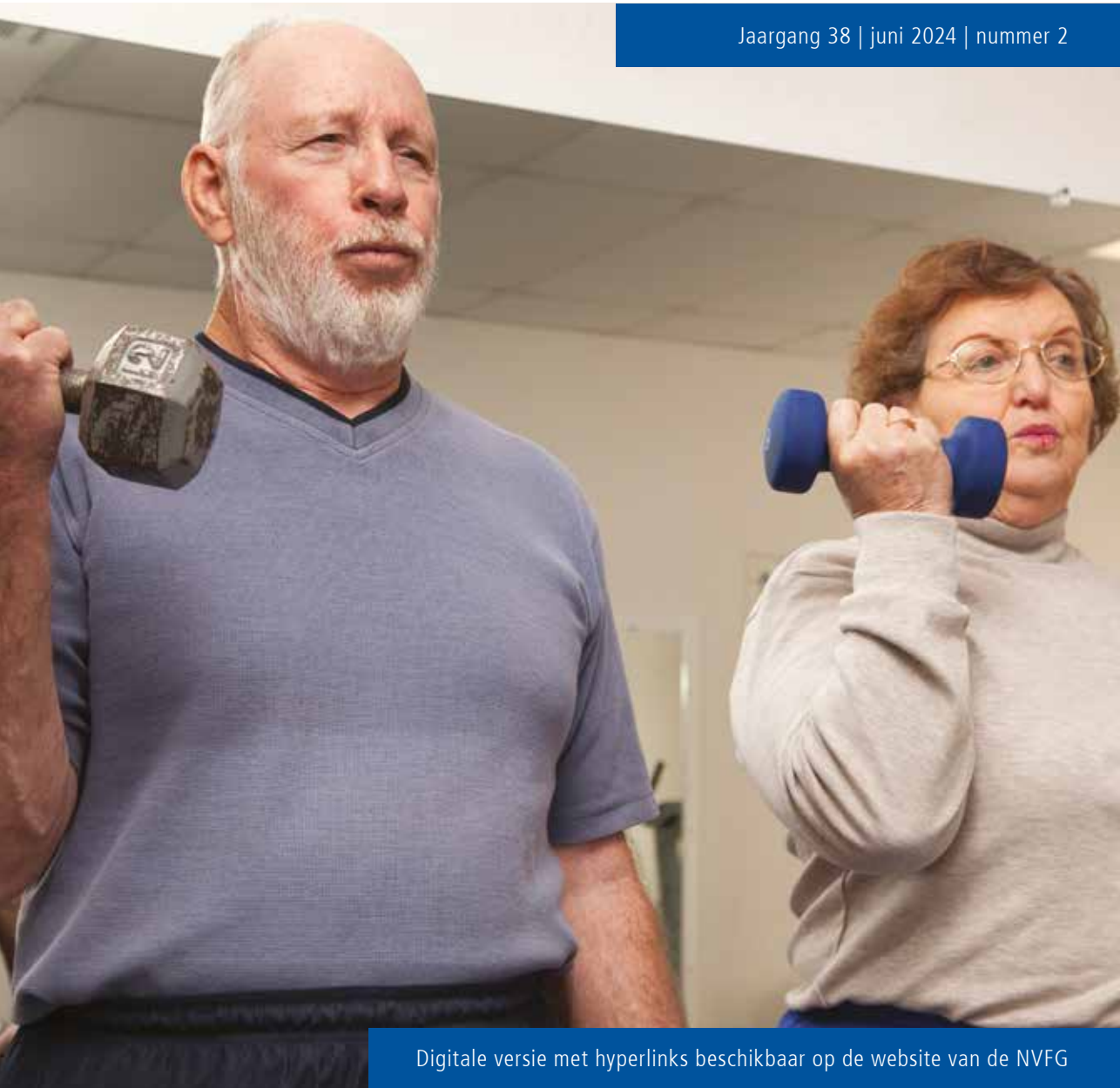


Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie

Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Jaargang 38 | juni 2024 | nummer 2



