

# Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie

Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Jaargang 37 | december 2023 | nummer 4



Digitale versie met hyperlinks beschikbaar op de website van de NVFG

- Palliatieve zorg in de fysiotherapie
- Meetinstrument voor de leefcirkelomvang
- Percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie

## SCHOLING

# LOOPREVALIDATIE & VALPREVENTIE

BIJ KWETSBARE OUDEREN

zo thuis als  
maar kan | de waalboog

### *Effectief trainen met resultaat!*

Tijdens deze scholingsdag wordt uitgebreid ingegaan op achtergronden en praktijk van het revalideren van het opstaan, lopen en gaan zitten bij de meest kwetsbare ouderen en verpleeghuisbewoners middels het evidence based Waalboog Looprevalidatie en Valpreventiemodel. Ook leer je een biomechanische bewegingsanalyse uit te voeren en hoe je valpreventietraining inzet, die toegesneden is op deze doelgroep.

**Duur:** Scholing van 2 halve dagen o.l.v. John Branten

**Locatie:** uw organisatie of De Waalboog in Nijmegen

**Kosten:** € 275,- pp.

**Accreditatie:** 6 punten in de registers Algemeen Fysiotherapeut en Geriatrie Fysiotherapeut



[www.waalboog.nl/looprevalidatie](http://www.waalboog.nl/looprevalidatie)

AANMELDEN:

MAIL NAAR [LOOPREVALIDATIE@WAALBOOG.NL](mailto:LOOPREVALIDATIE@WAALBOOG.NL)



## Saebomas (armondersteuning)

Interesse in een demo?



Hankamp Rehab is al sinds 2011 dé ontwikkelaar en distributeur van innovatieve revalidatieproducten.

Neem gerust contact met ons op!

[www.hankamprehab.nl](http://www.hankamprehab.nl)

[info@hankamp.nl](mailto:info@hankamp.nl)

+31(0)53-4753232



## Homing (functioneel trainen)



# Voorwoord



Voorgaande jaren maakten we van de septembereditie een themanummer. Het is best een klus om een heel nummer te vullen met artikelen rondom hetzelfde thema. Het lukte niet altijd even goed. En afgezien daarvan moet je elk jaar ook weer een interessant thema verzinnen.

Dat was niet altijd makkelijk. Daarom besloten we vorig jaar om het jaarlijkse themanummer af te schaffen.

Nu wil het toeval dat deze editie ongepland toch een thema heeft: het eindelevensgesprek of levenseindegesprek. Praten *aan* het eind van het leven, of praten *over* het eind van het leven.

In juni kwam ik tijdens een cursusdag *interviewen* de Vlaamse freelance journalist Hilde Ingels tegen. Tijdens het voorstelrondje vertelde Ingels dat zij in gesprek gaat met mensen die aan het eind van hun leven zijn. Ze gaat met hen de diepte in en peilt heel erg naar gevoelens en gedachten. Ze vraagt wat iemand nou echt gelukkig maakt en hoe die later herinnerd wil worden. Die verhalen tekent zij op, zodat nabestaanden iets tastbaars hebben.

Ik hou altijd mijn ogen en oren goed open op zoek naar interessante nieuwtjes en onderwerpen om over te schrijven. Dit onderwerp leek me interessant voor fysiotherapeuten die met ouderen werken. Dus tijdens de lunchpauze ben ik met haar gaan babbelen. Om er iets meer over te horen en om te vragen of ik haar eens mocht interviewen.

Ze vertelde dat in september een nieuw boek van haar zou verschijnen. Een handboek om mensen op weg te helpen om het eindelevensgesprek te voeren en uit te werken tot een verhaal. Dat was gelijk een mooie kans om onze redacteur Ank Mollema te vragen daar een recensie over te schrijven.

Tijdens het NVFG-jaarcongres luisterde ik naar Betsy Weenink. Zij deelde haar visie op de rol van de fysiotherapeut bij palliatieve zorg en het levenseindegesprek. Dat gesprek heeft een andere insteek dan het

eindelevensgesprek. Dit is meer een gesprek over het einde van het leven. Zij vindt dat een fysiotherapeut dit gesprek ook moet kunnen voeren. Haar ervaring is dat mensen behoefte hebben om erover te praten en duidelijkheid willen over wat ze te wachten staat. Het verhaal van Weenink vond ik heel interessant en ik zette haar gelijk om mijn verlanglijstje *mensen die ik graag wil interviewen*.

Maar voordat ik haar benaderd had, kreeg ik een opiniestuk in mijn mailbox, waarvan zij medeauteur is. De auteurs vinden dat de fysiotherapeut in de palliatieve fase, wanneer het je niet zou verbazen als de patiënt over een jaar is overleden, en wanneer het je wel zou verbazen als de patiënt over een jaar nog leeft, van grote betekenis kan zijn. In het stuk leggen ze aan de hand van een casus uit hoe je met de patiënt in gesprek kan gaan. De dood blijft een lastig onderwerp. Maar de auteurs moedigen fysiotherapeuten aan om uit de comfortzone te stappen en erover te praten. Omdat we heel wat te bieden hebben in de laatste levensfase. Namens de redactie veel leesplezier en een goed en inspirerend 2024.

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](mailto:secretaris@nvfgnet.nl)

website NVFG: [www.NVFGnet.nl](http://www.NVFGnet.nl)

37e jaargang, nummer 4, december 2023, 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](mailto: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](mailto:redactie@nvfgnet.nl)

Kopij kunt u te allen tijde indienen bij de hoofredactie.

Advertenties: Cross

Sjaak Bruins | E-mail: [sjaak@cross.nl](mailto:sjaak@cross.nl)

Telefoon: 010-760 73 26 | [www.cross.nl](http://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

## Inhoud

## Blz.

■ Interview Hilde Ingels praten over het levenseinde	6
■ De waarde van leefcirkelomvang voor revalidatiepatiënten en verpleeghuisbewoners	8
■ Palliatieve zorg in de fysiotherapie	12
■ Percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie met betrekking tot fysiotherapie	17
■ Congresverslag	31
■ De mening van John Branten	42
■ Recensie	43

# Nieuw redactielid



Mijn naam is Mercia Ketelaar-Spek, ik ben al jaren werkzaam als fysiotherapeut in Tergooi MC. Sinds 2019 werk ik op de afdeling geriatrie en de valpoli. Daarvoor heb ik op verschillende klinische afdelingen en in de poliklinische hart-, long-, vaat- en oncologierevalidatie gewerkt. In 2008 heb ik de master Fysiotherapie-wetenschappen afgerond en in 2022 heb ik mijn diploma geriatriefysiotherapeut behaald. Ik haal veel plezier en voldoening uit mijn werk op de afdeling geriatrie, het werken met deze kwetsbare doelgroep in een multidisciplinair team is dynamisch en interessant. Naast mijn werk als fysiotherapeut doe ik via Tergooi MC een paar uur per week wetenschappelijk onderzoek. Dit is een vervolg op mijn afstudeeronderzoek van de master geriatriefysiotherapie en richt zich op factoren die van invloed zijn op de ontslagbestemming van acuut opgenomen ouderen. In mijn vrije tijd ben ik graag bij mijn gezin en buiten; ik hou van wandelen, fietsen, hardlopen en schaatsen.

## Rectificatie

In het septembernummer 2023 is in het artikel van Mieke Vloemans *Diagnostische validiteitsstudie van de Nederlandse Mini Sarcopenia Risk Assessment (NL-MSRA-7 en NL-MSRA-5) vragenlijst bij thuiswonende ouderen* een fout geslopen. In figuur 1 op bladzijde 14 staat in het linker tekstvak op de onderste rij: Geen sarcopenie n=0. Dit moet zijn: Geen sarcopenie n=36.

Uiteindelijke diagnose
Wel sarcopenie n=0
Geen sarcopenie n=36
Niet eenduidig n=0

# Praten over het levenseinde

## Interview met Hilde Ingels

Tekst: Shanty Sterke



De Belgische freelance journalist Hilde Ingels gaat in gesprek met mensen wier leven ten einde loopt. Ze nodigt hen uit om terug te blikken op hun leven en vooruit te kijken naar het afscheid. Hun woorden verwerkt ze tot een mooi boekje in een magneetdoos. Zo wordt het verhaal letterlijk tastbaar. Dit zorgt voor verbinding met de naasten, over de dood heen.

Ingels schreef regelmatig portretten van mensen die bezielde in het leven staan. Zo raakte ze in gesprek met twee vrouwen kort voor hun overlijden. Het praten over de dood bleek heel betekenisvol te zijn. Voor de vrouwen zelf, en ook voor hun naasten. Die kregen, doordat het interview gepubliceerd werd, een tastbaar verhaal.

Zo is de kiem gelegd voor Amfora, een organisatie die wil bijdragen aan een samenleving waar mensen het vanzelfsprekend vinden om te praten over het afscheid van het leven. Daarvoor ontwikkelt Amfora instrumenten en organiseren ze scholingen voor zorgprofessionals en vrijwilligers om mensen te helpen woorden te geven aan diepere gevoelens en gedachten wanneer het einde nadert.

De naam Amfora is afkomstig van de amfoor, een door de oude Grieken en Romeinen gebruikte kruik met twee oren. Een bewaarplaats van kostbaar goed. Granen, olie of wijn konden lang en goed bewaard worden in zo'n aarden kruik. 'Dat staat symbool voor onze werking', legt Ingels uit. 'Het kostbare verhaal van iemands leven zit eigenlijk in die Amfora. Wij helpen dat naar boven halen. Of dat leven nu 18 jaar heeft geduurd, of 97 jaar.'

Ruim drie jaar geeft Ingels trainingen, samen met enkele medelesgevers, waarin zij zorgprofessionals leert een eindelevensgesprek te voeren. Ze vindt dat zo'n gesprek een gewoon onderdeel moet kunnen zijn van de zorg. Het zijn vooral vrijwilligers, verpleegkundigen, ergotherapeuten, psychologen en pastoraalwerkers die de training tot nu toe volgden. 'Dat zijn mensen bij wie dat eigenlijk heel goed past binnen hun job. De cursisten leren in de vierdaagse trainingen wat een eindelevensverhaal is. En hoe je dat aanpakt. Wij gaan aan de slag met mensen die geen ervaring hebben met interviewen en journalistiek. Ze moeten wel voeling hebben met schrijven en zich aanmelden met een schriftelijke motivatie. Wij leren hen interviewen. Dus wanneer een psycholoog de training volgt, moet die niet een therapeutisch gesprek met een patiënt voeren. Dan moet het petje van interviewer op: interviewen en gewoon luisteren. Dat vraagt soms even een omschakeling, maar wanneer die omschakeling er eens is, werkt het ongelooflijk goed.'

Om het gesprek op gang te brengen ontwikkelde Amfora in samenwerking met de opleiding ergotherapie van de Arteveldehogeschool in Gent de Verbinddoos. Oorspronkelijk is deze ontwikkeld om mensen zelf aan de slag te laten gaan. Zonder dat daar een training voor nodig is. In de Verbinddoos zitten fotokaarten met vragen die je kunt stellen. De antwoorden schrijf je beknopt uit en bewaart ze in de doos samen met betekenisvolle voorwerpen of foto's. De doos blijft bij de persoon die zijn verhaal doet of gaat later naar de naasten. De vragen uit de Verbinddoos worden ook



Verbinddoos die Amfora ontwikkelde in samenwerking met de opleiding ergotherapie van de Arteveldehogeschool.

gebruikt door zorgprofessionals om het gesprek op gang te brengen in het contact met patiënten.

'Ik kreeg laatst een mailtje van een arts van het Universitair Ziekenhuis in Leuven, waarmee we samenwerken. Zij mailde dat zij de vragen uit de Verbinddoos gebruikt om de zorg af te stemmen op de patiënt.'

'Ik ben een leek, ik heb geen medische achtergrond. Maar het verbaast mij dat wij voor een hele sector, die jarenlang met zorg voor patiënten bezig is, blijkbaar een nieuw aanvullend instrument hebben. Omdat wij vanuit de journalistieke bagage een portret willen maken van mensen. We peilen heel erg naar gevoelens en verwerken dat in een tastbaar geschenk. Dat is blijkbaar zo vernieuwend voor de zorg. Een nieuwe dimensie.'

'Ik sprak een andere arts. Hij is tweede raadgevend arts bij een euthanasievraag. Hij vertelde dat hij, sinds hij die de training heeft gevolgd, een aantal van de vragen toevoegt aan de vragen die hij vroeger stelde. Bijvoorbeeld bij mensen die een euthanasievraag heb-

ben omwille van ondraaglijk psychisch lijden. Hierdoor wordt dat gesprek veel rijker. Je krijgt eigenlijk veel beter zicht op wat dat ondraaglijk psychisch lijden dan is, zo vertelt hij.'

Er is altijd veel aandacht voor rouw. Er is ook veel literatuur over. 'Het is uiteraard belangrijk en goed dat daar veel rondom gebeurt. Maar ik vind het ook belangrijk dat je er bent op het moment dat mensen zelf nog iets kunnen zeggen over hun afscheid. Op een uitvaart wordt er door anderen over iemand gesproken. Maar door op voorhand de persoon zelf aan het woord laten en al iets tastbaars te realiseren, breng je de verbinding tot stand. Dat helpt de naasten ook echt in de rouwverwerking, wanneer ze dan iemand moeten afgeven.'

### Meer weten?

Een kijkje op de [website](#) van Amfora is de moeite waard. Je vindt er uitgebreide informatie over het werk van Amfora. Je kunt er ook voorbeeldvragen en een voorbeeldbrief downloaden.

# De waarde van leefcirkelomvang voor revalidatiepatiënten en verpleeghuisbewoners

## Een duo-interview over de toepassing van een nieuw instrument om leefcirkelomvang te meten

Marlies Feenstra, Coran Ongering, Floor Vinckers, Marieke Pentinga en Hans Hobbelen



Onderzoekers van het UNO-UMCG vertaalden een bestaand Engelstalig meetinstrument voor de leefcirkelomvang naar het Nederlands. Inmiddels voeren ze een onderzoek uit naar de constructvaliditeit en betrouwbaarheid van deze vragenlijst, de LSA-NL. In dit dubbelinterview vertellen twee onderzoekers over dit onderzoek en wat de meerwaarde is van het gebruik van deze vragenlijst in de geriatrie.



**Auteursgegevens:** Marlies Feenstra is senior onderzoeker van de themagroep Pijn, functioneren en welbevinden van het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UNO-UMCG). Coran Ongering is fysiotherapeut bij TriviumMeulenbeltZorg (TMZ) in Twente en voorzitter van de themagroep Pijn, functioneren en welbevinden van het UNO-UMCG. Floor Vinckers is onderzoeksmedewerker bij het UNO-UMCG, onder andere voor de themagroep Pijn, functioneren en welbevinden. Marieke Pentinga is contentmaker en tekstschrijver bij het UNO-UMCG. Hans Hobbelen is lector Veroudering en paramedische zorg aan het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing van de Hanzehogeschool in Groningen en lid van de themagroep Pijn, functioneren en welbevinden van het UNO-UMCG.

**Correspondentie:** [m.feenstra01@umcg.nl](mailto:m.feenstra01@umcg.nl)

## Achtergrond

Behoud van mobiliteit is belangrijk voor ouderen, omdat het invloed heeft op de gezondheid en kwaliteit van leven. Binnen de geriatriefysiotherapie wordt mobiliteit vaak gemeten met balans-, spierkracht- en loopvaardigheidstesten. Het nadeel hiervan is dat deze testen voornamelijk gericht zijn op een enkel aspect van mobiliteit. Life-space mobility daarentegen, wat in het Nederlands vertaald is als leefcirkelomvang, kijkt naar hoe ver, hoe vaak en op welke manier iemand zich binnens- en buitenshuis verplaatst. Daarmee zegt het iets over iemands daadwerkelijke verplaatsing met of zonder hulpmiddelen en/of hulp van anderen. Dit is met name relevant voor ouderen die te maken krijgen met verandering in functioneren, bijvoorbeeld na het oplopen van een aandoening, of door een ziekenhuis- of (al dan niet tijdelijke) verpleeghuisopname.

