,4 (10,7)	40,4 (12)	34,9 (9,1)
Gemiddeld jaren ervaring (sd)	14,0 (9,4)	17,1 (10,1)	11,5 (8,2)
Aantal vrouwen n(%)	26 (72%)	14 (82%)	12 (63%)
Werkzaam in eerstelijns praktijk n(%)	23 (64%)	12 (71%)	11 (58%)
Adoptie van Coach2Move op basis van de e-assessment			
Implementatie karakteristieken	Gemiddelde percentage (sd) overeenstemming met experts op baseline.	Gemiddelde percentage (sd) overeenstemming met experts op baseline.	Gemiddelde percentage (sd) overeenstemming met experts op baseline.
Totale score Motivational Interviewing	17 (4)	18 (4)	17 (4)
Totale score Coach2Move	17 (7)	21 (6)	13 (4)
Totale score (Motivational Interviewing + Coach2Move)	17 (5)	20 (5)	15 (3)
Naleving van Coach2Move op basis van EPD's			
	Gemiddelde percentage (sd) naleving voor de Coach2Move implementatie	Gemiddelde percentage (sd) naleving voor de Coach2Move implementatie	Gemiddelde percentage (sd) naleving voor de Coach2Move implementatie
Totale score naleving	35 (12)	35 (9)	35 (13)
	Gemiddelde percentage (sd) naleving na de Coach2Move implementatie	Gemiddelde percentage (sd) naleving na de Coach2Move implementatie	Gemiddelde percentage (sd) naleving na de Coach2Move implementatie
	47 (15)	48 (12)	47 (17)

Tabel 3: Uitkomsten van implementatie op adoptie en naleving van Coach2Move door fysiotherapeuten. Afkortingen: n=aantal; sd=standaarddeviatie; EPD=elektronisch patiëntendossier. De dikgedrukte getallen geven aan waar de verbetering ten opzichte van baseline statistisch significant beter is in de Coach2Move groep vergeleken met de reguliere fysiotherapie groep.

gespreksvoering en de vragenlijsten. Toch werd de aanpak als zeer nuttig ervaren, met name voor het opwekken van motivatie bij patiënten. Vrijwel alle fysiotherapeuten in ons onderzoek zouden Coach2Move dan ook aanbevelen aan collega's.

Praktische lessen: voorwaarden voor succesvolle implementatie van Coach2Move

De implementatie van Coach2Move bracht ons enkele praktische inzichten. Fysiotherapeuten vonden de aangepaste EPD's nuttig, maar gaven aan dat het werven van patiënten soms lastig is omdat zij afhankelijk zijn van verwijzers en de interesse van patiënten zelf. Een belangrijke uitkomst is dat een adequate vergoeding voor de Coach2Move intake en een aangepaste organisatorische context essentieel zijn voor toekomstige implementatie. Tijdens het onderzoek konden therapeuten gebruikmaken van een unieke declaratiecode voor de uitgebreide intake, maar deze code is na het onderzoek niet meer beschikbaar. Een dergelijke vergoeding is echter essentieel voor succesvolle implementatie, omdat het uitgebreide intakegesprek van grote waarde is voor het Coach2Move proces.

Onze bevindingen tonen aan dat Coach2Move succesvol geïmplementeerd kan worden in de dagelijkse praktijk. Op patiëntniveau zagen we betere uitkomsten, die over een periode van twaalf maanden behouden bleven en vergelijkbare zorgkosten opleverden. Ook zagen we verbeteringen in de adoptie en naleving van Coach2Move door fysiotherapeuten, hoewel er ruimte is voor verdere verbetering, met name op het gebied van lange termijn naleving.

Voor duurzame implementatie adviseren wij dat er aandacht komt voor financiële en organisatorische voorwaarden. Dit betekent adequate vergoeding voor het uitgebreide intakegesprek en structurele inbedding van Coach2Move in de interdisciplinaire zorgketen. Toekomstige implementaties zouden baat hebben bij een op maat gemaakt pakket met trainingen en ondersteuning door collega's, zodat fysiotherapeuten de persoonsgerichte benadering van Coach2Move verder kunnen ontwikkelen en toepassen. Op praktijkniveau dient men logistieke stappen te nemen om de langdurige intake planbaar te maken in de praktijken.