Digitale versie met hyperlinks beschikbaar op de website van de NVFG

- ProMuscle leefstijlinterventie
- Shared decision making, wordt er wel naar patiënten geluisterd?
- Afkapwaarde voor spierkracht met de Martin Vigorimeter

NVFG jaarcongres 'Teamwork makes the dream work'

11 oktober 2024



**Nederlandse Vereniging
voor Fysiotherapie in de Geriatrie**
Aangesloten bij KNGF

nvfg.kngf.nl

voor inschrijven | programma | sprekers | locatie

LOOPREVALIDATIE & VALPREVENTIE BIJ KWETSBARE OUDEREN

Tijdens deze scholingsdag gaan we uitgebreid in op de wetenschappelijke achtergronden en de praktijk van het revalideren van het opstaan, lopen en gaan zitten bij de meest kwetsbare ouderen en verpleeghuisbewoners. Je leert een biomechanische bewegingsanalyse en toegesneden krachttraining uit te voeren en valpreventietraining in te zetten.

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

Locatie: in uw organisatie of bij De Waalboog in Nijmegen

Kosten: € 275,-

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

Aanmelden of interesse: looprevalidatie@waalboog.nl



www.waalboog.nl/looprevalidatie

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

Voorwoord



Op 7 maart van dit jaar bezocht ik de Parkschouwburg in Hoorn. Daar spreekt Marije Holstege ten overstaan van een breed publiek met familie, vrienden, collega's en andere geïnteresseerden haar lectorale rede uit. Tijdens deze feestelijke gebeurtenis licht zij haar onderzoeksplan-

nen toe. Met haar bijzonder lectoraat wil zij de geriatrische revalidatie helpen optimaliseren en innoveren door samen met anderen te werken aan oplossingen voor uitdagingen als steeds meer complexe zorgvragen en personeelstekort.

In de trein terug naar huis overdenk ik wat ik allemaal op deze inspirerende dag heb gehoord. Sowieso lijkt het me goed om Marije een podium te geven in deze editie van het NTGF. In het interview met Marjolein Streur legt ze haar plannen voor de toekomst voor ons nogmaals uit.

In het voorprogramma die middag is er een panelgesprek. Joris Arts, een van de panelleden, is ruim twintig jaar werkzaam in de zorg, onder andere als ziekenhuisapotheker en zorgbestuurder. Hij heeft gewerkt in het ziekenhuis, de huisartsenzorg, de GGZ en in de ouderenzorg. Hij kijkt naar andere sectoren op zoek naar manieren om de zorg te verbeteren. Uitdagingen als personeelstekorten en financiële druk, waar we in de zorg mee te maken hebben, zijn in andere sectoren vaak allang opgelost. In plaats van de zoveelste pilot te starten, kunnen we in de zorg een best practice uit een andere sector ook gewoon overnemen, betoogt Arts. De beste ideeën komen vaak voort uit de grootste uitdagingen. Als voorbeeld noemt hij IKEA. De meubels werden vroeger in Oost-Europa gemaakt. Het vervoer ervan was moeilijk en duur. Producten raakten onderweg vaak beschadigd. Zo ontstond het idee om de poten van de tafels te halen. Dit leidde tot het idee van zelfmontage en een platte verpakking. Ank Mollema schreef een recensie over het boek van Arts waarin hij 46 eyeopeners geeft over wat de zorg kan leren uit andere sectoren.

In een gedachtesprong kwam ik van *vervoer de meubels* op *vervoer van mensen*, in het bijzonder vervoer van ouderen mensen met een lage sociaaleconomische positie.