Op initiatief van onderzoekers Marlies Feenstra en Hans Hobbelen is onlangs het meest gebruikte instrument om de leefcirkelomvang te meten,<sup>1</sup> de Life-Space Assessment (LSA),<sup>2,3</sup> naar het Nederlands vertaald (LSA-NL). De vertaling is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de oorspronkelijke ontwikkelaars van de LSA én de praktijk, zoals (geriatrie-)fysiotherapeuten, ergotherapeuten en cliëntenraadsleden van zorginstellingen. Daarnaast onderzochten twee fysiotherapiestudenten van de Hanzehogeschool in het kader van hun afstudeerstage de inhoudsvaliditeit van de LSA-NL. Zij vroegen aan cliëntenraadsleden in hoeverre zij de Nederlandse vragenlijst en handleiding begrijpelijk en toepasbaar vonden voor ouderen die in een zorginstelling wonen. Daarna onderzochten zij bij een tiental (geriatrie-)fysiotherapeuten en ergotherapeuten de bruikbaarheid, volledigheid en relevantie van alle items, antwoordopties en instructies van de LSA-NL voor ouderen in het verpleeghuis. Op alle drie genoemde onderdelen was de beoordeling positief. Hieruit kwam een *voldoende* inhoudsvaliditeit naar voren, wat betekent dat de LSA-NL alle relevante onderdelen van het

concept leefcirkelomvang dekt volgens de doelgroep en professionals.

Doordat onder andere de fysiotherapeuten op basis van de inhoudsvaliditeit meerwaarde zagen om de LSA-NL in te zetten voor het meten van de leefcirkelomvang van ouderen, zijn vervolgonderzoeken gestart naar de constructvaliditeit en betrouwbaarheid van de LSA-NL bij verschillende groepen ouderen:

- Thuiswonende ouderen (i.s.m. de afdeling Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen);
- Geriatrie revalidatiepatiënten;
- Verpleeghuisbewoners (de laatste twee groepen in samenwerking met verschillende verpleeghuisorganisaties aangesloten bij het UNO-UMCG).

## Meerwaarde van de LSA-NL

Coran Ongering is als fysiotherapeut betrokken geweest bij het onderzoek naar de inhoudsvaliditeit van de LSA-NL. Op dit moment verzamelt zij data voor het onderzoek bij geriatrische revalidatiepatiënten. Een paar vragen aan Coran over de toepassing van de LSA-NL:

*Er zijn al veel meetinstrumenten in omloop.*

*Wat voegt volgens jou de LSA-NL toe?*

‘De LSA-NL geeft inzicht in wat iemand in de praktijk doet. Als we bijvoorbeeld de dynamische balans of loopsnelheid meten met de Tinetti test of met de 10-meter-looptest, zegt dit iets over balans en loopsnelheid van die persoon. Het zegt niet of iemand in zijn of haar eigen leefomgeving zelf nog uit de stoel komt en binnens- en buitenshuis beweegt. De LSA-NL meet dit aspect wel en daarom is het een mooie toevoeging.’

*Wat is de toegevoegde waarde van de LSA-NL voor jou als fysiotherapeut in je dagelijkse werk?*

‘Iemands leefcirkelomvang is belangrijk in het geheel van het klinische beeld dat je maakt van je geriatrische



Marlies Feenstra (links) en Coran Ongering

cliënt. In de praktijk maken we de leefcirkelomvang al inzichtelijk, maar de LSA-NL maakt het objectief meetbaar. Ik heb hem zelf nog maar één keer ingevuld bij één persoon waardoor het nog te vroeg is om daadwerkelijk de bruikbaarheid voor de praktijk te kunnen inschatten. Ik zie op dit moment al wel de toegevoegde waarde van de LSA-NL in het kader van de onderzoeken waarin we participeren. Eén van de lopende onderzoeken waaraan TMZ meedoet, gaat over het functioneren van mensen na een heupoperatie. Daar meten we onder andere de loopsnelheid, de Timed Up & Go test en de Barthel Index, maar niet zozeer hoe iemand zich verplaatst en hoe groot de leefcirkelomvang is. Met name in de eerste weken zie je dat iemands leefcirkelomvang groter wordt, terwijl de andere parameters nog niet veranderen. Dus dan komt iemand wel weer van de kamer af en gaat bijvoorbeeld in de rolstoel naar de eetzaal. Deze toename van mobiliteit wordt met de LSA-NL inzichtelijk en meetbaar.'

*Door onderzoekers wordt gezegd dat de LSA-NL met name relevant is voor ouderen die te maken krijgen met een verandering in functioneren, dus bijvoorbeeld bij wijzigingen in de thuissituatie, een ziekenhuis- of verpleeghuisopname. Hoe zie jij dit en op welke manier kan de LSA-NL je hierin ondersteunen?*

'Het gaat hier om twee verschillende dingen. Enerzijds kan iemand opgenomen worden op een revalidatieplek, waarbij je ernaar toe werkt dat iemand weer naar huis gaat. In dat geval is het belangrijk dat je achterhaalt wat iemands leefcirkelomvang thuis was en hoe we eraan kunnen werken om dat weer terug te krijgen. Anderzijds kan iemand permanent worden opgenomen in het verpleeghuis. Ook dan is het belangrijk om in kaart te brengen wat iemands leefcirkelomvang thuis was. Het zegt veel als je weet dat iemand dagelijks in de tuin kwam, of dat iemand zich alleen maar in de kamer verplaatste met ook het bed nog in diezelfde kamer. De LSA-NL zou hierin helpend kunnen zijn om de daginvulling goed te laten aansluiten op de mogelijkheden en behoeften van de bewoner.'

### Bruikbaarheid van de LSA-NL

Marlies Feenstra leidde het vertaalproces en coördineert momenteel de validatieonderzoeken van de LSA-NL in de revalidatie- en verpleeghuissetting. We vroegen ook naar haar visie op de toepassing van de LSA-NL:

*Wat was de aanleiding om de LSA naar het Nederlands te vertalen?*

'De LSA wordt al in veel landen gebruikt in wetenschappelijk onderzoek. Hieruit blijkt onder andere dat de LSA een goede voorspeller is van negatieve

gezondheidsuitkomsten en achteruitgang van functiëren. Iemand met een leefcirkelomvang, die beperkt is tot in en om het huis, loopt bijvoorbeeld een hoger risico op het ontwikkelen van cognitieve problemen.<sup>4,5</sup> Daarnaast geeft een afname van de leefcirkelomvang een hoger risico op ziekenhuisopname, vallen en lagere kwaliteit van leven.<sup>6-8</sup> Hierdoor vond ik de LSA een interessant instrument voor onze onderzoeken. Nadat ook Hans Hobbelen enthousiast werd over de LSA besloten we dat we een Nederlandse versie wilden ontwikkelen.'

### Voor wie is de LSA-NL bedoeld?

'Enerzijds is de LSA-NL een interessante uitkomstmaat voor mij als onderzoeker, omdat het een beeld geeft van het daadwerkelijke gedrag met betrekking tot de leefcirkelomvang. Dit is wat anders dan de gangbare uitkomstmaten van mobiliteit die gebruikt worden in de wetenschap. Daarbij kijk je veelal naar capaciteit, dus of die persoon iets nog kan, zonder dat je toetst of iemand die handeling in het echte leven ook doet of niet. Anderzijds wordt door de oorspronkelijke ontwikkelaars ook de toepassing beschreven van leefcirkelomvang voor fysiotherapeuten als middel om mobiliteitsproblemen op te kunnen sporen voor met name thuiswonende ouderen.<sup>3</sup> Hierover is helaas nog niet veel gepubliceerd. Een toegepast onderzoek bij ambulante fysiotherapiepatiënten liet de meerwaarde van leefcirkelomvang zien doordat de LSA-score toenam voor en na de behandeling.<sup>9</sup> Daarom leek het ons de moeite waard om te onderzoeken of de LSA-NL ook bruikbaar is voor geriatrie fysiotherapeuten in de revalidatiesetting en in het verpleeghuis. Of dit echt zo is, zal moeten blijken uit de lopende onderzoeken.'

### Welke ontwikkelingen heb jij voor ogen als het gaat om het bruikbaar maken van LSA-NL als meetinstrument?

'De validatie- en betrouwbaarheidsonderzoeken in de revalidatie- en verpleeghuissetting lopen nu. Deze onderzoeken zullen naar verwachting in de eerste helft van 2024 worden afgerond. Ook onderzoeken we de responsiviteit, dus het vermogen om verschillen te meten in leefcirkelomvang vóór en na een behandeling. Dit is nodig om de LSA-NL als uitkomstmaat voor zowel onderzoek als in de praktijk te kunnen gebruiken. Daarnaast hopen we na afloop van de dataverzameling voor het validatie- en betrouwbaarheidsonderzoek in kaart te brengen of de LSA-NL ook voor de geriatrie-fysiotherapeuten in de praktijk van meerwaarde is.

Dus of het meten van de leefcirkelomvang ook daadwerkelijk bijdraagt aan betere zorg voor ouderen die tijdelijk of permanent in het verpleeghuis verblijven.'

### Tot slot: kunnen fysiotherapeuten/vakgenoten al gebruikmaken van de LSA-NL?

'Jazeker! Op de website van het UNO-UMCG vind je meer informatie over de onderzoeken die worden gedaan naar de LSA-NL. Hier vind je ook de vragenlijst en de handleiding, zie: [Life-Space-Assessment \(LSA-NL\)](#)

## Referenties

1. **Johnson J, Rodriguez MA, Snih S AI.** Life-space mobility in the elderly: Current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1665–74.
2. **Baker PS, Bodner E V., Allman RM.** Measuring Life-Space Mobility in Community-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:1610–4.
3. **Peel C, Baker PS, Roth DL, Brown CJ, Bodner E V., Allman RM.** Assessing mobility in older adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Phys Ther.* 2005;85(10):1008–19.
4. **Crowe M, Andel R, Wadley VG, Okonkwo OC, Sawyer P, Allman RM.** Life-space and cognitive decline in a community-based sample of African American and Caucasian older adults. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences.* 2008;63(11):1241–5.
5. **De Silva NA, Gregory MA, Venkateshan SS, Verschoor CP, Kuspinar A.** Examining the Association between Life-Space Mobility and Cognitive Function in Older Adults: A Systematic Review. *J Aging Res.* 2019;2019.
6. **Kennedy RE, Williams CP, Sawyer P, Lo AX, Connelly K, Nassel A, et al.** Life-Space Predicts Health Care Utilization in Community-Dwelling Older Adults. *J Aging Health.* 2019 Feb 1;31(2):280–92.
7. **Lo AX, Brown CJ, Baker PS, Kennedy RE, Allman RM.** Life-Space Mobility Declines Associated with Incident Falls and Fractures. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:919–23.
8. **Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Iwarsson S, Kauppinen M, Rantanen T.** Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study. *Quality of Life Research.* 2016;25(5):1189–97.
9. **Crowe M, Andel R, Wadley VG, Okonkwo OC, Sawyer P, Allman RM.** Life-space and cognitive decline in a community-based sample of African American and Caucasian older adults. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences.* 2008;63(11):1241–5.

# Palliatieve zorg in de fysiotherapie

## ... een zorg voor ons allen

José Smeenge, Rik Kranenburg en Betsy Weening-Dijksterhuis



**F**ysiotherapeuten behandelen mensen gedurende alle fasen van het leven, zo ook in de palliatieve fase. In deze laatste fase van het leven zou er sprake moeten zijn van een Advance Care Planning waarin proactief individuele behandelwensen en -grenzen in kaart worden gebracht. Naast de vraag wanneer deze fase aanbreekt, omvat de behandeling meer dan alleen het bewegend functioneren waar de fysiotherapeut zich normaliter op richt. Volgens het Kwaliteitskader Palliatieve zorg zouden zorgverleners bekwaam moeten zijn in alle domeinen van de palliatieve zorg. Fysiotherapeuten worden dus uitgedaagd om hun kennis en vaardigheden in te zetten op al deze domeinen. In dit stuk wordt gesteld dat de fysiotherapeut juist in de palliatieve fase ook van enorme meerwaarde kan zijn binnen de andere zorgdimensies.

**Auteursgegevens:** José Smeenge MSc, Rik Kranenburg PhD en Betsy Weening-Dijksterhuis PhD zijn alle drie docent aan de opleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen. José Smeenge is daarnaast fysiotherapeut in Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten. Rik Kranenburg werkt als manueeltherapeut bij Fysiotherapie Hooiweg, Zuidhorn. Betsy Weening-Dijksterhuis is geriatriefysiotherapeut bij FysioForte, Groningen.

**Correspondentie:** [j.smeenge@pl.hanze.nl](mailto:j.smeenge@pl.hanze.nl)

## Palliatieve zorg

Volgens de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) is palliatieve zorg: zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.<sup>1</sup>

Vroege herkenning van de palliatieve fase en daarmee een verschuiving van het doel van de zorg, vraagt van de zorgverlener een andere benadering van de patiënt. In de palliatieve fase gaat het om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen qua behandeldoelen nog bewuster tegen elkaar worden afgewogen. Fysiotherapeuten zijn enorm oplossingsgericht ingesteld, maar de dood is niet op te lossen. Het is belangrijk te beseffen dat je als behandelaar en als medemens kunt aanhoren en van gedachten kunt wisselen. Realiseer je dat je veel niet op kunt en hoeft(!) te lossen. Toch kan de fysiotherapeut daarmee enorm veel bijdragen in de laatste fase van het leven van de patiënt. Dit kan ook betekenen dat de fysiotherapeut niet altijd binnen zijn eigen domein blijft werken. Stel dat een patiënt nog drie maanden te leven heeft, dan is het goed mogelijk dat die patiënt niet nog vijf verschillende hulpverleners wil zien. Of

erger nog, op een wachtlijst geplaatst worden voor bijvoorbeeld psychologische hulp.

## Surprise Question

Formeel breekt, volgens de WHO-definitie, de palliatieve fase aan als iemand gediagnosticeerd is met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Om de zorg werkbaar te houden, is een methode bedacht om de palliatieve fase af te bakenen. Wereldwijd wordt gebruik gemaakt van de *Surprise Question*.<sup>2</sup> Deze luidt als volgt: Zou het mij verbazen als deze patiënt over een jaar is overleden? Is het antwoord **nee**? Stel je dan de volgende vraag: Zou het mij verbazen als deze patiënt over een jaar nog leeft? **Ja**? Dan is de palliatieve fase aangebroken, oftewel het te verwachten laatste levensjaar. Deze vragen markeren het moment waarop interprofessionele proactieve zorg moet worden ingezet.<sup>2</sup> De *Surprise Question* (zie figuur 2) is een handvat om met de patiënt in gesprek gaan binnen de dimensies van palliatieve zorg. Te weten: de fysieke dimensie, de psychische dimensie, de sociale dimensie en de spirituele dimensie.<sup>3</sup>

Wanneer de palliatieve fase van het leven aanbreekt (levensverwachting van minder dan een jaar) wordt interprofessionele proactieve zorg ingezet. Hierbij wordt de Methode Besluitvorming in de Palliatieve fase gebruikt (figuur 3).<sup>4</sup> Dit is een methodiek waarbij alle zorgverleners intensief met elkaar samenwerken en toegang hebben tot het dossier van de patiënt. Daarbij worden de vier dimensies van de palliatieve zorg in acht genomen. In de casus in het kader op de volgende pagina komen deze dimensies aan de orde.

## Fysieke dimensie

Symptoommanagement volgt zo veel mogelijk de voor palliatieve zorg geldende richtlijnen met aandacht voor doeltreffendheid, doelmatigheid en medicatieveiligheid. Het doel is om met de behandeling de symptoomlast te verlagen tot een voor de patiënt acceptabel niveau.<sup>2,3</sup>



Figuur 1: Palliatief, maar nog lang niet terminaal.<sup>2</sup>



Figuur 2: Surprise Question

Figuur 3: Methode Besluitvorming in de palliatieve zorg.<sup>4</sup>

### Casus

De heer Postma is 66 jaar. Hij is vijftien jaar geleden gescheiden en heeft drie uitwonende kinderen, met een van zijn dochters heeft hij minimaal contact. In zijn werkende leven was hij systeembeheerder bij een groot IT-bedrijf.

Vier jaar geleden kreeg de heer Postma de diagnose niercelcarcinoom, een grote schrik. Hij onderging een nefrectomie, zowel de operatie als het herstel verliepen voorspoedig.

### Status praesens

Sinds enkele weken kampt de heer Postma met pijn in zijn rug. Onderzoek heeft uitgewezen dat er sprake is van metastasen in de wervelkolom en de lever.

De heer Postma heeft bij zijn uroloog aangegeven **geen behandeling** te willen ontvangen, hij wil gewoon doorgaan met zijn leven. Hij weigert over zijn situatie te praten.