Conclusie

Coach2Move heeft bewezen een effectieve en kostenefficiënte manier te zijn om thuiswonende ouderen te ondersteunen in een actieve levensstijl. Door mid-

del van motiverende gespreksvoering, gezamenlijke besluitvorming, inzet van de sociale context en continue feedback helpt Coach2Move ouderen om hun mobiliteit te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen. Hoewel het tijd en toewijding van fysiotherapeuten vraagt, zijn de resultaten veelbelovend. Door verder te investeren in training en vergoedingsmogelijkheden kan Coach2Move breder en duurzamer geïmplementeerd worden in de praktijk. De positieve effecten op de fysieke activiteit, mobiliteit, kwetsbaarheid en kwaliteit van leven van ouderen wijzen erop dat de Coach2Move aanpak het potentieel heeft om de zorg voor ouderen te transformeren. Toch zijn er enkele praktische uitdagingen die niet onderschat mogen worden. Zoals de tijdsinvestering en de noodzaak voor organisatorische en financiële steun. Voor een succesvolle en duurzame implementatie is het van cruciaal belang dat fysiotherapeuten de juiste ondersteuning en middelen krijgen, inclusief een adequate vergoeding voor de uitgebreide intake en structurele integratie van Coach2Move in de zorgketen. Verder onderzoek naar langetermijnpact en optimalisatie van de implementatiestrategieën zal bijdragen aan het verfijnen van deze waardevolle aanpak en de verdere verspreiding ervan binnen de ouderenzorg.

Interprofessionele samenwerking bij (risico op) ondervoeding en sarcopenie

Tekst: Marjolein Streur

Met de vergrijzing groeit het risico op ondervoeding en sarcopenie onder zelfstandig wonende ouderen. Deze aandoeningen beïnvloeden de kwaliteit van leven aanzienlijk en vereisen een brede, multidisciplinaire aanpak. Om deze complexe zorg te coördineren, is een intensieve samenwerking tussen zorgprofessionals essentieel. Dit onderzoek evalueert de barrières, bevorderende factoren, voorkeuren en behoeften van professionals met betrekking tot een succesvolle samenwerking bij ondervoeding en sarcopenie bij zelfstandig wonende ouderen.

Onderzoeken tonen aan dat interprofessionele samenwerking de effectiviteit van de zorg rondom sarcopenie en ondervoeding verhoogt. Dit leidt tot betere patiënttevredenheid, therapietrouw en lagere heropname- en complicatiecijfers. Goede samenwerking verbetert daarnaast de efficiëntie door kortere opnameduur, snellere informatie-uitwisseling, en betere toegankelijkheid van zorg. Ondanks het bewijs voor de effectiviteit van deze samenwerking is de implementatie beperkt.

Deze studie omvatte vijf online focusgroepen, waaraan in totaal 28 zorgprofessionals deelnamen. Dit waren onder meer fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en casemanagers dementie. Tijdens de focusgroepen werden ervaringen gedeeld over uitdagingen en successen bij het samenbrengen van expertise rondom de zorg voor ouderen.

Vijf hoofdthema's

Uit de analyses kwamen vijf belangrijke inzichten naar voren:

1) Informatie-uitwisseling tussen professionals moet soepel verlopen.

Een van de grootste problemen waar professionals mee te maken hebben, is dat verschillende elektronische patiëntendossiers niet goed op elkaar aansluiten. Dit maakt het lastig om belangrijke informatie uit te wisselen. Zorgverleners denken dat dit sneller en beter zou gaan met één uniform systeem dat iedereen kan gebruiken.

2) Regelmatige overleggen zijn nodig om afspraken te maken over taken, verantwoordelijkheden en de mate van samenwerking.

Vaste, regelmatige overleggen zijn belangrijk om afspraken te maken over wie welke taken heeft in het team. Maar door tijdsdruk en het ontbreken van een vergoeding voor deze overlegmomenten, is het moeilijk om deze overleggen steeds goed te laten doorgaan.

3) Ouderen moeten goed betrokken worden bij de samenwerking.

De betrokkenheid van ouderen zelf is belangrijk in de samenwerking tussen zorgverleners. Professionals willen dat ouderen actief kunnen meedoen in hun eigen zorg, maar merken dat dit soms lastig is doordat mensen bijvoorbeeld moeite hebben met zelfmanagement of met het begrijpen van gezondheidsinformatie. Toch blijft het voor alle zorgverleners belangrijk om ouderen zo veel mogelijk eigen keuzes te laten maken en beslissingen samen met hen te nemen.