David Suárez Alemán deed onderzoek naar ProMuscle, een bewezen effectieve leefstijlinterventie van krachttraining en eiwitrijke voeding. Hij vond dat vervoer vaak een belemmering is voor mensen met een lage sociaaleconomische positie om mee te doen aan zo'n interventie. Kunnen we voor dat probleem dan geen oplossing verzinnen? Wat kunnen we leren van andere sectoren? Bijvoorbeeld de toeristenindustrie, 24/7 rijden er pendelbussen van en naar Schiphol. Of de festivalbranche, waar de organisatie van Paaspop bezoekers oproept om zoveel mogelijk met de pendelbus naar het festivalterrein te komen. Wat is ervoor nodig om een pendeldienst kleinschalig in een wijk te organiseren? Om het makkelijker te maken voor ouderen die niet veel te besteden hebben om te werken aan het behoud van hun zelfstandigheid.

Namens de redactie een fijne zomer en veel inspiratie en leesplezier gewenst.

Shanty Sterke
Hoofdredacteur

Colofon

Het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie verschijnt vier keer per jaar in Nederland en België en is gericht op fysiotherapeuten werkzaam in de geriatrie. Het wordt uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

Secretariaat NVFG:

E-mail: secretaris@nvfgnet.nl

website NVFG: www.NVFGnet.nl

38e jaargang, nummer 2, juni 2024,
oplage 775 exemplaren

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

Hoofredactie: Shanty Sterke

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

Met medewerking van: John Branten

Redactieadres: Shanty Sterke

E-mail: redactie@nvfgnet.nl

Kopij kunt u te allen tijde indienen bij de hoofredactie.

Advertenties: Cross

Sjaak Bruins | E-mail: sjaak@cross.nl

Telefoon: 010-760 73 26 | www.cross.nl

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

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

ISSN: 1380 - 8125

Inhoudsopgave:

Blz.

- | | |
|--|----|
| ■ Geriatrische revalidatie moet slimmer en leuker.
Interview met Marije Holstege | 5 |
| ■ Shared decision making, wordt er wel naar
patiënten geluisterd? | 8 |
| ■ Belemmerende en bevorderende factoren van 65-plussers
in een lage sociaaleconomische positie om mee te doen
aan een leefstijlinterventie | 21 |
| ■ Afkapwaarde voor spierkracht gemeten met de
Martin Vigorimeter bij de geriatrische patiënt | 34 |
| ■ De mening van John Branten | 42 |
| ■ Recensie | 43 |

Geriatrische revalidatie moet slimmer en leuker

Interview met Marije Holstege

Tekst: Marjolein Streur



Marije Holstege groeide uit van fysiotherapeut in de ouderenzorg naar bijzonder lector Geriatrische Revalidatie. Binnen het lectoraat houdt ze zich bezig met de vraag hoe ouderen zo optimaal en efficiënt mogelijk kunnen revalideren met behulp van innovatieve interventies. Slim en samen, zijn twee woorden die hierbij centraal staan.

Het bijzonder lectoraat is ingesteld door zorgorganisatie Omring bij Hogeschool Inholland. 'Het is bijzonder dat een zorgorganisatie dat doet', vertelt Holstege, 'dat gebeurt niet veel. Binnen Omring is echt een visie om het onderzoek strategisch te positioneren en een belangrijke positie te geven in de praktijk. Ik ben daar gestart als hoofdonderzoeker en we hebben het Topcare-predicaat behaald. De samenwerking met Hogeschool Inholland was er ook, en zo hebben het we het uitgebouwd. Dit past mooi bij mijn eigen ambities én die van Omring.'

Holstege richt zich vooral op het slimmer vormgeven van de geriatrische revalidatie. Het behoeft geen toelichting dat er steeds meer kwetsbare ouderen zijn, en dat er meer mensen te behandelen zijn met minder personeel. 'Het is de uitdaging om de zorg toegankelijk te houden, bemensbaar en van goede kwaliteit. Hiervoor zijn innovatieve interventies nodig, met ondersteuning van digital health. Het kan niet alleen slimmer en leuker, het móét ook.'