Een van de dochters van de heer Postma neemt nu contact op met de huisarts, de pijn van de heer Postma is zo erg geworden dat hij niet op zijn linkerzijde kan liggen, het slapen gaat erg slecht en de heer ervaart ernstige vermoeidheid overdag. Daarnaast is zijn zelfredzaamheid behoorlijk achteruitgegaan.

**Casus**

*De metastasen van de heer Postma worden bestreden met radiotherapie. Daarnaast krijgt hij adequate pijnstilling.*

**Kansen voor de fysiotherapeut**

1. Evaluatie van de pijn met behulp van de Numeric Pain Rating Scale (NPRS). Bij onvoldoende pijnstilling: terugkoppeling met de arts.
2. Controle lighouding; transfers; ADL. Samenwerking met ergotherapeut, thuiszorgverpleegkundige.
3. Behandeling belasting-belastbaarheid. Samenwerking met ergotherapeut.
4. Evalueren proactief plan: wat zijn de te verwachten problemen op korte en middellange termijn?

**Psychische dimensie**

Psychische klachten zoals angst en somberheid komen vaak voor bij patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Ze hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Psychische klachten kunnen fysieke symptomen als misselijkheid, kortademigheid en slapeloosheid veroorzaken, fysieke symptomen kunnen anderzijds angst en somberheid verergeren. Ook onderbehandeling van pijn kan leiden tot toename van psychische klachten.<sup>2,3</sup>

**Casus**

*De heer heeft goede gesprekken met de huisarts over zijn angst voor de toekomst.*

**Kansen voor de fysiotherapeut**

Navragen van psychische problematiek gerelateerde klachten, zoals slapeloosheid of kortademigheid ten gevolge van stress-ademhaling.

**Sociale dimensie**

Een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid heeft niet alleen gevolgen voor de patiënt als individu, maar beïnvloedt ook zijn sociale functioneren door de veranderende rollen en verantwoordelijkheden van de patiënt.

Daarbij treft een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid niet alleen de patiënt, maar ook de naasten, in de breedste zin van het woord. Kinderen, partners, ouders en andere familieleden, collega's, vrienden, burens, werkgevers en ook zorgverleners en vrijwilligers worden getroffen door de situatie van een individuele patiënt.<sup>2,3</sup>

**Casus**

*De relatie met zijn dochter is hersteld na gesprekken over de communicatie. Dit blijft zo tot aan het einde.*

**Kansen voor de fysiotherapeut**

Evalueren sociale context van de patiënt. Problemen kunnen slapeloosheid of stress veroorzaken. Behandeling kan bestaan uit ademhalings- of ontspanningsoefeningen.

**Spirituele dimensie**

Spiritualiteit speelt een belangrijke rol in hoe mensen omgaan met ziekte of kwetsbaarheid, hoe zij innerlijke rust ervaren en inzichten verwerven over wat van waarde is in hun leven. De confrontatie met de dood en beperkingen op fysiek, psychisch en/of sociaal gebied hebben invloed op het ervaren van doel en betekenis en leiden vaak tot het herwaarderen van het levensverhaal. Dit kan leiden tot verrijking, maar kan ook gepaard gaan met een spirituele worsteling. De tijd en ruimte die het individu nodig heeft om de werkelijkheid van de diagnose onder ogen te zien en deze te plaatsen in wat voor hem zin en waarde heeft in zijn leven, varieert. Het afleggen van deze weg leidt voor sommigen tot groei en transformatie, voor anderen tot existentiële crisis en wanhoop en voor de meesten tot een combinatie van beide.<sup>2,3</sup>

**Casus**

*De heer is tevreden over zijn leven en de betekenis die dingen voor hem hebben gehad. Hij hoopt op een positieve manier te blijven voortbestaan in de herinnering van zijn kinderen.*

*De heer overlijdt na anderhalve maand in alle rust in bijzijn van zijn naaste familie.*

**Kansen voor de fysiotherapeut**

1. Evalueren of er voor de patiënt losse eindjes of andere levensvragen zijn. Dit kan zich uiten in vermoeidheid, slapeloosheid, stress of kortademigheid ten gevolge van spanning. Behandeling is mogelijk door ontspannings-, ademhalingsoefeningen of een goed gesprek en een luisterend oor.
2. Eventueel inschakelen van een geestelijk verzorger.

**Advance Care Planning**

Advance Care Planning vormt een belangrijk onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Door



Figuur 4: Welke vier vragen kan iemand hebben in deze fase van het leven?<sup>2</sup>

middel van gesprekken wordt bepaald welke zorg past bij de huidige- en toekomstige levensdoelen van de patiënt. Dit is een dynamisch - altijd multidisciplinair - proces, waarin middels gezamenlijke besluitvorming behandelafspraken worden gemaakt die passen bij de behoeften van de patiënt. Als (geriatrie)fysiotherapeut kun jij hier al vroeg in het ziekte- of kwetsbaarheidsproces mee starten, zodat de patiënt en zijn naasten in rustige, niet-acute omstandigheden kunnen nadenken over voorkeuren en doelen. Het tijdig inventariseren van de zorgwensen van een patiënt worden bij voorkeur gedaan door een zorgverlener met wie de patiënt een goede behandelrelatie heeft en die bekend is met de ziektegeschiedenis.<sup>5</sup> Hier ligt een mooie kans voor de (geriatrie)fysiotherapeuten. Jij ziet patiënten vaak over een lange(re) periode en hebt (relatief) veel tijd voor de patiënt. Een mooi moment om, na de *Surprise Question* eens met je patiënt in gesprek te gaan over zijn of haar wensen.

Palliatieve zorg lijkt misschien complex door de vele dimensies waar je als fysiotherapeut iets mee moet.

Toch zullen geriatriefysiotherapeuten er regelmatig mee te maken krijgen, zowel in de eerste-, tweede- als de derdelijns zorg. Er is veel informatie te vinden over palliatieve zorg, toch blijft het een veelal onbesproken onderwerp. Zit de dood nog in de schaduw? De dood is niet leuk, het is spannend en onzeker, toch is het onlosmakelijk met het leven verbonden. Stap daarom eens uit de comfortzone en ga erover in gesprek. Er is zoveel moois dat de fysiotherapeut in deze fase kan bieden!

## Referenties

1. World Health Organization. Palliative care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care>
2. [www.agora.nl](http://www.agora.nl)
3. [www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl)
4. <https://iknl.nl/>
5. [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)



# Percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie met betrekking tot fysiotherapie: een kwalitatieve studie

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



**M**antelzorgers ondersteunen verpleeghuisbewoners met dementie vaak bij het nemen van therapeutische beslissingen. In elf semigestructureerde interviews onderzochten wij wat de percepties, behoeften en voorkeuren zijn van mantelzorgers met betrekking tot fysiotherapie. Daaruit bleek dat de fysiotherapeuten vaak niet bekend en niet zichtbaar waren voor de mantelzorgers. Ze hadden behoefte aan meer communicatie en verwachtten dat de fysiotherapeuten over empathische communicatievaardigheden beschikten. Wat betreft de fysiotherapie gaven ze de voorkeur aan een plezierige en toegankelijke therapie, afgestemd op de behoeften van de bewoner.

Gezamenlijke besluitvorming met de mantelzorgers kan helpen om ze meer betrokken te krijgen bij de therapie.

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

**Correspondentie:** [dennis.boer@kennemerhart.nl](mailto:dennis.boer@kennemerhart.nl)

## Inleiding

Op basis van bevolkingsonderzoek waren er in 2021 in Nederland naar schatting 290.000 mensen met dementie. De verwachting is dat door de vergrijzing dit aantal in de toekomst zal stijgen naar meer dan 500.000 in 2040 en ruim 620.000 in 2050.<sup>1</sup> Hiervan woont 32% in een instelling.<sup>2</sup> Naast de cognitieve en communicatieve problemen<sup>3,4</sup> hebben veel verpleeghuisbewoners met dementie lichamelijke beperkingen, waaronder verminderde spierkracht en mobiliteit, een verhoogd valrisico en beperkingen in Activiteiten van Dagelijks Leven (ADL).<sup>5-10</sup>

Bewoners van verpleeghuizen zijn afhankelijk van interdisciplinaire zorg waarbij fysiotherapeuten nauw samenwerken met de andere disciplines. Zo krijgt naar schatting 69% van de Nederlandse verpleeghuisbewoners fysiotherapie.<sup>11</sup> Dit is opvallend meer dan in andere hoge-inkomenslanden, waar gemiddeld 14% van de verpleeghuisbewoners fysiotherapie krijgt.<sup>12</sup> Echter krijgen bewoners die in Nederland op een psychogeriatrische afdeling verblijven, minder vaak fysiotherapie dan bewoners op een somatische afdeling.<sup>11</sup>

Wanneer bewoners vanwege hun cognitieve problemen niet in staat zijn om beslissingen rondom behandelingen te nemen, kunnen zorgprofessionals therapeutische zaken met diens zorginhoudelijk vertegenwoordigers of de mantelzorgers bespreken.<sup>13,14</sup>

Op dit moment is er weinig bekend over de percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met betrekking tot fysiotherapie. Uit een eerdere studie naar de opvattingen van mantelzorgers over fysiotherapeutische beweeginterventie, bleek dat mantelzorgers die de voordelen van lichaamsbeweging begrijpen een positievere houding hadden ten opzichte van fysieke oefeningen.<sup>15</sup> Uit een andere studie bleek dat mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie zich vaak buitengesloten en geïsoleerd voelen, wat kan leiden tot ontevredenheid over de verleende zorg.<sup>16</sup> Zorgverleners zien wel het belang in van samenwerking met de mantelzorgers, maar hebben moeite om dit in de praktijk te brengen.<sup>17</sup>

Een betere relatie tussen het interdisciplinaire team en de mantelzorgers kan mogelijke conflicten voorkomen, de werkdruk verlagen en de houding van het personeel ten opzichte van de mantelzorgers verbeteren.<sup>16</sup> Bovendien heeft de betrokkenheid van de mantelzorger een positieve invloed op het welzijn van de bewoner.<sup>18</sup>

Familieparticipatie bij de fysiotherapie heeft niet alleen een gunstig effect op het lichamenlijk herstel. Ook patiënten en familieleden ervaren dit als positief. Dat blijkt uit een studie waarin familieleden van oudere patiënten optimaal samenwerkten met een fysiotherapeut op een transferafdeling in het ziekenhuis.<sup>19</sup>

*... de meeste mantelzorgers gaven aan dat ze weinig wisten over fysiotherapie in het verpleeghuis ...*

Wanneer we weten welke percepties, behoeften en voorkeuren mantelzorgers hebben ten aanzien van fysiotherapie, kunnen we ze er beter bij betrekken. Dit kan de behandeling van verpleeghuisbewoners met dementie ten goede komen.<sup>20,21</sup> Daarom is het doel van deze studie om de percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie ten aanzien van fysiotherapie te onderzoeken.

## Methode

### Opzet van de studie

Wij hebben een beschrijvende, kwalitatieve studie uitgevoerd met semigestructureerde interviews. Percepties hebben wij gedefinieerd als *een persoonlijke en subjectieve manier om een onderwerp te bekijken*.<sup>22</sup> Een behoefte verwijst naar een *impliciete, meegedeelde of waargenomen toestand van ontbering* (wat iemand echt nodig heeft)<sup>23</sup> en een voorkeur is gedefinieerd als een *wens of verlangen, maar niet absoluut noodzakelijk*.<sup>24</sup> Voor de verslaglegging van deze studie hebben

we de COREQ-checklist gebruikt (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research).<sup>25</sup>

### Ethische aspecten

Dit onderzoek valt niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) en hoeft niet door een erkende Medisch Ethische Toetsingscommissie te worden beoordeeld.<sup>26</sup> De lokale onderzoekscommissie van de deelnemende verpleeghuisorganisatie heeft toestemming voor de uitvoering van dit onderzoek verleend. Alle onderzoeksgegevens zijn vertrouwelijk behandeld en in overeenstemming met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Alle deelnemers gaven schriftelijk hun informed consent.

### Setting

We voerden het onderzoek in 2021 uit in vier verpleeghuizen die deel uitmaken van de zorgorganisatie Kennerhart in de regio Haarlem. In de deelnemende huizen wonen tussen de 60 en 110 bewoners. De psychogeriatrische afdelingen in de huizen zijn vergelijkbaar, en zijn ingericht als kleinschalige woonvoorzieningen met maximaal tien bewoners. Twee keer per jaar worden er zorgplanbesprekingen gehouden. In twee van de vier locaties kunnen mantelzorgers hieraan deelnemen. Op de andere twee locaties worden mantelzorgers later geïnformeerd door de verpleging of arts over wat er besproken is. In alle huizen hebben geautoriseerde mantelzorgers toegang tot het elektronisch zorgdossier waarin de fysiotherapeuten verslag doen.

In de periode dat het onderzoek werd uitgevoerd, werkten zeven fysiotherapeuten samen 98 uur per week, waarbij ze zorg verleenden aan 184 bewoners op elf langdurige zorg afdelingen (gemiddeld 0,53 uur per bewoner per week). De fysiotherapeuten zien standaard elke nieuwe bewoner na opname en beoordelen het lichamelijk functioneren en het valrisico. Op basis van deze evaluatie wordt besloten of de bewoner fysiotherapeutische behandeling nodig heeft. Twee keer per jaar wordt het lichamelijk functioneren en het valrisico herbeoordeeld. De inhoud van de fysiotherapeutische behandeling in de verpleeghuizen was vergelijkbaar met andere Nederlandse verpleeghuizen en bestond voornamelijk uit oefentherapie.<sup>27</sup> Naast oefentherapie gaven fysiotherapeuten massage, ontspanningsoefeningen, lymfedrainage en consulten over pijn- en mobiliteitsproblemen. Alle fysiotherapie sessies of -consulten waren individueel, er werden geen groeps sessies uitgevoerd.

Naast interventies gericht op de bewoner, adviseerden fysiotherapeuten personeel en mantelzorgers van bewoners over uiteenlopende gezondheidsgerelateerde onderwerpen zoals valpreventie, gedrags- en psychische symptomen bij dementie, mobiliteit bij ADL en transfertechnieken tijdens de dagelijkse verzorging.<sup>27</sup>

### Deelnemers

De zeven fysiotherapeuten die binnen de zorgorganisatie werkzaam waren, leverden een lijst aan met contactgegevens van mantelzorgers van bewoners met dementie die tussen 31 maart en 10 mei 2021 in een van de deelnemende verpleeghuizen woonden. Wij nodigden de mantelzorgers per e-mail uit om deel te nemen aan het onderzoek, conform de voorwaarden voor wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse verpleeghuiszorg.<sup>28</sup> In de uitnodigingen stond informatie over het onderzoek en een hyperlink naar een online vragenlijst. Deze gebruikten we om de kenmerken van de deelnemers in kaart te brengen en om te screenen of ze aan de inclusiecriteria

*... om fysiotherapie toegankelijker te maken, suggereerden ze het gebruik van e-health, bijvoorbeeld een virtuele fietstocht ...*

voldeden. Mantelzorgers kwamen in aanmerking als zij: 1) betrokken waren bij het besluitvormingsproces over de gezondheid en het welzijn van de bewoner; 2) geen mentale of fysieke problemen hadden die het interview konden belemmeren; 3) Nederlands spraken. Indien ze na de eerste e-mail niet gereageerd hadden, kregen ze maximaal twee herinneringsmails. Potentiële deelnemers werd verzekerd dat hun deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat hun beslissing om wel/niet deel te nemen geen invloed zou hebben op de zorg voor hun familielid.

### Dataverzameling

Vier vierdejaars fysiotherapiestudenten namen onder begeleiding van twee senior onderzoekers met ervaring in kwalitatief onderzoek de interviews af. We stelden een interviewgids op met onderwerpen die we relevant achtten voor het onderzoek. De interviewgide bestond uit zes onderwerpen (fysiotherapeutische behandelingen, expertise, samenwerking tussen de

fysiotherapeut en de mantelzorg, mate van ondersteuning, communicatie, rol van de fysiotherapeut in het interdisciplinaire team). De interviewgids werd voor gebruik getest door de eerste auteur en waar nodig aangepast. De semigestructureerde interviews werden online afgenomen tussen 15 april en 18 mei 2021. Bij elk interview waren drie personen aanwezig: de interviewer, de observator en de deelnemer. De interviewer leidde het interview, terwijl de observator controleerde op volledigheid. Van de gesprekken werden audio-opnames gemaakt. Deze werden tijdelijk opgeslagen in een met een wachtwoord beveiligde online omgeving. De opnames werden vernietigd na transcriptie en analyse. In de transcripties van de interviews stond geen persoonlijke informatie die herleidbaar was naar de deelnemers.