4) Zorg rond de oudere moet goed gecoördineerd worden.

Een cruciaal aspect in de zorg voor kwetsbare ouderen is de behoefte aan een coördinator die de zorgactiviteiten overzichtelijk kan houden en coördineert. Professionals zien hierin een rol voor bijvoorbeeld huisartsen of casemanagers, die door het bieden van duidelijke regie het risico op dubbel werk en miscommunicatie verminderen.

5) Samenwerking moet verder gaan dan alleen het zorgsysteem.

Naast de samenwerking tussen zorgprofessionals speelt ook de bredere context een rol. Het betrekken van informele zorgverleners, zoals familieleden, en de samenwerking met organisaties buiten de traditionele zorgsector worden gezien als waardevolle aanvullingen om de effectiviteit van interprofessionele samenwerking te vergroten.

Belang van samenwerking

De resultaten van de studie ondersteunen het belang van een interprofessionele benadering waarin zorgprofessionals, een ondersteunende infrastructuur en de actieve betrokkenheid van ouderen centraal staan.

Door het invoeren van een gedeeld elektronisch patiëntendossier (EPD) en het bieden van financiële compensatie voor interprofessionele overlegmomenten, kunnen belangrijke obstakels voor samenwerking worden weggenomen. Het verbeteren van deze samenwerking zal uiteindelijk bijdragen aan betere zorguitkomsten voor zelfstandig wonende ouderen die risico lopen op ondervoeding en sarcopenie.

Bron: Boxum SD, van Exter SH, Reinders JJ, Koenders N, Drenth H, van den Berg MGA, et al. Interprofessional Management of (Risk of) Malnutrition and Sarcopenia: A Grounded Theory Study from the Perspective of Professionals. *J Multidiscip Healthc.* 2024 Oct 9;17:4677-92. doi: 10.2147/JMDH.S474090.

Oproep



Heb je een interessante of leerzame casus? Heb je een project of onderzoek waar je trots op bent? Of heb je een goed idee, dat ook interessant is voor anderen? Dan willen wij dat graag van je weten. We doen een oproep aan lezers om mooie initiatieven, projecten en goede ideeën met ons te delen. Inspireer je collega's en deel je ervaringen. We zijn niet alleen op zoek naar succesverhalen, maar ook nieuwsgierig naar mislukte initiatieven. Stuur een mail waarin je in maximaal 200 woorden hierover vertelt naar redactie@nvfgnet.nl. Samen met jou werken we je inzending uit tot een bijdrage voor een komende editie van het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie.

Moe worden moet

andere effecten van intensieve oefentherapie



Onlangs las ik toevallig twee artikelen die de effecten van intensieve oefentherapie onderzochten op iets anders dan het functioneren van het bewegingsapparaat. Onderwerp van studie waren depressiviteit en kwaliteit van leven

(Resistance training reduces depressive symptoms in elderly people with Parkinson disease. A controlled randomized study, 2019, Alencar de Lima) en, ook interessant, kwaliteit van executieve functies (High-velocity resistance training improves executive function in mobility-limited older adults, 2023, Feter).

Zoals de titel al suggereert ging de Lima op zoek naar in welke mate training, en dan specifiek krachttraining, mensen met parkinson gelukkig maakt, of op zijn minst minder depressief. Depressiviteit bij mensen met parkinson is een groot probleem. Zoals ook bij andere neurodegeneratieve aandoeningen is het percentage depressiviteit bij parkinson met name in de vroegere fases hoog en kan wel oplopen tot 40%.

Feter keek naar de invloed van intensief trainen op het executieve functioneren. Om een indruk te krijgen van het executief functioneren keek Feter naar woordvloeiendheid, inprenting, mentale flexibiliteit en mentale snelheid.