Twee onderzoekslijnen

Om dit te bereiken zijn er twee onderzoekslijnen. De eerste heet *Slimmer met innovatieve interventies*. Deze gaat onder andere over het revalideren vanuit huis en hoe je dit het beste vorm kunt geven. 'Om thuisrevalidatie beter te organiseren moeten we slimmer samenwerken, het sociale netwerk inschakelen, wijkverpleging eerder betrekken en scholen in revaliderend verplegen, en zorgen voor een betere overgang naar huis. Dat valt allemaal onder innovatieve innovaties. Daar liggen ook kansen van de inzet van technologie, wat de tweede onderzoekslijn is.

De tweede lijn is namelijk: Slimmer met inzet van digital health op blended wijze. Dit gaat over het gebruik van zorgtechnologie. Denk bijvoorbeeld aan het inzetten van revalidatie-apps die het zelfstandig oefenen ondersteunen en zelfmanagement vergroten, het monitoren van activiteiten of de inzet van beeldbellen. Inzet van zorgtechnologie kan de kwaliteit van de revalidatie

CV

Marije Sara Holstege (1980) studeert in 2003 (cum laude) af als fysiotherapeut aan de Hogeschool van Amsterdam. Zij werkt acht jaar in de ouderenzorg en geriatrische revalidatie.

In 2009 studeert zij met de Master Evidence Based Practice in Health (MEBP) aan de Universiteit van Amsterdam af tot klinisch epidemioloog.

Van 2010 tot en met 2016 werkt zij naast fysiotherapeut als klinisch epidemioloog binnen een research and development-team in een ouderenzorgorganisatie. In die periode is zij betrokken bij diverse projecten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en uitkomsten voor kwetsbare ouderen.

Van 2011 tot en met 2017 doet zij (parttime) promotieonderzoek in het LUMC (afdeling Public Health en

eerstelijngeneeskunde) naar verschillende aspecten van organisatiestructuur en revalidatieprocessen in geriatrische revalidatie in relatie tot de uitkomst 'succesvolle revalidatie'. Titel en link naar het proefschrift: [The road to successful geriatric rehabilitation](#) .

Vanaf 2016 werkt Holstege als senior onderzoeker en directieadviseur bij diverse zorgorganisaties.

In 2018 start ze als hoofdonderzoeker voor GRZPLUS en Omring en als wetenschappelijk strategisch adviseur van de Raad van Bestuur van Omring. Deze werkzaamheden combineert ze met zelfstandig wetenschappelijk advies onder de naam science2care. Sinds september 2022 is Marije bijzonder lector Geriatrische Revalidatie door Omring bij Hogeschool Inholland.

verbeteren bovendien de revalidatie ook leuker maken. Een recent voorbeeld hiervan is onderzoek naar de ontwikkeling en inzet van augmented reality bij mensen die revalideren na een CVA. 'Dit virtueel museum zetten we in bij mensen met een neglect als onderdeel van de visuele scanning. In de ruimte worden schilderijen geprojecteerd, en mensen moeten dan op zoek naar die schilderijen. Zodra iemand het schilderij vindt, speelt zich een video af. Revalidanten geven aan dat ze graag de thema's van de video's zouden willen bepalen, zodat ze bijvoorbeeld filmpjes krijgen te zien uit de regio waar diegene vandaan komt, gekoppeld aan het geboortjaar of hobby. Hierdoor wordt het meer gepersonaliseerd. Daarbij biedt deze technologie de mogelijkheid om de oogbewegingen te monitoren, je kunt dan zien hoe er gezocht wordt en hoe iemand de omgeving benadert. Dit geeft inzicht in de voortgang van de revalidatie. Om dit goed in te kunnen zetten is praktijkgericht onderzoek nodig naar de doorontwikkeling van het virtueel museum. In samenwerking met de revalidanten, zorgprofessionals het onderzoeksteam en game-developers brengen we het onderzoek en de praktijk echt samen.'