Uit eerder onderzoek blijkt dat gegevensverzadiging kan optreden tussen zes en twaalf interviews.<sup>29</sup> Om dataverzadiging te bereiken, streefden we ernaar minstens tien interviews af te nemen, en door te gaan met de interviews tot er geen nieuwe onderwerpen meer aan bod kwamen in twee opeenvolgende interviews.

### Data-analyse

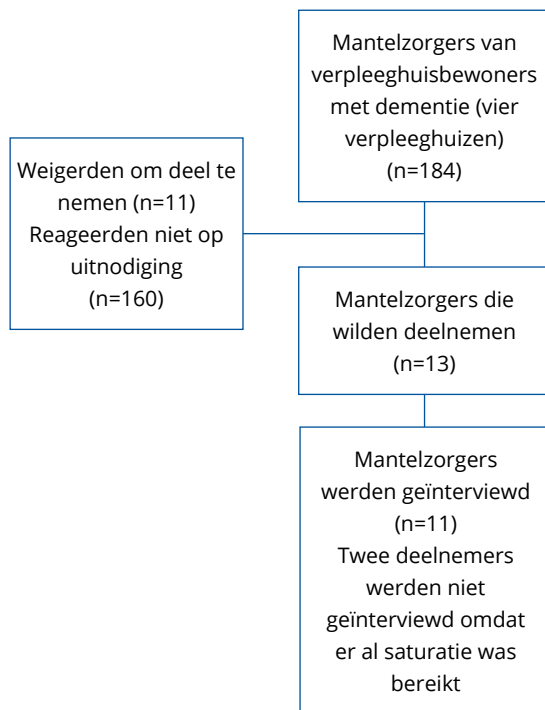
We gebruikten beschrijvende statistiek om de basiskenmerken van mantelzorgers weer te geven. Van alle interviews werden de audiobestanden woordelijk getranscribeerd. Een wisselend tweetal van twee onderzoekers analyseerde de transcripten. Er werd gebruik gemaakt van thematische analyse, waarbij de onderzoekers interessante kenmerken van de gegevens selecteren en coderen en later de codes samenbrengen tot potentiële thema's.<sup>30</sup> Twee onderzoekers voerden onafhankelijk van elkaar alle coderingen uit met behulp van ATLAS.ti web (<https://atlasti.com>). Tijdens een bespreking bediscussieerden de onderzoekers hun individuele codes met elkaar om consensus te verkrijgen over de gezamenlijke interpretatie. Codes met vergelijkbare inhoud werden samengevoegd tot kleine thema's, en kleine thema's met vergelijkbare inhoud werden vervolgens samengevoegd tot grote thema's. De inhoud van de hoofdthema's was vergelijkbaar met de inhoud van de interviewgids, maar na de dataverzameling werd de inhoud herschikt. Tijdens de data-analyse maakten we aparte verdelingen van de behoeften en voorkeuren. De gecombineerde analyse werd vervolgens beoordeeld door de hoofdonderzoeker (DB) om de nauwkeurigheid en duidelijkheid van de thema's en subthema's te garanderen.

## Resultaten

### Deelnemers

In totaal ontvingen 184 mantelzorgers de uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. Elf mantelzorgers (6%) gaven aan niet deel te willen nemen, 160 (87%) mantelzorgers reageerden niet op de eerste e-mail en herinneringsmails. Uiteindelijk stemden dertien mantelzorgers in met deelname (respons 7%) (Figuur 1). De kenmerken van de deelnemers zijn beschreven in Tabel 1.

Na elf interviews kwamen er geen nieuwe onderwerpen meer aan de orde en de onderzoekers concludeerden dat de gegevens verzadigd waren. De interviews duurden tussen 30 en 58 minuten (gemiddeld 43 minuten). De resultaten van de zes onderwerpen werden samengevoegd en verdeeld in vijf grote thema's: 1) zichtbaarheid en bekendheid; 2) communicatie; 3) doel en inhoud; 4) dosering en locatie; en 5) deskundigheidsniveau en de rol van de fysiotherapeut binnen het interdisciplinaire team. De grote thema's, de kleine thema's, de verkorte resultaten ingedeeld in percepties, behoeften en voorkeuren en geselecteerde citaten van deelnemers zijn weergegeven in Tabel 2.



Figuur 1: Stroomschema van de inclusie van de deelnemers aan de studie.

		<b>n=13 (%)</b>
Leeftijd	46-55 jaar	2 (15,4)
	56-65 jaar	5 (38,5)
	66-75 jaar	6 (46,2)
Geslacht	Man	4 (30,8)
	Vrouw	9 (69,2)
	Anders	-
Opleidingsniveau*	Laag	2 (15,4)
	Midden	4 (30,8)
	Hoog	7 (53,8)
Aantal jaren van mantelzorg	1-5 jaar	5 (38,5)
	> 5 jaar	8 (61,5)
Relatie tot bewoner	Dochter/zoon	11 (84,6)
	Tante	1 (7,7)
	Schoondochter/schoonzoon	1 (7,7)
Aantal jaren dat bewoner in verpleeghuis woont	< 1 jaar	4 (30,8)
	1-3 jaar	6 (46,2)
	> 3 jaar	3 (23,1)
Wekelijks aantal uren mantelzorg	< 10 uur	8 (61,5)
	10-20 uur	5 (38,5)
Hoe zwaar is het om mantelzorger te zijn?	Licht	7 (53,8)
	Matig	5 (38,5)
	Zwaar	1 (7,7)

Tabel 1: Kenmerken van mantelzorgers die deelnamen aan een kwalitatief onderzoek naar fysiotherapie in verpleeghuizen. Afkorting: n=aantal. \*Laag: tot en met middelbare school; Midden: middelbaar beroepsonderwijs; Hoog: bachelor, universitair diploma of hoger.

### **Thema 1: Zichtbaarheid en bekendheid**

#### **Percepties**

Wat betreft percepties gaven de meeste mantelzorgers aan dat ze weinig wisten over fysiotherapie in het verpleeghuis. Dit kwam volgens hen deels omdat ze zelf geen medische achtergrond hadden, maar ook omdat ze niet op de hoogte waren van de werkzaamheden van een fysiotherapeut in het verpleeghuis. Sommigen gaven aan dat ze niet wisten dat er fysiotherapie werd gegeven in het verpleeghuis. Slechts een enkele mantelzorger had de behandelend fysiotherapeut persoonlijk ontmoet.

#### **Behoeften**

Bijna alle mantelzorgers noemden dat ze behoefte hadden om vaker geïnformeerd te worden over fysiotherapie. Zij zouden bijvoorbeeld graag geïnformeerd worden wanneer de fysiotherapeut de behandeling start, stopt of aanpast. Verder gaven zij aan behoefte

te hebben aan meer informatie over de voortgang van de behandeling en welke interventies worden ingezet om zorgdoelen te bereiken.

#### **Voorkeuren**

Sommige mantelzorgers benoemden dat meer inzicht in het besluitvormingsproces van de fysiotherapeut kan leiden tot een hogere tevredenheid over de fysiotherapie.

### **Thema 2: Communicatie**

#### **Percepties**

De meeste deelnemers gaven aan dat er weinig tot geen communicatie was geweest met de fysiotherapeut van het verpleeghuis. Eén mantelzorger gaf aan dat hij/zij tijdens een periodieke zorgplanbespreking werd geïnformeerd over fysiotherapie voor de bewoner. Andere mantelzorgers noemden dat zij periodieke zorgplanbesprekingen hadden bijgewoond, maar dat deze besprekingen plaatsvonden zonder de aanwe

Belangrijkste thema	Minder belangrijke thema's	Percepties	Behoeften	Voorkeuren	Citaten
Zichtbaarheid en bekendheid van fysiotherapie in het verpleeghuis	Begrip van fysiotherapie	Beperkte kennis over fysiotherapie in het verpleeghuis	Vaker informatie over fysiotherapie en hun activiteiten	Meer inzicht in het besluitvormingsproces van fysiotherapeuten	"Ik heb niet genoeg inzicht in fysiotherapie, omdat ik niet weet wat zij [de fysiotherapeuten] doen. Omdat mijn vader dementie heeft, kan ik er niet altijd op vertrouwen dat hij het mij vertelt." (r 4) (Percepties)
	Informatievoorziening over fysiotherapie	Gebrek aan informatie van de fysiotherapeuten of het verpleeghuispersoneel over fysiotherapie	Vaker informatie over de voortgang van de behandelingen de gebruikte interventies		"Er wordt weleens een open dag gehouden in verpleeghuizen, misschien interessant om dan ook aan de fysio aandacht te schenken." (r 13) (Behoeften)
	Zichtbaarheid van fysiotherapeuten	Gebrek aan zichtbaarheid; De behandelende fysiotherapeut niet zien			"Ik zie geen fysiotherapeuten. En misschien loopt er wel iemand in een wit jasje rond, maar van die weet ik niet wat voor functie die heeft. Of die bij de verzorging hoort of bij de fysiotherapie." (r 5) (Percepties)

Belangrijkste thema	Minder belangrijke thema's	Percepties	Behoeften	Voorkeuren	Citaten
<p>Communicatie tussen mantelzorgers en fysiotherapeuten</p>	<p>Momenten van communicatie</p>	<p>Weinig of geen communicatie met de fysiotherapeuten van het verpleeghuis</p>	<p>Meer communicatie met fysiotherapeuten</p>		<p>"Niets ten nadele van de aanwezige fysiotherapeuten op de locatie, want die zijn allemaal naar mijn beleving helder en empathisch. Maar de communicatie mis ik wel op dit moment" (r 6) (Behoeften)</p>
	<p>Zorgplanbespreking</p>	<p>Verschillende ervaringen of fysiotherapie werd besproken tijdens de zorgplanbespreking</p>	<p>Bespreken fysiotherapiezaken</p>		<p>"Naar mijn mening zou bij elke zorgplanbespreking een fysiotherapeut aanwezig moeten zijn" (r 4) (Behoeften)</p>
	<p>Manier van communiceren</p>		<p>Begrijpelijke taal, geen medisch jargon</p>	<p>Het digitale patiëntendossier kan gebruikt worden om communiceren</p>	<p>"Als ik updates, bijvoorbeeld een maandelijkse update, zou kunnen lezen in het digitale patiëntendossier, zou dat voor mij voldoende zijn" (r 8) (Behoeften), "Ik geef de voorkeur aan face-to-face communicatie, op een manier dat ze de tijd nemen voor een gesprek. Maar tegenwoordig zijn online gesprekken een goed alternatief" (r 6) (Voorkeuren)</p>
	<p>Onderwerpen van discussie</p>		<p>Alle fysiotherapiezaken</p>	<p>Fysiotherapie-afspraken zijn zichtbaar, om te helpen bij het plannen van een bezoek</p>	<p>"Ik wil op de hoogte gehouden worden of iets wel of niet goed gaat. Of om te bespreken wat voor mij belangrijk is, want mijn vader geeft het zelf meestal niet aan." (r 3) (Behoeften)</p>

Belangrijkste thema	Minder belangrijke thema's	Percepties	Behoeften	Voorkeuren	Citaten
Doel en inhoud van fysiotherapie	Doel en inhoud van fysiotherapie	Fysiotherapie is gericht op het behoud van het lichamelijk functioneren van de bewoner, meestal door oefentherapie.	Afgestemd op de individuele behoeften van de bewoner; Advies over hoe om zelf gezond te blijven; Bewegen moet leuk zijn	Lichaamshouding verbeteren en handhaven van een gezond dag-nacht ritme	<p>"Ik stel me voor dat de fysiotherapeut de mobiliteit van de bewoner analyseert en waar nodig deze probeert te verbeteren" (r 1) (Percepties), "Ik vind het persoonlijk ongelofelijk moeilijk om een rolstoel te duwen. Een fysiotherapeut kan mij misschien tips en trucs geven over [hoe ik] hoe dat te doen" (r 1) (Behoeften)</p> <p>"Ik denk dat regelmatig bewegen het beste is voor de bewoners, om te proberen het proces van Alzheimer te vertragen en ook om hun dag-nacht ritme te behouden" (r 9) (Voorkeuren)</p>
	Individuele of groepstherapie		Individuele en groepstherapie, aangepast aan de behoeften van de bewoner.		<p>"[...] ik denk dat het heel erg kan stimuleren voor een bewoner om met meerdere bewoners vergelijkbare therapie te ondergaan. Of in in groepsverband die therapie te kunnen ondergaan. Dat kan natuurlijk alleen maar, kan stimulerend werken." (r 1) (Behoeften)</p>
	Een programma op maat		Inclusief elementen van sport en games	E-health, zoals een virtuele fietstrainer	<p>"Fietsen via een digitale hometrainer door de buurt waar ze is opgegroeid. Dat is natuurlijk fantastisch! Dan heb je die combinatie van bewegen en de cognitieve zaken " (r 9) (Voorkeuren)</p>



Belangrijkste thema	Minder belangrijke thema's	Percepties	Behoeften	Voorkeuren	Citaten
Doserings en locatie van fysiotherapie	Duur van de behandeling	Ongeveer 30 minuten	Afgestemd op de individuele behoeften en capaciteiten		"Omdat de aandachtsspanne van ouderen niet zo lang is, denk ik dat vijftien minuten beweging voor hen voldoende is." (r 4) (Behoeften)
	Frequentie	Eén of twee keer per week		Minstens één keer per week lichaamsbeweging, zelfs als het niet wordt begeleid door een fysiotherapeut	"Het hangt af van de aard van de behandeling. Als het ernstig is, neem ik aan dat de behandeling twee of drie keer per week kan plaatsvinden. Maar zoals ik al zei, de frequentie hangt af van de noodzaak van de behandeling." (r 11) (Percepties)
Niveau van deskundigheid en de rol van de fysiotherapeut binnen het interdisciplinaire team	Locatie van de behandeling	Het appartement van de bewoner, oefenzaal of buiten	Indien nodig, een prikkelarme omgeving	Als het weer het toelaat, fysiotherapie in de buitenlucht	"Ik heb nog nooit iemand ontmoet die niet graag buiten is. Door buiten te zijn worden mensen gestimuleerd om iets te doen wat ze misschien moeilijk vinden, maar het toch zullen proberen." (r 9) (Voorkeuren)
	Deskundigheidsniveau	Een bachelordiploma fysiotherapie	Empathie voor de bewoners met dementie; Communiceren op een rustige en vriendelijke manier		"Ik neem aan dat therapeuten zowel affiniteit als opleiding hebben op het gebied van geriatrische zorg en aanverwante onderwerpen" (r 1) (Percepties)
	Interdisciplinaire zorg	De fysiotherapeut bespreekt het lichamelijk functioneren met andere zorgprofessionals	Bespreek interdisciplinaire team het lichamelijk functioneren van de bewoner		"Ik wil graag directe betrokkenheid van de fysiotherapeut, zodat de fysiotherapeut zijn observatie onmiddellijk kan bespreken binnen het multidisciplinaire team" (r 10) (Behoeftes)
	Aanvullende cursussen			Cursussen voor een passende houding tegenover verpleeghuis bewoners met dementie	"Het is niet nodig om een master geriatricdiploma te hebben. Het heeft vooral te maken met het gedrag of de houding ten opzichte van bewoners" (r 2) (Voorkeuren)

Tabel 2: Belangrijke thema's, minder belangrijke thema's en geselecteerde citaten van deelnemers na de analyse van elf interviews met mantelzorgers. Afkorting: r=respondent.

zigheid van een fysiotherapeut of zonder dat er over fysiotherapie werd gesproken.

### **Behoeften**

Bijna alle mantelzorgers gaven aan behoefte te hebben aan meer communicatie met de fysiotherapeut. Ook gaven zij aan behoefte te hebben aan mogelijkheden om zaken met betrekking tot fysiotherapie en de fysiotherapeutische behandeling te bespreken. Volgens sommige mantelzorgers zouden deze zaken besproken kunnen worden tijdens de periodieke zorgplanbespreking.