Beide auteurs hadden in de literatuur sporen gevonden die duiden op dergelijke verbanden. Beide auteurs nemen, misschien wat verrassend, een vorm van geïsoleerde spierkrachttraining als interventie gebruikmakend van fitnessachtige apparatuur. Uit de internationale literatuur blijkt dat dit vaak gebruikte, effectieve interventies zijn, zeker bij ouderen waar problemen met spierkracht vaak de oorzaak zijn van moeizaam

functioneren. De Lima kiest voor een reguliere, meer klassieke vorm van krachttraining: 10 RM-lasten waarbij het tempo van bewegen door de cliënt zelf wordt bepaald. Feter kiest voor powertraining (High Velocity Resistance Training (HVRT)), waarbij met lagere lasten met een zo hoog mogelijk aanspanningstempo in de concentrische fase wordt getraind en de excentrische fase twee seconden duurt.

Beide auteurs kiezen voor een progressieve trainingsintensiteit. Als de cliënt de serie zonder vormverlies kan afronden wordt de belasting verhoogd. Feter trainde met zijn groep twaalf weken en twee keer per week, de Lima trainde twintig weken, ook twee keer per week. Beiden trainden met apparaten of losse gewichten meerdere spiergroepen, waaronder kniestrekking, deadlift, benchpress, legpress, plantairflexie etc.

Beide auteurs laten zien dat de trainingsgroep fysiek gezien beter gaat functioneren (o.a. loopsnelheidstest, timed up and go, timed stepstest, timed chair rise). Maar wat beide artikelen bijzonder maakt is dat het trainingseffect zich kennelijk uitbreidt tot gebieden die meestal niet snel tot fysiotherapeutisch werkgebied worden gezien.

De Lima stelt dat het wel bekend is dat intensieve aerobe training de neurogenese bevordert en dat het leidt tot een verhoogde concentratie van eiwitten zoals de brain derived neurotrophic factor (BDNF) en de glia derived neurotrophic factor (GDNF). Deze laatste twee eiwitten blijken een rol te spelen bij groei en overleven van zenuwcellen, moduleren neurotransmitters en helpen bij neuroplasticiteit, ondersteunen dopaminerge en motor neuronen. Al deze veranderingen zouden een positief effect hebben op depressiviteit. De Feter ziet vergelijkbare effecten.

Wat hierbij wel verwarrend is dat fysiotherapie zelf, als het goed is, leidt tot een betere mobiliteit en uitgebreidere ADL-mogelijkheden. Het is ook wel bekend dat ervaren levenskwaliteit toeneemt als men zich mobieler voelt en als men minder afhankelijk is. Meer

mobiliteit maakt gelukkiger, zou je kunnen zeggen. De auteurs hebben hun data beoordeeld op deze relatie en de causaliteit geanalyseerd; welk effect genereert welk effect. Gewone logica kan daar ook al bij helpen. Toename van de 1 RM-kracht op een legpress hangt samen met de kwaliteit van executieve functie in het onderzoek van Feter. Hetzelfde geldt voor het tempo van opstaan. Het lijkt niet heel logisch dat deze twee parameters zelf de oorzaak zijn van een toenevende woordvloeiendheid, of een betere inprenting en mentale flexibiliteit. Zou dan toch het effect van deze intensieve training op het voorkomen van de genoemde BDNF en GDNF zijn? Beide auteurs stellen in hun conclusie dat intensieve, progressieve vormen

van (kracht)training een eigenstandig positief effect hebben op depressiviteit en ervaren kwaliteit van leven, zonder de tussenstap van het betere fysieke functioneren dus. En dat is dan toch weer mooi nieuws voor ons fysiotherapeuten, alhoewel het behandelen van dergelijke problemen (woordvloeiendheid, mentale flexibiliteit) wel wat buiten ons beroepsprofiel valt. Toch is het prettig te weten dat we onze cliënten ook dit voordeel kunnen meegeven. Maar dan moet er wel iedere keer weer intensief worden getraind. Moe worden moet.

John Branten
Geriatricfysiotherapeut

Oudio

Een podcast over onderzoek bij ouderen



‘Aan de hand van allerlei thema’s gaan wij iedere aflevering in gesprek met een onderzoeker die werkt aan de wetenschappelijke onderbouwing van de Geriatrie/ Ouderengeneeskunde’ zo lezen we twee jaar gele-

den in de aankondiging van deze serie podcasts. De verwachting was toen, dat er eens per twee maanden een aflevering zou verschijnen. In een vorige recensie zagen we al dat dat in het eerste jaar niet was gelukt. Inmiddels zijn er wel weer een aantal nieuwe afleveringen verschenen in deze serie podcasts. Zo op het eerste oog met een aantal leuke onderwerpen voor de geriatriefysiotherapeut.