De twee onderzoeklijnen staan niet los van elkaar. 'Het een kan niet zonder het ander', licht Holstege toe. 'Mensen kunnen alleen eerder naar huis en optimaal thuis revalideren als we zorgen voor een betere samenwerking in de keten en geïntegreerde inzet van

e-health. Het vraagt een andere manier van werken en een herontwerp van onze huidige behandelpaden. Belangrijk is dat we praktijkgericht onderzoek doen naar de inzet van zorgtechnologie altijd in co-creatie met onderzoek, onderwijs, praktijk en leveranciers. Alleen samen kun je ervoor zorgen dat toepassingen ook echt bruikbaar en haalbaar zijn bij deze doelgroep.'

Evidence verzamelen

Veel evidence over e-health in geriatrische revalidatie is er nog niet. 'We weten dat het potentiële meerwaarde heeft. Uit systematische reviews weten we dat simpele interventies, en met name blended interventies, het meeste effect geven. Inzet van e-health bleek minstens zo effectief te zijn in het optimaliseren van het functioneren in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Maar daarvoor is het wel nodig om het behandelpad anders in te richten. De inzet van e-health is niet iets wat je erbij doet, maar het is belangrijk dat het wordt geïntegreerd in de behandeling. Waarbij behandelingen die eerst face tot face plaats vonden nu -deels of volledig- digitaal plaats kunnen vinden. Uit onderzoek bij mensen die revalideren na een heupfractuur, weten we bijvoorbeeld dat het monitoren van activiteiten door middel van een draagbare sensor daadwerkelijk helpt beter balans te krijgen in belasting en belastbaarheid. Het helpt revalidanten ook om zich zekerder te voelen en daarbij worden ze gestimuleerd om meer te bewe-

gen. Dat draagt bij aan zelfstandigheid en optimaal herstel. En de behandelaren konden de revalidanten gericht feedback geven en beter het herstel monitoren. Maar er zijn nog meer goede nieuwe studies nodig om te onderzoeken welke technologie waarde kan toevoegen aan de revalidatie, wat de werkzame elementen precies zijn en wat er nodig is om dit zo goed mogelijk te implementeren. Het is van belang hierin verschillende perspectieven mee te nemen: de organisatie, de zorgprofessional en de revalidant en diens naasten. En altijd vanuit de vraag uit de praktijk.'

Zorgprofessionals meenemen

Bij zorgprofessionals ziet Holstege zeker de behoefte aan het anders werken. Wel is daar ondersteuning nodig bij die verandering. 'Wat we zien is dat zorgprofessionals het soms spannender vinden dan revalidanten zelf. Ze moeten best een drempel over om mensen eerder met ontslag naar huis te laten gaan, of hebben er niet direct vertrouwen in dat de revalidant met de digitale hulpmiddelen overweg kan. Terwijl de revalidant soms tegen de verwachting in heel positief reageert op de inzet van e-health. Als we weten dat het werkt is het motto: Just do it. Daarbij is wel van belang dat de implementatie goed wordt ondersteund. Zorgprofessionals moeten betrokken zijn

in het ontwerp van de andere manier van werken en daarin goed worden ondersteund door bijvoorbeeld scholing.'

Blik in de toekomst

Wat hoopt Holstege bereikt te hebben over tien jaar? 'Ik hoop dat we dan echt anders kijken naar hoe we de zorg inrichten en ik hoop dat we technologie dan optimaal benutten. Dat blended zorg de standaard is. Dat we door inzet van zorgtechnologie aantoonbaar de kwaliteit van zorg voor de revalidant verbeteren. Dat mensen optimaal zelfmanagement hebben, meer eigen regie en betere revalidatieuitkomsten. En natuurlijk dat de zorg toegankelijk blijft. Daarbij hoop ik dat de nieuwe manier van werken bijdraagt aan het werkplezier van professionals en natuurlijk aan de manier waarop de revalidanten de begeleiding ervaren. Dat zijn de doelen, en wij gaan nu aan de slag om met praktijkgericht onderzoek een bijdrage te leveren aan de kennis over wat werkt en hoe we het slimmer en samen kunnen organiseren.'

Meer weten?