### **Voorkeuren**

Sommige deelnemers gaven er de voorkeur aan informatie uit te wisselen door gebruik te maken van het elektronisch zorgdossier. De huidige manier van verslaglegging door fysiotherapeuten werd echter ook als onvoldoende ervaren: kort en met moeilijk te begrijpen medisch jargon. Wat betreft de frequentie van verslaglegging in het dossier, hadden sommige mantelzorgers een voorkeur voor een verslag na elke fysiotherapie sessie, terwijl voor anderen een verslag om de twee of drie maanden voldoende zou zijn. Sommige mantelzorgers wilden ook dat de fysiotherapie-afspraken konden zien. Zo konden ze daar rekening mee houden met plannen van hun bezoek aan de bewoner.

### **Thema 3: Doel en inhoud**

#### **Percepties**

De meeste mantelzorgers hadden de indruk dat fysiotherapie gericht is op het behoud van het lichamelijk functioneren van de bewoner. Zij veronderstelden dat er verschillende behandelvormen werden gebruikt: krachttraining; oefeningen gerelateerd aan het dagelijks bewegen; training van het uithoudingsvermogen; looptraining met aandacht voor loophulpmiddelen; ademhalingstherapie; ontspanningstherapie en massage.

### **Behoeften**

Alle mantelzorgers vonden het van belang dat de behandeling werd afgestemd op de behoeften van de bewoner. Bovendien vonden zij dat fysiotherapie zowel in groepsverband als individueel moest worden aangeboden. De behoeften van de meeste mantelzorgers ten aanzien van de inhoud van de fysiotherapie kwamen overeen met de hierboven beschreven percepties van de huidige therapie, maar meerdere mantelzorgers

stelden voor om elementen van sport en spel in de therapie op te nemen. Zij dachten dat dit de therapie toegankelijker en leuker zou maken. Wat betreft het doel van de behandeling, vonden meerdere mantelzorgers het nodig dat de fysiotherapie zich richt op houdingsverbetering. Zij verwachtten dat een betere houding het risico op vallen zou verminderen. Naast behandeling gericht op de bewoner hadden de mantelzorgers ook zelf behoefte aan gerichte interventies. Zo wilde een mantelzorger advies over hoe een rolstoel geduwd kan worden zonder zichzelf schade toe te brengen (zie citaat in Tabel 2).

### **Voorkeuren**

Sommige mantelzorgers gaven aan een voorkeur te hebben voor het verbeteren van het dag-nachtritme van de bewoners door sedentair gedrag overdag te verminderen. Zij gaven aan dat het niet de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut is om de bewoners overdag te stimuleren om actief te zijn, maar zij suggereerden dat de fysiotherapeut een interdisciplinaire strategie kan maken om sedentair gedrag te verminderen. Om fysiotherapie toegankelijker te maken, suggereerden sommige deelnemers het gebruik van e-health, bijvoorbeeld een virtuele fietstocht.

*... de mantelzorgers hadden behoefte aan mogelijkheden om zaken met betrekking tot fysiotherapie en de fysiotherapeutische behandeling te bespreken ...*

### **Thema 4: Dosering en locatie**

#### **Percepties**

De meeste mantelzorgers verwachtten dat een fysiotherapie sessie ongeveer 30 minuten zou duren. Dit was gebaseerd op hun eigen ervaring met fysiotherapie. Sommige mantelzorgers verwachtten dat de behandeling eerder een kwartier zou duren. Voor hen kwam een behandelingsduur van vijftien minuten overeen met een verminderde aandachtsspanne die veel voorkomt bij verpleeghuisbewoners met dementie (zie citaat in Tabel 2). De meeste mantelzorgers dachten dat de fysiotherapeutische behandeling één of twee keer per week plaatsvond. Wat betreft de locatie van de behandeling hadden mantelzorgers het idee dat de behandeling

plaatsvond in het appartement van de bewoner, in de oefenzaal van het verpleeghuis, of buiten.

### **Behoeften**

Alle deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan een voldoende lange behandelingsduur, om de kwaliteit van de behandeling te kunnen garanderen. De duur van de behandeling moet worden afgestemd op de situatie van de persoon, met een mogelijke duur variërend van een kwartier tot een uur. Wat de locatie betreft, noemden sommige mantelzorgers dat, indien nodig, voor een prikkelarme omgeving moet worden gezorgd.

### **Voorkeuren**

Meerdere mantelzorgers hadden een voorkeur voor een wekelijks programma dat op zijn minst enige vorm van lichaamsbeweging bevat. Zij gaven ook aan dat beweeginterventies niet altijd door een fysiotherapeut hoeven te worden begeleid. Beweeginterventies kunnen worden gegeven door zorgassistenten, en een fysiotherapeut kan helpen bij het ontwerpen van de interventie om de kwaliteit en effectiviteit te waarborgen. Wat betreft de locatie hadden verschillende mantelzorgers een voorkeur voor het af en toe buiten laten plaatsvinden van fysiotherapie, als het weer het toelaat.

## **Thema 5: Niveau van deskundigheid en de rol van de fysiotherapeut binnen het interdisciplinaire team**

### **Percepties**

De meeste deelnemers dachten dat de fysiotherapeut, naast het bezit van een bachelordiploma in de fysiotherapie, aanvullende competenties nodig had om verpleeghuisbewoners met dementie te kunnen behandelen. Wat betreft de rol van de fysiotherapeut in het interdisciplinaire team verwachtten de meeste mantelzorgers dat fysiotherapeuten zich bezig zouden houden met het lichamenlijk functioneren van de bewoner en dat zij overleggen met professionals uit andere disciplines over onderwerpen als mobiliteit of evenwicht.

### **Behoeften**

Bijna alle mantelzorgers vonden het belangrijk dat de fysiotherapeut zich inleeft in mensen met dementie, en op een rustige en vriendelijke manier met de bewoners communiceert. Niet alle mantelzorgers vonden het noodzakelijk dat fysiotherapeuten zich specialiseren in

geriatrie of een masterdiploma behalen na het afronden van de bacheloropleiding fysiotherapie.

Wat betreft de rol in het interdisciplinaire team gaven verschillende mantelzorgers aan dat fysiotherapeuten andere disciplines moeten informeren als hun behandeling het lichamenlijk functioneren van de verpleeghuisbewoner belemmert. Bijvoorbeeld, wanneer een specialist ouderengeneeskunde medicatie voorschrijft die van invloed is op het evenwicht en de kans op vallen vergroot, wordt van de fysiotherapeuten verwacht dat zij hierover in gesprek gaan met de betrokken arts.

### **Voorkeuren**

Wat betreft voorkeuren gaven sommige mantelzorgers in dit onderzoek aan dat ze graag zouden zien dat fysiotherapeuten aanvullende cursussen volgen gericht op het creëren van een *passende houding en benadering* van verpleeghuisbewoners met dementie. Hiermee bedoelen zij dat fysiotherapeuten les krijgen in hoe om te gaan met de gedrags- en communicatiestoornissen die bij bewoners met dementie aanwezig kunnen zijn. De mantelzorgers vonden het wenselijk dat de fysiotherapeuten meerdere jaren werkervaring in de geriatrie hadden en dat ze getuigden van creativiteit in de behandeling.

### **Discussie**

De percepties, behoeften en voorkeuren met betrekking tot fysiotherapie, geuit door mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie zijn in te delen in vijf grote thema's: 1) zichtbaarheid en bekendheid; 2) communicatie; 3) doel en inhoud; 4) dosering en locatie; en 5) niveau van deskundigheid en de rol van de fysiotherapeut in het interdisciplinaire team.

De bevindingen bij de eerste twee thema's lieten zien dat de meeste mantelzorgers onvoldoende kennis hadden over fysiotherapie in het verpleeghuis, en daardoor moeilijk uitspraken konden doen over hun percepties over de verschillende onderwerpen. Bovendien vonden de meeste mantelzorgers dat er onvoldoende communicatie was met fysiotherapeuten.

Aanbevelingen uit internationale richtlijnen en eerder onderzoek benadrukken het belang van de betrokkenheid van mantelzorgers bij de zorg voor mensen met dementie, en adviseren dat zorgprofessionals zich inspannen om erachter te komen waar mantelzorgers behoefte aan hebben.<sup>20,21</sup> Onze bevindingen ondersteunen dat mantelzorgers behoefte hebben om betrokken en begrepen te worden. De meeste studies naar

de betrokkenheid en behoeften van mantelzorgers in het verpleeghuis gaan over de dagelijkse zorg.<sup>31</sup> Onze studie toont aan dat samenwerking met mantelzorgers niet alleen noodzakelijk is voor de zorgmedewerkers, die meer communiceren over de dagelijkse zorg, maar ook voor andere zorgprofessionals van het interdisciplinaire team, zoals fysiotherapeuten. Door gezamenlijke besluitvorming te implementeren kunnen zorgprofessionals mantelzorgers meer betrekken bij de zorg. Bij gezamenlijke besluitvorming nemen de zorgprofessional en de patiënt en/of hun mantelzorger samen beslissingen. Het is een manier om mantelzorgers te vragen naar hun behoeften, en het kan teleurstelling of ontevredenheid over het resultaat van een behandeling voorkomen.<sup>21</sup> Het bespreken van de behandeling met de persoon, of diens vertegenwoordiger, is standaard in bijna elk veld van de gezondheidszorg, maar lijkt nog niet gebruikelijk bij fysiotherapeuten die verpleeghuisbewoners met dementie behandelen. Thema's drie, vier en vijf gaan in op de behoeften van mantelzorgers ten aanzien van de vaardigheden van fysiotherapeuten, de inhoud van fysiotherapie en de plaats van behandeling. Mantelzorgers gaven aan dat ze behoefte hebben aan fysiotherapeuten die empathisch communiceren, en dat ze de voorkeur geven aan plezierige elementen in de fysiotherapie, zoals sport, spel en therapie in de buitenlucht. Deze bevindingen verschillen van een onderzoek uit 2008, waar mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie meer betekenis hechtten aan het functionele gebruik van een activiteit.<sup>32</sup> De laatste jaren is er meer aandacht voor de kwaliteit van leven en de behoeften van verpleeghuisbewoners met dementie.<sup>20,33,34</sup> Mantelzorgers zouden daarom ook meer aandacht kunnen hebben voor plezier en plezierelementen in activiteiten dan voorheen. Uit een recente review blijkt dat het brengen van plezier in beweeginventies en het adequaat gebruik maken van communicatieve vaardigheden de therapietrouw bij verpleeghuisbewoners met dementie verhoogt.<sup>35</sup> Als fysiotherapeuten meer aandacht besteden aan effectieve communicatie en het toevoegen van plezierelementen bij bewegen, verhoogt dit mogelijk de therapietrouw bij oefentherapie en is de interventie wellicht effectiever.

Een sterk punt van onze studie is dat, voor zover wij weten, dit de eerste studie is naar de percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers ten aanzien van fysiotherapie. Er zijn veel studies verricht naar de behoeften van mantelzorgers ten aanzien van zorg-

personeel, maar de behoeften ten aanzien van andere disciplines zijn eerder niet meegenomen.<sup>31,34,36</sup> Het interdisciplinaire team speelt een belangrijke rol in de zorg voor verpleeghuisbewoners met dementie, en de behoeften van mantelzorgers wat betreft deze disciplines mogen niet over het hoofd gezien worden. Ons onderzoek heeft ook enkele beperkingen. Ten eerste werden alle mantelzorgers uitgenodigd om deel te nemen, ongeacht of hun familielid fysiotherapie had gekregen. Dit zou kunnen betekenen dat mantelzorgers bepaalde percepties over fysiotherapie hadden, terwijl de bewoner geen therapie kreeg. Maar volgens protocollen binnen de zorgorganisatie waar het onderzoek werd uitgevoerd, horen fysiotherapeuten van elke bewoner het lichamelijk functioneren en valrisico te evalueren vlak na opname en voor elke zorgplanbespreking. Het is daarom niet waarschijnlijk dat het gebrek aan communicatie dat mantelzorgers ervaren komt doordat fysiotherapeuten geen mogelijkheden hebben om met hun in contact te komen.

Een tweede beperking betreft de generaliseerbaarheid van onze bevindingen. De respons op de uitnodiging om aan het onderzoek mee te doen was namelijk slechts zeven procent.

Daarnaast blijkt uit een eerdere studie dat er in Nederland grote verschillen zijn wat betreft de formatie-uren fysiotherapie en dat de manier waarop, en mate waarin, fysiotherapeuten hun werk doen sterk uiteenloopt. De keuzes die ze in de dagelijkse praktijk maken hangen af van organisatorische en persoonlijke factoren, zoals het organisatiebeleid, tijdsdruk, personeelsbezetting, samenwerking met andere disciplines, en kennis.<sup>27</sup> Dit is waarschijnlijk van invloed op de percepties, behoeften en voorkeuren van mantelzorgers. Bovendien waren de mantelzorgers die deelnamen aan onze studie allen Nederlands, woonden ze in een stedelijke omgeving, en hadden de meesten een hogere opleiding gevolgd. Eerdere studies toonden aan dat demografie, cultuur en het opleidingsniveau van invloed zijn op de behoeften van mantelzorgers.<sup>37,38</sup> Onderzoek naar de behoeften van mantelzorgers van zorgverleners in andere regio's en landen zou aanvullende informatie kunnen opleveren die in onze studie niet aan bod is gekomen.

Deze studie heeft de volgende implicaties voor de toekomstige praktijk: (1) Fysiotherapeuten en andere zorgverleners die werken met verpleeghuisbewoners met dementie moeten zich meer bewust zijn van de behoeften en voorkeuren van de mantelzorgers. Het

implementeren van gezamenlijke besluitvorming kan hierbij helpen. (2) Wat betreft de inhoud van de fysiotherapie, moeten fysiotherapeuten proberen om de therapie leuk te maken, en weten hoe ze het beste kunnen communiceren met een verpleeghuisbewoner met dementie.

## Conclusie

De meeste mantelzorgers hadden onvoldoende kennis over het geven van fysiotherapie in het verpleeghuis, en hadden behoefte aan meer communicatie. Mantelzorgers hebben behoefte aan fysiotherapeuten die rustig en met empathie communiceren met de bewoners. Zij gaven er de voorkeur aan dat fysiotherapie plezierig en toegankelijk is en afgestemd op de behoeften van de bewoner. Het betrekken van mantelzorgers bij de zorg is niet alleen de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen, verzorgenden of artsen, maar ook van andere leden van het interdisciplinaire team. Gezamenlijke besluitvorming is een manier om mantelzorgers te betrekken, maar is nog niet onderzocht in de context van interdisciplinaire zorg voor verpleeghuisbewoners met dementie.

## Dankwoord

We bedanken Marina Girgjs, Astrid Kwakernaak, Atie Lechner en Stella Muthert voor hun bijdragen aan de gegevensverzameling.