Vanaf het najaar van 2023 zijn er zes nieuwe afleveringen in de lucht gekomen en als bonus nog een extra aflevering met pitches van onderzoek gepresenteerd op een wetenschapsdag.

In de vijfde aflevering worden we meegenomen in de voor mij redelijk onbekende wereld van de *Geriatrische nefrologie*. Harmke Polinder-Bos, klinisch geriatr en onderzoeker uit het ErasmusMC vertelt over verschillende onderzoeken, o.a. over hemodialyse bij verpleeghuisbewoners. Zestig procent van deze groep is binnen een jaar na start van de dialyse overleden. En de andere veertig procent is duidelijk achteruitgegaan in functie. Worden mensen nu kwetsbaar voor of door de dialyse? Allebei. Voor start van de dialyse zijn mensen vaak al heel kwetsbaar. Maar dialyse is zo belastend dat de kwetsbaarheid toeneemt. Dialyse is ook nog erg vermoeiend. Dit maakt dat mensen minder gaan bewegen. De gemiddelde dialysepatiënt zit het grootste deel van de dag. Mensen hebben weinig spiermassa, verliezen veel eiwitten, hebben veel comorbiditeiten en zijn dus vaak heel kwetsbaar. Gelukkig blijkt uit onderzoek dat bewegen tijdens de dialyse ertoe leidt dat mensen fitter blijven. Door mogelijkheden te scheppen om tijdens de dialyse te fietsen of krachttraining te doen kan de dialysetijd nuttig gebruikt worden. Een leuke uitdaging voor een creatieve geriatriefysiotherapeut.

In de negende aflevering maken we kennis met Hanna Wilms, klinisch geriatr in het Amsterdam UMC. Zij vertelt over de *FRAIL-HIP studie*. In dit onderzoek combineert ze haar interesse in heupfracturen bij ouderen met haar passie voor waardig sterven.

Een aanzienlijk aantal mensen met een heupfractuur komt te overlijden, voor of vlak na de operatie. De kwaliteit van de stervensbegeleiding is in die situatie niet altijd optimaal. De gemiddelde leeftijd van mensen met een heupfractuur is 83 jaar. Het lastige is dat de heterogeniteit in die populatie erg groot is: van een val met de racefiets tot uit de stoel glijden. Hoe herken je de tien procent, die een grote kans maakt om te overlijden na een operatie? Wonen in een verpleegtehuis, cachectisch of BMI < 18 zijn voorspellende tekenen. Wanneer kun je eerlijk zeggen dat iemand sowieso doodgaat vlak na een operatie? Opname in een verpleeghuis mag niet de reden zijn om niet te opereren. Dan wordt het *samen beslissen* overgeslagen.

Samen met de patiënt en zijn naasten moet gekeken worden wat het beste is. Uit het onderzoek kwam naar voren, dat de pijn na een niet-geopereerde fractuur niet altijd onder controle was. Inmiddels worden er verschillende soorten bloks toegepast om de pijn beter onder controle te krijgen. Herkennen van de kwetsbare populatie, scholen van personeel in samen beslissen en randvoorwaarden voor een goed gesprek moeten ervoor gaan zorgen, dat de goede behandeling ingezet kan worden. Jongere artsen lijken het *samen beslissen* beter te beheersen dan hun ervaren collega’s.

Ook de overige afleveringen kennen interessante onderwerpen, zoals *polyfarmacie* en *hart-breinrelatie*. De moeite waard om tijdens het wandelen of reizen in de trein naar te luisteren. Meer informatie over de onderwerpen staat in de bronvermelding in de shownotes. Wel heb ik nog een technisch verbeterpuntje: het geluid is niet altijd even goed, het klinkt vaak hol. Ook deze tweede serie podcasts heb ik als zeer inspirerend ervaren en is zeker interessant voor de geriatriefysiotherapeut.

Titel: Oudio

Presentatie: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Aantal afleveringen: 10 en 1 bonusaflevering

Gepubliceerd in 2022, 2023 en 2024

Verkrijgbaar via verschillende podcastkanalen.

Ank Mollema,
Geriatriefysiotherapeut.



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