Wil je meer lezen over het onderzoek in het lectoraat; kijk dan op <https://www.inholland.nl/onderzoek/lectoraten/geriatrie-revalidatie/>

Oproep om ervaringen met agressie te delen

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

Voor een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie zijn wij op zoek naar collega's die hier iets over willen vertellen. Heb jij hiermee te maken gehad? Hoe ga je daar mee om? Leg je het makkelijk naast je neer of heb je er echt last van? Is er aandacht voor in de opleidingen? En zo ja, kwam dit onderwerp tijdens je opleiding of een nascholing aan bod?

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

Kortom, we willen dit probleem vanuit verschillende invalshoeken benaderen en we zijn benieuwd naar jullie ervaringen. Als je het niet fijn vindt om met je naam in het artikel te staan, dan houden we het anoniem.

Wil je iets met ons delen? Stuur dan een mail naar redactie@nvfgnet.nl.

Shared decision making (SDM)

Wordt er wel naar patiënten geluisterd?

Kimberley Pot-Kampman en Sipke Douma



Dit is een kwalitatief onderzoek naar de mening en de werkwijze van geriatriefysiotherapeuten (in opleiding) over shared decision making (SDM).

Zesentwintig respondenten, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns, vulden een vragenlijst in en namen vervolgens deel aan een focusgroepsinterview. SDM wordt voornamelijk toegepast bij beslissingen op microniveau (keuze oefeningen, individuele- of groepsbehandeling, behandel frequentie e.d.). Beperkte kennis en kunde, tijdsbesteding, beperkte aanvullende verzekering, zorgverzekeringsvereisten en financiële bezuinigingen lijken SDM te bemoeilijken.

Auteursgegevens: Kimberley Pot-Kampman is geriatriefysiotherapeut bij Fysiotherapie Engbersen in Almelo. Sipke Douma is docent MSPT bij Avans en werkzaam als klinisch psycholoog bij Pro Persona.

Correspondentie: kimberleykampman@hotmail.com

Inleiding

Binnen de geriatrische doelgroep is behoud van autonomie van belang, omdat dit een positieve invloed heeft op mentale gezondheid, fysieke gezondheid en de levensverwachting.¹⁻⁴ Daarnaast blijkt dat er een correlatie bestaat tussen de kwaliteit van leven, onafhankelijkheid, individualiteit en behoud van autonomie.⁵ Om behoud van autonomie tijdens het fysiotherapeutische proces te stimuleren wordt er aanbevolen gebruik te maken van shared decision making (SDM), ook wel samen beslissen genoemd.⁶⁻⁸

De uitvoering van SDM is beschreven door Glyn Elwyn en zijn onderzoeksgroep en bestaat uit drie fases.⁹

1. Team talk: uitleggen dat er een keuze is en dat de overwogen opties als team worden besproken. Deze fase wordt soms ook wel choice talk genoemd.
2. Option talk: mogelijke opties en hun voor- en nadelen worden besproken.
3. Decision talk: erachter proberen te komen wat voor de patiënt van belang is, de patiënt helpen een voorkeur te formuleren en samen tot een beslissing te komen.

Naast behoud van autonomie heeft SDM het doel patiëntparticipatie te versterken en zelfmanagement te ondersteunen, wat resulteert in meer tevredenheid, therapietrouw, betrokkenheid en een beter geïnformeerde patiënt.^{10,11} Het blijkt dat een beter geïnformeerde patiënt resulteert in minder twijfel, minder spijt, minder operaties en lagere zorgkosten.^{12,13} Patiënten willen graag willen meebeslissen binnen zorgtrajecten, maar die mogelijkheid wordt in veel gevallen niet (voldoende) geboden.¹⁴⁻¹⁹ Hierbij worden bijvoorbeeld niet alle behandelopties aangegeven, kunnen patiënten niet hun voorkeur uitspreken, handelen zorgprofessionals vanuit eigen perceptie en/of zijn patiënten er niet van op de hoogte een keuze te hebben.^{14,20} SDM draagt bij aan het verminderen van deze disbalans in macht tussen patiënt en zorgverlener.²¹⁻²³