## Referenties

1. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
2. Vektis. Factsheet dementie. Gepubliceerd op 24/01/2022. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-dementie>
3. **Chang E, Daly J, Johnson A, Harrison K, Easterbrook S, Bidewell J, et al.** Challenges for professional care of advanced dementia. *Int J Nurs Pract.* 2009;15:41-7. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x
4. **Volicer L.** Behavioral Problems and Dementia. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(4):637-51. doi:10.1016/j.cger.2018.06.009
5. **Telenius EW, Engedal K, Bergland A.** Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: An assessor blinded randomized controlled trial. *PLoS One.* 2015;10(5):1-18. doi:10.1371/journal.pone.0126102
6. **Sverdrup K, Bergh S, Selbæk G, Røen I, Kirkevoeld Ø, Tangen GG.** Mobility and cognition at admission to the nursing home - A cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2018;18(1). doi:10.1186/s12877-018-0724-4
7. **Kvæel LAH, Bergland A, Telenius EW.** Associations between physical function and depression in nursing home residents with mild and moderate dementia: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017;7(7). doi:10.1136/bmjopen-2017-016875
8. **Schüssler S, Dassen T, Lohrmann C.** Comparison of care dependency and related nursing care problems between Austrian nursing home residents with and without dementia. *Eur Geriatr Med.* 2015;6:46-52. doi:10.1016/j.eurger.2014.04.015
9. **Galik E, Holmes S, Resnick B.** Differences Between Moderate to Severely Cognitively Impaired Fallers Versus Nonfallers in Nursing Homes. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2018;33(4):247-52. doi:10.1177/1533317518761856
10. **Sverdrup K, Bergh S, Selbæk G, Benth JŠ, Røen IM, Husebo B, et al.** Trajectories of physical performance in nursing home residents with dementia. *Aging Clin Exp Res.* Published online 2020. doi:10.1007/s40520-020-01499-y
11. **Leemrijse CJ, De Boer ME, Van Den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J.** Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study. *BMC Geriatr.* 2007;7. doi:10.1186/1471-2318-7-7
12. **Brett L, Noblet T, Jorgensen M, Georgiou A.** The use of physiotherapy in nursing homes internationally: A systematic review. *PLoS One.* 2019;14(7). doi:10.1371/journal.pone.0219488
13. (SPC) Social Protection Committee, European Commission (DG EMPL). *Long-Term Care Report.* Vol 1.; 2021. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>
14. **Scharlach A, Robinson B, Santo TSD, Giunta N.** Assuring quality care management under long-term care insurance. 2000.
15. **Brett L, Traynor V, Stapley P, Meedya S.** Exercise and dementia in nursing homes : Views of staff and family carers. *J Aging Phys Act.* 2017;26(1):89-96.
16. **Bramble M, Moyle W, Mcallister M.** Seeking connection : family care experiences following long-term dementia care placement. *J Clin Nurs.* 2009;18:3118-25. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02878.x
17. **Haesler E, Bauer M, Nay R. Staff.** Family Relationships in the Care of Older People: A Report on a Systematic Review. *Res Nurs Health.* 2007;30:385-98. doi:10.1002/nur
18. **Irving J.** Beyond family satisfaction: Family-perceived involvement in residential care. 2015;34(3):166-70. doi:10.1111/ajag.12163

19. **Lawler K, Shields N, Taylor NF.** Training family to assist with physiotherapy for older people transitioning from hospital to the community: a pilot randomized controlled trial. Published online 2019. doi:10.1177/0269215519853874
20. National Institute for Health and Care Excellence. *Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers (NG 97)*; 2018. [www.nice.org.uk/guidance/ng97](http://www.nice.org.uk/guidance/ng97)
21. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, et al. Defeating Alzheimer 's disease and other dementias : a priority for European science and society. Published online 2015. doi:10.1016/S1474-4422(16)00062-4
22. **McDonald SM.** Perception: A concept analysis. *Int J Nurs Knowl.* 2012;23(1):2-9. doi:10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x
23. **Van Der Roest HG, Meiland FJM, Marocchini R, Comijs HC, Jonker C, Dröes RM.** Subjective needs of people with dementia: A review of the literature. *Int Psychogeriatrics.* 2007;19(3):559-92. doi:10.1017/S1041610206004716
24. **Rosoff PM.** *Drawing the Line : Healthcare Rationing and the Cutoff Problem Needs , Wants , Preferences , and Demands.* Oxford University Press; 2017. doi:10.1093/acprof
25. **Tong A, Sainsbury P, Craig J.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042
26. CCMO. Your research, is it subject to the wmo or not? Accessed July 2, 2021. <https://english.ccmo.nl/investigators/legal-framework-for-medical-scientific-research/your-research-is-it-subject-to-the-wmo-or-not>
27. **Sterke S, Paula A, Oomen H, Voogt L, Goumans M.** Physiotherapy in nursing homes . A qualitative study of physiotherapists ' views and experiences. *BMC Geriatr.* 2021;21(150):1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12877-021-02080-6
28. ActiZ, BTN. Algemene Voorwaarden van ActiZ en BTN 2018. Published online 2018. <https://www.actiz.nl/algemene-voorwaarden>
29. **Guest G, Johnson L.** How Many Interviews Are Enough ? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods.* 2006;18(1):59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
30. **Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
31. **Hoek LJM, Haastregt JCM Van, Vries E De, Backhaus R, Hamers JPH, Verbeek H.** Partnerships in nursing homes : How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff ? Published online 2021. doi:10.1177/1471301220962235
32. **Harmer BJ, Orrell M.** What is meaningful activity for people with dementia living in care homes ? A comparison of the views of older people with dementia , staff and family carers. *Aging Ment Health.* 2008;12(5):548-558. doi:10.1080/13607860802343019
33. **Thompson G, Hack T, Rodger K, John PS, Chochinov H, McClement S.** Clarifying the information and support needs of family caregivers of nursing home residents with advancing dementia. Published online 2021. doi:10.1177/1471301220927617
34. **Miller LM, Lyons KS.** Shared decision-making in dementia : A review of patient and family carer involvement. Published online 2016. doi:10.1177/1471301214555542
35. **Crespo M, Quirós MB De, Gómez MM, Hornillos C.** Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia: A Comparison of Perspectives of Residents, Family, and Staff. 2011;52(1):56-65. doi:10.1093/geront/gnr080
36. **Innes A, Morgan D, Kostineuk J.** Maturitas Dementia care in rural and remote settings : A systematic review of informal / family caregiving. *Maturitas.* 2011;68(1):34-46. doi:10.1016/j.maturitas.2010.10.002
37. **Easton T, Milte R, Crotty M, Ratcliffe J.** Advancing aged care : a systematic review of economic evaluations of workforce structures and care processes in a residential care setting. *Cost Eff Resour Alloc.* Published online 2016:1-19. doi:10.1186/s12962-016-0061-4
38. **Vseteckova J, Deepak-Gopinath M, Borgstrom E, Holland C, Draper J, Pappas Y.** Barriers and facilitators to adherence to group exercise in institutionalized older people living with dementia: a systematic review. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2018;15(1). doi:10.1186/s11556-018-0200-3

# NVFG-jaarcongres 2023

## Toekomstgerichte zorg bij ouderen

Tekst: Shanty Sterke



Tijdens het jaarlijkse NVFG-congres in Soesterberg, dit jaar op 29 september, staat het thema *toekomstgerichte zorg* centraal. Tijdens plenaire lezingen en parallele verdiepingssessies wordt dit thema vanuit verschillende invalshoeken belicht. NVFG-bestuurslid Maarten Nijkrake treedt op als dagvoorzitter en praat het programma aan elkaar. Met elkaar staan we stil bij de uitdagingen die er voor ons in de ouderenzorg liggen.

## Plenaire sessies

### *Visie op toekomstgerichte fysiotherapie vanuit KNGF*

KNGF-bestuurslid Linda van Heusden-Scholtalberts bijt het spits af met een presentatie over de visie op toekomstgerichte fysiotherapie vanuit het KNGF.

Als je de krantenberichten leest over zorgmijding, uitval van jonge fysiotherapeuten en lage tarieven, weet je dat het geen makkelijke tijd is voor fysiotherapeuten. Tegelijkertijd is het ook een tijd van uitdagingen. Wij fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol in de uitvoering van het integraal zorgakkoord. We zijn zelfs onmisbaar. Want passende zorg is niet meer weg te denken en juist daar zijn fysiotherapeuten heel goed in.

De afgelopen dertig jaar hebben fysiotherapeuten veel gedaan om zich te ontwikkelen. Naast richtlijnontwikkeling hebben we tegenwoordig een sterke externe lobby in Den Haag. Dat zie je terug in kamerbrieven van de afgelopen tijd over fysiotherapie.

Het kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie is het sluitstuk van alle activiteiten. Het Kwaliteitskader is in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland ontwikkeld, onder begeleiding van Zorginstituut Nederland.

Het Kwaliteitskader is belangrijk voor de professionalisering van de beroepsgroepen. Om als fysiotherapeut volwaardig deel uit te maken van het zorgstelsel, is een duidelijke positie van de fysiotherapeut en een betere toegang tot deze zorg nodig. Het opstellen van een Kwaliteitskader is de eerste stap in dit proces.

In het Kwaliteitskader staat beschreven wat onder goede fysiotherapie wordt verstaan en wat patiënten mogen verwachten. Het uitgangspunt van het Kwaliteitskader is de wens van de patiënten. Het is het eerste kwaliteitskader dat vanuit de principes over passende zorg is geschreven. Passende zorg is zorg die werkt, op de juiste plek en zo dicht mogelijk bij de patiënt. Met focus op gezondheid in plaats van ziekte en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen.

Een mooi voorbeeld van passende zorg is de acute care unit AZORA. In de acute care unit kijkt men wat de patiënt nodig heeft om weer naar huis te kunnen. Daarmee worden ziekenhuisopnames voorkomen. Hier laat de fysiotherapeut door de lijnen heen de meerwaarde zien. Ook de Paramedische Richtlijn Kwetsbare ouderen, de interventie Coach2Move en valpreventie-activiteiten zijn mooie voorbeelden van fysiotherapie en passende zorg.

In deze ontwikkelingen zullen de rollen van algemeen fysiotherapeut en geriatriefysiotherapeut veranderen. De geriatriefysiotherapeut krijgt steeds meer een adviserende rol naar de algemeen fysiotherapeut en ook naar de beweegagoog in de wijk.

### *Creatief met ouderen(zorg)*

Specialist ouderengeneeskunde Ester Bertholet vertelt in de volgende sessie over haar creatieve oplossingen voor de steeds complexer wordende ouderenzorg in de eerstelijnspraktijk. Zoals ze zegt kijkt ze over de randjes van haar speekkamer heen om te zien wat mensen nodig hebben om vitaal ouder te worden. Ze heeft veel verschillende dingen gedaan en kan over elk onderwerp een hele dag praten: biologie gestudeerd, culturele antropologie, fysische geografie, afgestudeerd op medische antropologie, gewerkt in Suriname, Cuba, Canada, Benin, in de horeca, als nachtwaker in de daklozenopvang, tot barista in cirque du soleil. Al die verschillende dingen zijn voedend voor wat ze nu doet.

*... mensen gaan gemiddeld later naar het verpleeghuis, maar het verpleeghuis heeft ook iets goeds. Want thuis zijn mensen vaak eenzaam ...*

Nadat ze haar artsdiploma behaalde, werkte ze op de afdeling klinische geriatrie in een ziekenhuis. Vervolgens als huisarts in een achterstandswijk. Ze vond het fijn om dicht bij de patiënt te zitten dan in het ziekenhuis, maar voelde zich wel alleen. Daarna ging ze in een verpleeghuis werken. Het multidisciplinair samenwerken sprak haar aan. Maar ze vond het lastig dat goede ideeën altijd langs het bestuur moesten. Dus veel ideeën werden afgeketst. Haar volgende stap was naar de ouderenpsychiatrie. Daar vond ze het moeilijk dat ze zich niet met lichamelijke problemen mocht bemoeien. Die waren voor de huisarts. Toen besloot ze: waarom niet het beste van die vier werelden combineren?

Ze volgde de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en startte haar eigen praktijk voor ouderengeneeskunde. Die ze nu al twaalf jaar lang draaiende houdt zonder structurele financiering.

Sinds de start weet ze haar praktijk draaiende te houden met subsidies. Zo kreeg ze van zorgverzekeraar Menzis



600.000 euro voor drie jaar patiëntenzorg. Door al die jaren ook onderzoek te doen en te publiceren lukte het om sindsdien telkens de financiering rond te krijgen. De werkwijze van Bertholet is als volgt: alleen de huisarts kan haar inschakelen. Als het nodig is regelt ze zelf de specialistische zorg in de eerste lijn. Zo vraagt ze bijvoorbeeld een neuroloog om bij een patiënt op huisbezoek te komen. Dat is uitzonderlijk. De patiënten hoeven dan niet naar het ziekenhuis. Vanuit haar subsidies betaalt ze het huisbezoek van de specialist. Ook betaalt ze de zorgverleners die aanschuiven bij het multidisciplinair overleg in haar praktijk.

Ze werkt veel samen met het lokale netwerk. Daarin zitten naast BIG-geregistreerde zorgverleners ook bijvoorbeeld een tuinman en een kapper. Een kapper praat over het algemeen heel goed met mensen. En vrouwen van een hoge leeftijd praten nu eenmaal makkelijker met de kapper dan met de psycholoog. Door de werkwijze kan Bertholet aantonen dat ze flink bespaart op zorgkosten. Dat komt omdat patiënten niet naar een ziekenhuis hoeven en gemiddeld later naar een verpleeghuis gaan. Die rekensom is eenvoudig: alles wat ze in de eerstelijns doen (dagopvang,

ergotherapie, fysiotherapie etc.) trekt ze af van wat een ziekenhuis of verpleeghuis kost. 800.000 euro per jaar voor 56 patiënten die gemiddeld acht maanden later naar het verpleeghuis gaan. Een stevig terugverdienmodel dus.

Fijn dat mensen langer thuis blijven wonen door deze werkwijze, maar het verpleeghuis heeft ook iets goeds, vindt Bertholet. Want thuis zijn mensen vaak eenzaam. Daarom bedacht ze dat er een ontmoetingsplek moet zijn. Samen met de patiënten heeft ze erover nagedacht hoe die eruit moet zien. Het streven was om een plek te hebben voor 25 mensen. Inmiddels komen er wekelijks 387 mensen. Het project wordt gefinancierd door de gemeente en er is een professionele coördinator. De boodschappen die Bertholet na dit inspirerende verhaal meegeeft zijn: zorg ontwikkelen, doe het echt samen met de doelgroep zelf; werk samen met mensen van wie je energie krijgt; vertrouw erop dat beloning volgt; durf vooral buiten de lijntjes te kleuren. Meer weten? Laat je inspireren en bezoek haar eigen website [www.esterbertholet.com](http://www.esterbertholet.com) en de [website](#) van haar praktijk.



Fotograaf: Marjolijn de Graaf

Ester Bertholet



Fotograaf: Marjolijn de Graaf

Maarten Nijkrake heet Bianca Buurman welkom

***Uitdagingen in de acute ouderenzorg voor ouderen: van symptoombestrijding naar meerwaarde en duurzame zorg***

Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg, doet praktijkgericht onderzoek naar hoe acute zorgvragen bij ouderen ontstaan en hoe we de zorg zodanig kunnen organiseren dat het bijdraagt aan kwaliteit van leven en behoud van zelfredzaamheid.

Dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis na een acute opname, volgt bij 15 tot 20 procent een heropname. Drie maanden na ontslag ervaart 20 tot 30 procent nog functieverlies, en is 20 tot 30 procent overleden. Goede palliatieve zorg kan voorkomen dat mensen herhaaldelijk het ziekenhuis in- en uitgaan. Buurman noemt drie factoren die de uitkomst bij een acute ziekte bepalen: voor en tijdens de opname en na ontslag. Ten eerste zijn er de pre-existente factoren die kwetsbaarheid en restcapaciteit bepalen, zoals leeftijd, problemen met mobiliteit, vallen, incontinentie, cognitief functioneren en ernst van de ziekte. Tijdens de ziekenhuisopname spelen de omgevingsfactoren in het ziekenhuis een rol. Activering zoals in beweegzieken-

huizen en goede voeding hebben een gunstig effect op de uitkomst. Factoren na de ziekenhuisopname die bepalend zijn voor de uitkomst zijn: de herstel mogelijkheden, mantelzorgers, hulpmiddelen en dergelijke. In een onderzoek dat de onderzoeksgroep van Buurman deed, vertelden patiënten dat ze in een gat zwart vielen zodra ze uit ziekenhuis kwamen. Ze hadden last van vermoeidheid, slaperigheid, apathie, geen motivatie om in actie te komen, duizeligheid en valangst. Drie maanden na ontslag zit 80 procent van de patiënten onder de norm van spiermassa, 18 procent heeft een te lage spierkracht en 43 procent ervaart een verminderd fysiek functioneren. Zelfstandig thuis wonen komt dan in het geding.

Om uitkomsten voor kwetsbare ouderen te verbeteren, moeten we over de hele keten actie ondernemen. Dus zowel voorafgaand aan de opname, tijdens de ziekenhuisopname en na ontslag.

De acute zorgvraag is deels te voorkomen. Als een half jaar voor de acute opname iets gebeurt waardoor iemand kwetsbaarder wordt, is dat een teken. Maar kleine signalen worden niet altijd gezien. Mensen

gaan wel naar de huisarts, maar krijgen te horen: kijk het even aan. Als er dan een maand voor de ziekenhuisopname weer iets gebeurt, kan dat de trigger zijn waardoor een chronische ziekte acuut opspeelt. Een urineweginfectie of een val is dan de druppel. Als de huisarts er net iets eerder bij is en de atypische presentatie herkent, kan een kwart van de acute opnames worden voorkomen.

Wanneer een kwetsbare oudere toch in het ziekenhuis belandt, en daar in beweging blijft, doet die na ontslag veel minder een beroep op wijkverpleging en thuiszorg. Gelukkig wordt het belang van bewegen in het ziekenhuis al veel meer gezien dan vroeger. Maar we kunnen veel meer doen. Zoals doelen en wensen bespreken. Wat vindt iemand belangrijk? Wat wil iemand weer kunnen doen? Als je doelen hebt, is het makkelijker om doelen te behalen.

Als we naar acute keten kijken moeten we het behoud van functioneren centraal stellen en daarnaast een aantal dingen in de regio regelen: preventie en proactieve zorg in de kwetsbare thussituatie; een 24/7 infrastructuur in de eerste lijn in de acute situatie;

de beste ziekenhuiszorg in het ziekenhuis; herstel en nazorg na opname.

Wanneer de patiënt na een bezoek aan de Spoedeisende Hulp niet wordt opgenomen, maar thuis de ziekenhuiszorg ontvangt, leidt dat tot betere uitkomsten: hogere patiënttevredenheid en minder sterfte in vergelijking met opname in het ziekenhuis.

Aanbevelingen voor effectieve thuisrevalidatie na ontslag zijn: gecombineerde oefeninterventies met kracht, uithoudingsvermogen en functionele training, met aandacht voor voeding. In de eerste zeven dagen ligt de nadruk op vroeg mobiliseren en dagelijkse oefeningen op maat. In de subacute fase, zeven dagen tot twaalf weken na ontslag, ligt de nadruk op functionele onafhankelijkheid, reserves opbouwen en twee tot drie keer per week oefenen. Op de lange termijn moet de nadruk liggen op coaching en een tot twee keer per week oefenen in een thuisoefenprogramma. Het is belangrijk om daarbij rekening te houden met de doelen en wensen van de patiënt. Dus gezamenlijke besluitvorming en eventueel gebruik van E-health.



Fotograaf: Marijolin de Graaf

Betsy Weenink

Als take home message geeft Buurman mee: zet behoud van functioneren centraal, dat leidt tot minder zorg; 24/7 zorg in eerstelijns is nodig om acute zorgvragen te voorkomen of thuis te behandelen; herstelgerichte en revalidatiezorg zijn na een acute opname nodig om terug te komen op oud niveau van functioneren; focus op fysiek functioneren, maar ook op psychosociale factoren en valangst.

### *Palliatieve zorg*

Betsy Weenink vervolgt het plenaire gedeelte met: 'ik heb een half uur de tijd om jullie mee te nemen naar de dood.' Weenink, sinds 2018 gespecialiseerd in palliatieve zorg bij kwetsbare ouderen, staat stil bij de rol van de geriatriefysiotherapeut bij palliatieve zorg en het levenseindegesprek.

*... ik heb een half uur de tijd om jullie mee te nemen naar de dood ...*

Haar ervaring is dat mensen het er graag over willen hebben. Ze willen duidelijkheid over wat ze te wachten staat, empathie, dat ze kunnen zeggen wat ze willen, vertrouwen, openheid, dat het gesprek in rust plaatsvindt, en serieus genomen worden.

Bij patiënten met kanker is een levenseindegesprek ingebed in hun behandeling. Maar voor patiënten met hartaandoeningen en COPD is het minder logisch om zo'n gesprek te voeren. Voor kwetsbare ouderen al helemaal niet. Bij een kwetsbare oudere is er niet een moment aan te wijzen waarop je denkt: nu is het serieus.

De meeste patiënten willen dit gesprek met de huisarts. Maar huisartsen hebben over het algemeen weinig tijd en weinig affiniteit met de dood. Tien procent van de patiënten zou met een andere zorgverlener het gesprek willen hebben. Dat kan dus ook de fysiotherapeut zijn. We behandelen mensen over een periode. We zien ze vaker, dus dat kan prima.

Om een inschatting te maken of het een geschikt moment is om zo'n gesprek te starten, kan je de surprise question stellen: zou het mij verbazen als deze patiënt over een jaar zou zijn overleden? Zo nee, stel dan een aanvullende vraag: zou het mijn verbazen als deze patiënt over een jaar nog leeft? Zo ja, start palliatieve zorg.

Op welk moment voer je dan het levenseindegesprek? Als de patiënt erom vraagt. Of op initiatief van jou als fysiotherapeut, als de situatie erom vraagt. Bijvoorbeeld bij een opname; na een exacerbatie (bij COPD of hartfalen); als de patiënt signalen geeft die wijzen op onzekerheid of vragen over de dood; als je merkt dat er verschil is van inzicht tussen de patiënt en de naasten, bijvoorbeeld als de familie vindt dat moeder moet bewegen, maar dat moeder dat zelf dat niet meer wil; als de patiënt er nooit over begint. Het gesprek moet meerdere keren gevoerd worden. Want je gaat met de patiënt mee.

Het uitgangspunt voor het gesprek zijn de vier dimensies van palliatieve zorg: fysieke domein, psychische domein, sociale domein en spirituele domein. Deze moeten in zo'n gesprek alle vier ter sprake komen. Voor ons als fysiotherapeut is het logisch dat het fysieke domein onze ingang is bij de patiënt. Het spirituele domein gaat over zingeving. Dat staat centraal.

Hoe moet het gesprek gevoerd worden? Met de presentiebenadering, dat wil zeggen: van mens tot mens. Het is een manier van werken waarbij je als zorgverlener zorgvuldig aansluit bij en afstemt op wat de patiënt nodig heeft. Je kan het niet oplossen voor de patiënt, je bent een medemens. Het oplossingsgericht denken moet je radicaal opgeven.

Meer weten? Volg de NPI cursus Fysiotherapie in de palliatieve fase bij de geriatrische patiënt.

### **Parallelsessies**

#### *Prehabilitatie bij ouderen binnen Fit4surgery*

Linda van Heusden – Scholtalbers presenteert in een parallelsessie de bevindingen van het onderzoek naar prehabilitatie bij ouderen van het RadboudUMC, een van de koplopers op gebied van prehabilitatie. Wie fit een operatie ingaat, herstelt daarna sneller. Dat geldt ook voor kwetsbare patiënten. Die hebben na een operatie een kleinere kans om dusdanig achteruit te gaan dat ze in een kritische zone belanden en niet meer zelf kunnen opstaan.

In 2018 startte het RadboudUMC met een pilot Fit4surgery voor colorectaalpatiënten. In eerste instantie was de bedoeling dat patiënten bij het ziekenhuis kwamen trainen. Maar dat bleek niet handig. Patiënten kwamen van ver, hadden al veel afspraken en wilden liever in hun eigen buurt trainen. Uit praktische overwegingen worden patiënten daarom nu voor prehabilitatie naar de eerstelijns verwezen. Het Radboud betaalt de trainingen in de eerste lijn uit eigen zak.

De raad van bestuur van het Radboud is van mening dat Fit4surgery een vast onderdeel moet zijn van het zorgpad. Inmiddels is Fit4surgery in twintig zorgpaden geïmplementeerd. Dat werk als volgt: de chirurg bespreekt met alle patiënten voorafgaand aan een operatie dat ze doorgestuurd worden naar de Fit4surgery poli voor een screening. Daar krijgen patiënten uitleg over het programma, wordt er gekeken of er geen contra-indicaties zijn voor het trainingsprogramma en of de training in de eerstelijns kan plaatsvinden. Fysiotherapie- en geneeskundestudenten maken een inschatting van de fysieke fitheid en nemen de steep ramp test, handknijpkracht, 5 times sit-to-stand test en 1 RM leg press af. Als de triage positief is, volgt de overdracht naar de eerstelijns. De fysiotherapeuten van de poli denken mee over hoe het traject voor meer kwetsbare mensen, of voor mensen die naar verwachting niet volgens protocol kunnen trainen, eruit moet zien. Aan het eind van het prehabilitatietraject, voor de operatie, vindt de evaluatie plaats.

Het Trainingsprogramma heeft een standaardprotocol met kracht- en conditietraining. Drie keer per week krachttraining voor grote spiergroepen met leg press, chest press, abdominal crunch, lat pull, down, low row en step up. De intensiteit loopt op van 65% van 1RM in week 1 naar 80% van 1RM in week 4. In twee series van tien herhalingen. De hoogintensieve intervaltraining (HIIT) bestaat uit blokken van afwisselend vier minuten trainen op BORG 15-17 en/of > 85% h<sub>max</sub> – drie minuten rust.

Daarnaast is er aandacht voor het bevorderen van een actieve leefstijl. Minimaal 60 minuten training op lage intensiteit, zoals wandelen of fietsen op de dagen dat er niet onder supervisie getraind wordt. Ontspanning, ademhalingsoefeningen en adviezen over rust en slaap zijn ook onderdeel van het programma.

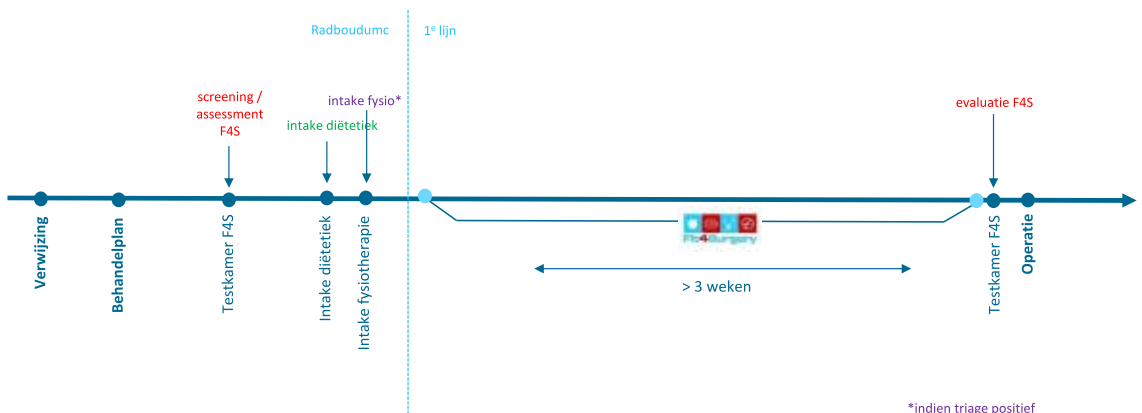
*... goede palliatieve zorg kan voorkomen dat mensen het ziekenhuis herhaaldelijk in en uit gaan ...*

In het Radboud is de grondgedachte dat iedereen moet prehabiliteren. De helft van de patiënten is ouder dan 65 jaar en de gemiddelde leeftijd is boven de 70. Het protocol is minder goed toepasbaar bij patiënten die kwetsbaar zijn. Zij hebben meer begeleiding nodig of houden het programma niet vol. Er zijn nog geen gegevens hoe het protocol aangepast moet worden aan kwetsbare ouderen en laag belastbare patiënten. Daar wordt nu onderzoek naar gedaan.

Om een beeld te krijgen van hoogrisicopatiënten, is het belangrijk om een preoperatieve risico-inschatting te maken. Bij die screening wordt er onder meer gekeken naar de cardiorespiratoire fitheid.

Aangezien niet elke patiënt hetzelfde is, moet je zoeken waar de motivatie ligt. Wel de algemene principes van het prehabilitatieprotocol volgen, maar zorg dat de interventie passend is. Kortom: samen beslissen over

## Metrolijn F4S



Dia uit de presentatie Prehabilitatie bij ouderen binnen Fit4surgery. Traject Fit4surgery binnen het Radboudumc.



Fotograaf: Marjolijn de Graaf

Darcy Ummels

passende zorg aan die aansluit bij de fysieke fitheid, context en persoonlijke voorkeur van de patiënt. Meer weten? Aanvullende informatie is te vinden op de website van het [Radboudumc](#) en op de site van de [Stichting Fit4Surgery](#).

### ***Kansen en uitdagingen bij de inzet van technologie bij ouderen***

Darcy Ummels schreef een proefschrift over het gebruik van activity trackers in de gezondheidszorg. Zo'n 72% van de aanwezigen in de zaal geeft in een digitale stemming aan technologie te gebruiken op het werk, zoals Silverfit, smartwatch, stappenteller op de telefoon en digitale huiswerk oefeningen. Op de vraag waar men tegenaan loopt met de zorgtechnologie geeft de zaal aan: instrueerbaarheid van de verpleging, instrueerbaarheid van de patiënt, financiering, niet voldoende geschikt voor de doelgroep, implementatie en geen tijd. Uit de literatuuronderzoek komen een aantal barrières naar voren voor het gebruik van technologie bij ouderen: audiovisuele beperkingen; verminderde fijne motoriek; het gevoel hebben niet voldoende technologische kennis te hebben; eerder negatieve ervaringen; angst

om iets van de fysiotherapeut kapot te maken; angst dat fysiek contact minder wordt of helemaal verdwijnt; het idee dat telefoons alleen voor sociale contacten zijn en niet voor gezondheid; kosten; angst voor verlies van privacy, bang dat data bij de zorgverzekeraar terecht komt. Als voorbeeld van dat laatste, zijn sommige patiënten met COPD bang dat de zorgverzekeraar hun gegevens van de activiteitenmeter kunnen inzien en dan de vergoeding voor fysiotherapie korten. Ummels geeft een aantal tips hoe we kunnen omgaan met de barrières. Ten eerste helpt goede voorlichting en uitleg. Als je het goed uitlegt, lukt het bij de meesten wel. Veel 75-plussers hebben immers ook een smartphone. Het helpt ook dat je na je uitleg vraagt: wat heb ik nu verteld? Je kunt ook vertellen dat er soms iets fout gaat, en dat dat niet erg is. Geef dan manieren hoe problemen zijn op te lossen. Leg ook uit dat het fysiek contact niet minder wordt, maar dat je met technologie nog beter kan helpen. Wat betreft de angst voor verlies van privacy, vertel je waarom je wilt meten en maak je afspraken zodat mensen weten wat ze kunnen verwachten. Bijvoorbeeld: ik kijk elke week naar je meetgegevens.

Bevorderende factoren voor het gebruik van technologie zijn: nieuwe vaardigheden willen leren; motivatie om leefstijl of gezondheid te veranderen; gevoel hebben genoeg ondersteuning te hebben in de eigen omgeving; kinderen of kleinkinderen hebben die technische problemen kunnen oplossen; het gevoel van controle hebben over de gezondheid.

Er zijn verschillende instrumenten die kunnen helpen bij de keuze van technologie. Zo helpt de [quickscan digitale vaardigheden](#) om erachter te komen wat je patiënt kan. De [checklist blended fysiotherapie](#) kan fysiotherapeuten helpen om het contact met de patiënt te integreren in een digitale toepassing, waarmee de patiënt zelfstandig aan zijn herstel kan werken.

### *... zorgprofessionals hebben dezelfde barrières voor het gebruik van technologie als de ouderen ...*

Zorgprofessionals hebben dezelfde barrières voor het gebruik van technologie als de ouderen: onzeker over voldoende kennis en scholing; kosten; twijfel over effectiviteit; onzekerheid over veiligheid data en privacy; niet weten wie ze moeten bellen als het niet lukt. Bevorderende factoren zijn: goede security, competitie om zorgmedewerkers aan de gang te krijgen, research en scholing.

Er zijn verschillende hulpmiddelen voor zorgprofessionals. Zoals de [zelftest digitale vaardigheden](#) om erachter te komen wat voor digitype je bent. De [wegwijzer meten met eHealth](#) is een hulpmiddel om e-Health toepassingen te vinden die aansluiten bij meetvragen. [Beweegetech.nl](#) helpt fysiotherapeuten om de juiste beweegzorgtechnologie te vinden. Verder zijn in de appstore verschillende fysiotherapieapps te vinden.

### **Co-creatie bij ouderen: gescheiden werelden samenbrengen**

Sanne van den Bergh laat in een sessie over co-creatie zien hoe succesvol dat kan zijn bij parkinson. Samen met ervaringsdeskundige Inge van den Broek illustreert ze haar verhaal met bruikbare voorbeelden over hoe de effectiviteit van je behandeling of zorgvernieuwing toeneemt als patiënten meer betrokken worden bij de inhoud. Co-creatie is een vorm van samenwerking, waarbij alle deelnemers invloed hebben op het proces en het resultaat van dit proces, zoals een plan, advies

of product. Dus samen bedenken, ontwerpen en implementeren. De samenwerking tussen alle betrokkenen is gelijkwaardig.

In [Zuidoost Nederland](#) werken zorgverleners, mensen met parkinson(isme) en hun naasten samen om de zorg voor patiënten met parkinson te verbeteren. Zorgverleners hebben net zoveel in te brengen als mensen met parkinson.

Een co-creatie kan op projectniveau en op individueel niveau. Bij co-creatie op projectniveau is het startpunt de behoefte van een grote groep. Er zijn dan veel verschillende perspectieven. Het eindresultaat is voor de groep. De verantwoordelijkheid ligt bij de projecteigenaar. Een mooi voorbeeld hiervan is een informatiekaartje dat ontwikkeld is voor de patiënten die net gediagnosticeerd zijn met parkinson. Het startpunt was de vraag vanuit de patiënt: Waar kan ik terecht? In het proces kwamen de perspectieven van patiënten, naasten, zorgverleners en organisaties bij elkaar. De deelnemers van het co-creatieproces hebben verschillende rollen. Er zijn adviseurs, testers en ambassadeurs. Het eindresultaat van deze co-creatie is een regionaal informatiekaartje. Met elkaar is er nagedacht over vorm, inhoud en implementatie.

Bij co-creatie in een een-op-eenproject is het startpunt de behoefte van een persoon. Zoals zorg op maat in de behandelkamer. Het startpunt is de behoefte van een individu. In een behandelkamer komen de perspectieven van zorgverlener en patiënt bij elkaar. Het resultaat komt de patiënt ten goede en de verantwoordelijkheid voor het slagen wordt samen met de patiënt gedragen.

Er zijn best wat uitdagingen voor co-creatie in de behandelkamer. Vanuit het perspectief van de zorgverlener zijn valpreventie, houdingsverbetering, slikken voorkomen en optimale symptoombestrijding belangrijk. Het perspectief van iemand met parkinson kan anders zijn: ik wil mijn oude leven terug, mijn hond uitlaten, werken, biljarten, spelen met mijn kleinkind.

Het co-creatieproces is altijd een iteratief proces. Je moet steeds opnieuw afstemmen, praten en begrijpen, proberen en luisteren.

Op de publiek toegankelijke website [www.watertoe-doet.info](http://www.watertoe-doet.info) staat een handig hulpmiddel om erachter te komen wat werkelijk belangrijk is. Dat bestaat uit vier vragen die patiënten kunnen helpen om erachter te komen wat voor hen belangrijk is in het leven. Dat ze help met zorgverleners en naasten te praten. Zodat het makkelijker is om keuzes te maken.

Co-creatie bij parkinson brengt de nodige uitdagingen met zich mee: cognitieve veranderingen, zoals trager denken, moeite met: filteren, concentratie, veel prikkels, woorden vinden, keuzes maken; verminderde mimiek; zachter en onduidelijker spraak; mobiliteit; vermoeidheid; off-periodes.

Mogelijke oplossingen voor deze uitdagingen zijn: omgeving aanpassen (kleine groep, een voor een praten, pauzes, rustruimte bieden, korte sessies, prikkelarme ruimte); tempo verlagen (van sessie en project); kans geven input vooraf of achteraf nog aan te vullen; duidelijke structuur, beperken keuzeopties; ondersteunen met afbeeldingen; individuele gesprekken i.p.v. groepsessies; online bijeenkomst, mensen thuis helpen met inloggen; tijdstip op de dag aanpassen; naasten betrekken.



Susanne de Vries en Niels Spruit, genomineerden Mieke van Gemert-prijs.

## Afsluitend plenaire gedeelte

### *Mieke van Gemert-prijs.*

Tijdens het laatste plenaire gedeelte van de dag presenteren de twee genomineerden voor de Mieke van Gemert-prijs hun onderzoek. De Mieke van Gemert-prijs is een aanmoedigingsprijs voor Master geriatriefysiotherapiestudenten en wordt jaarlijks uitgereikt voor het meest innovatieve afstudeerproject. De prijs draagt de naam van een zeer gewaardeerde collega, oud-voorzitter van de NVFG van 2001-2008. Omdat zij veel voor de beroepsvereniging heeft betekend, is na haar overlijden een prijs aan haar opgedragen. Het bestuur nomineert jaarlijks een aantal theses voor deze prijs. De prijs is bedoeld als stimulans om deze attitude en ontwikkeling van het vak te blijven voortzetten

De aanbieders van de masteropleidingen leveren twee scripties aan. De jury beoordeelt die aan de hand van een aantal criteria: toepasbaarheid, leesbaarheid en relevantie.

Niels Spruit ontwikkelde voor zijn masteropleiding aan AVANS+ een conceptproduct voor de behandeling van osteoporose.

Susanne de Vries wint de Mieke van Gemert-prijs voor haar afstudeeronderzoek aan de Hogeschool Utrecht. Zij deed onderzoek naar de afkapwaarde voor spierkracht gemeten met de Martin Vigorimeter bij de geriatrische patiënt. Daarvoor schreef ze een meetprotocol en nam op twee meetmomenten metingen af bij 33 geriatrische patiënten in het ziekenhuis. Ze vergeleek de handknijpkrachtmeter JAMAR met de Martin Vigorimeter en bepaalde daarmee de afkapwaarde om de handknijpkracht van de geriatrische patiënt die is opgenomen in het ziekenhuis te classificeren als voldoende of onvoldoende.

### *Reablement*

Tot slot deelt Lise Buma, geriatriefysiotherapeut en promovenda, haar kennis over het concept reablement waarbij ouderen meer in hun kracht gezet worden om zelfstandiger te kunnen functioneren. Vierenzestig procent van de aanwezigen in de zaal heeft wel eens van reablement gehoord. 'Wordt het ook uitgevoerd?', vraagt Buma. Daarop antwoordt 85% met: nee.

Reablement is een innovatief zorgconcept om iedereen zo lang en zoveel mogelijk zelfstandig te laten functioneren en de eigen regie te behouden. Op basis van persoonlijke doelen op participatievlak wordt een interdisciplinair programma op maat gemaakt. Het



uitgangspunt is: wat u zelf kunt, doet u zelf. Wat niet lukt, leren we u. Als het echt niet gaat, dan kijken we hoe het wel kan.

Reablement kan een oplossing zijn voor de tekorten in de zorg. ZonMW heeft een budget beschikbaar gesteld voor onderzoek naar reablement. Om beter te begrijpen wat het is, hoe effectief het is en welke kansen en bedreigingen er in Nederland zijn. Twee zorgorganisaties die al bekend zijn met reablement, hebben een subsidie gekregen om het programma verder op te schalen.

### *... is reablement geen oude wijn in nieuwe zakken? ...*

Is reablement geen oude wijn in nieuwe zakken? Zo nee, wat is er anders dan wat we nu al doen? In de huidige situatie werken de zorg en diensten met hetzelfde doel voor ogen, meer op eilandjes en langs elkaar heen. Reablement borduurt voort op al bestaande zorg en diensten. Het biedt een kapstok voor structurele samenwerking en gezamenlijke doelen voor het interdisciplinair team. Er is aandacht voor het sociaal domein en welzijn. En het is kortdurend en intensief. Buma deed een systematische review naar het effect van reablement interventies op het dagelijks functioneren en onderzocht wat de meest veelbelovende elementen zijn. Ze vond dat er veel variatie in uitkomstmaten was. Dat maakt vergelijken lastig. Van de twintig studies toonde de helft een significant effect op het dagelijks functioneren aan. Veelbelovende componenten waren: een gestandaardiseerde assessment en goal-setting, een interdisciplinair team met inzet van paramedi-

ci, interventies gebaseerd op (I)ADL-training, fysieke oefenprogramma's, educatie cliënt en mantelzorg, management van beperkingen (bijv. pijn).

Er loopt nu een studie in naar de implementatie van reablement in Nederland bij drie koplopers. Het doel is inzicht krijgen in hoe zorgaanbieders het implementeren van reablement ervaren, wat er goed en minder goed gaat, welke factoren een invloed hebben op de implementatie en wat we hiervan kunnen leren voor de toekomst. Uit focusgroepen komt naar voren dat reablement de interdisciplinaire samenwerking verbetert. Zo is er meer inzicht in elkaars professie en een gedeeld eigenaarschap. Op eenzelfde manier werken aan de doelen van de patiënt is een voorwaarde voor de samenwerking. Het management heeft als taak een cultuurverandering te stimuleren. Deelnemers aan de focusgroepen misten de continue dialoog met het management. Dat is wel een voorwaarde voor implementatie en het draagvlak.

De bekostiging is nog een belemmering voor reablement. De zorg kan niet geleverd worden op basis van wensen en behoeften van de patiënt, maar wordt bepaald door vergoedingsmogelijkheden. Er is dus behoefte aan een integraal bekostigingsmodel.

'Wat is nu de rol van de geriatriefysiotherapeut in het reablement-programma?' Volgens Buma: stimuleren en coachen van samen aan dezelfde doelen werken, zelfredzaamheid en zelfvertrouwen, educatie cliënt, mantelzorg en andere zorgprofessionals.

Terugkomend op de vraag die ze eerder stelde: is het dan geen oude wijn in nieuwe zakken? Conclusie: oude wijn is nog niet zo slecht. Oude wijn moet ook rijpen. Dit is een mooi linkje naar de borrel.

Het was wederom een inspirerende dag en we kijken uit naar volgend jaar.

## De richtlijn parkinson



Onlangs bedachten we in ons team dat het een goed idee zou zijn om ons handelen rondom de ziekte van Parkinson eens tegen het licht te houden. De verpleeghuispopulatie is een lastig te oefenen doelgroep bij deze ziekte.

Voor een deel komt dat omdat het motorisch niveau van verpleeghuisbewoners dermate laag is, dat er vaak maar weinig mogelijkheden zijn voor een zinnige therapeutische interventie.

Het motorisch niveau van patiënten met parkinson wordt meestal gekarakteriseerd met behulp van de Hoehn en Yahr categorieën (HY). De HY-categorieën lopen van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor unilaterale symptomen en geen of nauwelijks functionele beperkingen en 5 voor volledige bed- en rolstoelgebondenheid. De meeste verpleeghuisbewoners lijken tussen HY 4 en 5 te zitten waarbij 4 staat voor ernstige beperkingen in activiteiten met nog wel zelfstandige mobiliteit. Verpleeghuisbewoners lopen vaak met hulp of onder toezicht. Het is deze groep waar je als fysiotherapeut verwijzingen voor krijgt om het lopen en de balans te verbeteren. De evidence uit de richtlijn blijkt beperkt tot de HY categorie 2-3. Voor die doelgroep blijkt er bewijs te zijn dat fysiotherapie effectief is. De richtlijn helpt dan niet echt omdat men alle interventies groepeerd onder de overkoepelende term *conventionele fysiotherapie*. Wat dat precies is, met welke intensiteit en frequentie per week de behandeling moet worden uitgevoerd, wordt ook in de verantwoording niet uitgelegd. Er zat toen niet veel anders op dan de achterliggende literatuur uit de bronnenlijst maar eens door te gaan vlooien. En dat was toch wel weer heel erg boeiend. Wat mij eerder nooit zo duidelijk was, is dat aanwezige spierkracht als voorwaarde voor motoriek bij neurologische beelden als parkinson zo'n grote rol speelt. Dit is dan naast de invloed die de niet goed functionerende basale kernen al op de motoriek hebben. Direct beïnvloeden van de functie van basale kernen is voor

een fysiotherapeut mogelijk lastig, maar krachttraining kunnen wij uitstekend. Langs die weg is er veel herstel mogelijk van zelfstandige motoriek volgens verschillende bronnen. Volgens sommige auteurs is het effect van een krachttrainingsprotocol met fitnessapparatuur en therabanden vergelijkbaar met het effect van Levodopa en zelfs deep brain stimulation op bewegingsinitiatie en stapsnelheid.

Wat ook erg opvallend was, is dat er een breed gedragen visie is op de rol van spierkracht bij startproblematiek en freezing. Op basis van onderzoeken met krachtenplatforms en videoanalyse wordt duidelijk dat parkinsonpatiënten (evenals alle kwetsbare ouderen) moeite hebben om hun lichaamszwaartepunt (center of mass) te verplaatsen ten opzichte van het centrum van het steunvlak tussen de voeten (center of pressure). Als het lichaamszwaartepunt zich steeds verder van het centrale steunpunt af beweegt, wordt er steeds meer spierkracht gevraagd van verschillende spiergroepen die voor de balans zorgen. Als er onvoldoende spierkracht voorhanden is, gaat dit moeizaam tot niet, heb je veel spierkracht, dan gaat dit vlotter. Dit treedt bijvoorbeeld op bij de laterale bekkenverplaatsing in de pre-swingfase, net voor het gaan lopen. In de literatuur heeft men het over de ontkoppeling van de centre of mass ten opzichte van de center of pressure. Voor lopen is een vlot lopende ont koppeling een voorwaarde, ook bij kwetsbare ouderen met een loopstoornis. Deze wordt bij parkinsonpatiënten bemoeilijkt door slecht functionerende basale kernen, maar weer gefaciliteerd door voldoende spierkracht van relevante spierengroepen. Wat uit de literatuur ook duidelijk wordt is dat gemiddeld gesproken parkinsonpatiënten veel minder spierkracht hebben dan hun leeftijdsgenoten. Dit is een duidelijk probleem, maar ook een kans, want spierkracht is immers goed trainbaar. En dit geldt gelukkig ook voor de mensen uit HY 4-plus groep.

John Branten  
Geriatricfysiotherapeut.

# De verbindende kracht van eindelevensverhalen



Onlangs is het tweede boek over eindelevensgesprekken en -verhalen van de Vlaamse Hilde Ingels uitgekomen. Waar in het eerste boek vooral de kant van de persoon in de laatste levensfase belicht werd, besteedt dit boek vooral aandacht aan de rol en de taak van de schrijver van de eindelevensverhalen.

Het eindelevensgesprek is ontwikkeld door de stichting [Amfora](#). Sinds 2020 leidde Amfora al bijna 150 zorgverleners en vrijwilligers op tot *eindelevensverhalenschrijver*. Tijdens die opleiding leert iemand om een interview af te nemen, een vlot verhaal te schrijven en dit vorm te geven in een mooi boekje.

Op de cover lezen we dat de schrijvers in dit boek hun kennis en ervaring hebben gebundeld. Ze nemen je stap voor stap mee in de aanpak van zo'n gesprek en hoe je dit uitwerkt tot een neergeschreven eindelevensverhaal. En dat doen ze goed.

Het boek is ingedeeld in negen hoofdstukken en de inhoud bouwt zich op van het ontstaan en de kenmerken van het eindelevensgesprek, naar de werkwijze tot de rol van het gesprek in de toekomst.

Zoals de titel al doet vermoeden beschrijft het hoofdstuk *Hoe ga je concreet te werk* het hele proces van het schrijven van het verhaal. Ook hier is een goede voorbereiding van de schrijver het halve werk. Heeft de persoon echt zelf de behoefte om zijn verhaal te doen en is het niet louter de wens van een naaste? Zijn het tijdstip en de ruimte geschikt? De betrokkene hoeft zich juist niet voor te bereiden. Dit geeft meer spontaniteit in het gesprek. Tijdens het gesprek neemt de schrijver de luisterende rol aan en is alle aandacht gericht op de persoon en het gesprek. Het gesprek gaat niet over feiten, maar over gevoelens en gedachten; wat maakt iemand gelukkig, waar is iemand dankbaar voor, hoe wil iemand herinnerd worden? In principe bestaat een interview uit één gesprek van maximaal een uur. Binnen die tijd is vaak de essentie al aan de orde gekomen. Dan is de tijd gekomen om te schrijven, het liefst zo

snel mogelijk na het interview. Het verhaal bestaat uit een kort *intro* over de persoon en een *fullquote*-verhaal met als kern de emotionele nalatenschap. Hierbij probeert de schrijver delicate zaken op een zachte genuanceerde wijze te verwoorden. Samen met een paar foto's kan er dan een mooi geheel van gemaakt worden en kan het boekje binnen een paar weken aan de persoon overhandigd worden.

Een mooie aanvulling is nog het hoofdstuk met praktische vragen, die vaak gesteld worden tijdens de trainingen. Ga je naar een uitvaart? Wat doe je wanneer nabestaanden contact met je opnemen?

Het boek is heel praktisch en met veel gevoel geschreven. Na het lezen is het duidelijk wat er nodig is om een eindelevensverhaal te schrijven. Het zou mooi zijn wanneer deze vorm van zorg ook in Nederland beschikbaar zou zijn. Op de site zie ik alleen nog maar cursusmogelijkheden in België staan. Maar daar zal binnenkort vast wel verandering in komen.

Auteurs: Hilde Ingels & Michèle Morel

Uitgever: Owl Press

ISBN: 9789072201676

Prijs: 24,99 euro

Aantal pagina's: 151

Ank Mollema,

Geriatricfysiotherapeut.