Zowel binnen het fysiotherapeutische beroepsprofiel als binnen de richtlijnen die geriatriefysiotherapeuten hanteren, wordt samen beslissen benadrukt en/of gesteld dat dit de norm moet zijn en onderstrepen

zij de relevantie van kwaliteit van leven, autonomie, therapietrouw in combinatie met het handelen op basis van samenspraak.²⁴⁻²⁷ Ondanks de intentie van zorgverleners om patiënten actief te betrekken bij besluitvorming, gaf slechts 37% van de patiënten aan betrokken te zijn, in tegenstelling tot de beweerde hoge betrokkenheid van zorgverleners.²⁸ Daarom is in september 2021 de campagne *Samen Beslissen* gelanceerd, met betrokkenheid van vijftien disciplines.²⁸ Het doel hiervan was om zorgprofessionals meer bewust te maken van de relevantie van SDM en de toepassing van SDM te stimuleren. Echter is gebleken dat er nog te weinig gebruik wordt gemaakt van SDM en dat de campagne niet heeft bijgedragen aan gedragsverandering.¹⁷ Om inzicht te krijgen waar in het proces van verandering zorgmedewerkers zich bevinden, kan gebruikgemaakt worden van de fasen en stappen in het proces van verandering van zorgverleners en teams van Wensing en Grol.²⁹ Dit model stelt dat de fasen oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering

.... patiënten willen graag willen meebeslissen binnen zorgtrajecten, maar die mogelijkheid wordt in veel gevallen niet voldoende geboden

en behoud benodigd zijn om gewenste gedragsverandering te integreren. De oriëntatiefase heeft tot doel bewustzijn te creëren, interesse te wekken en betrokkenheid te bevorderen bij de voorgestelde verandering. In de inzichtsfase wordt de innovatie duidelijk uiteengezet, met als doel dat de doelgroep erkent dat de huidige werkwijze niet langer acceptabel is. De acceptatiefase richt zich op het motiveren van de doelgroep om daadwerkelijk veranderingen door te voeren, waarbij zij ervan overtuigd moet zijn dat de verandering zinvol, haalbaar en een verbetering is. In de veranderingsfase wordt actief gestart met het implementeren van de nieuwe werkwijze en binnen de behoudsfase wordt deze nieuwe aanpak een vast onderdeel van de dagelijkse routine.

SDM kent belemmerende factoren binnen de geriatrische doelgroep.³⁰ Genoemde barrières zijn verminderde cognitie en fysiek functioneren van de patiënt, onbekwaamheid van therapeuten, tijdsdruk en hoog verloop van patiënten. Er zijn geen onderzoeken beschikbaar waarbij uitsluitend geriatriefysiotherapeuten zijn geïncludeerd, maar er zijn wel onderzoeken beschikbaar waarbij zorgprofessionals met ervaring in de ouderenzorg een klein percentage vormen van de totale onderzoekspopulatie.³⁰⁻³⁴

.... de meeste respondenten nemen vaak zelf beslissingen, soms op verzoek van de patiënt

De probleemstelling is, dat ondanks dat onderzoeken laten zien dat het gebruik van SDM voordelen met zich meebrengt, en dat samen beslissen wordt aangeraden in verschillende richtlijnen, dit in de praktijk nog te weinig wordt toegepast. Daarbij zijn er geen onderzoeken voorhanden waarbij onderzoek wordt verricht met uitsluitend geriatriefysiotherapeuten als onderzoekspopulatie, maar toont literatuur wel belemmeringen voor het toepassen van SDM bij geriatrische patiënten, dit houdt in dat er sprake is van een hiaat in de beschikbare literatuur.

Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Wat is de ervaring met en mening over het gebruik van SDM door geriatriefysiotherapeuten (i.o.) binnen de eerste- en tweedelijns fysiotherapie?

Methodie

Onderzoekdesign

Kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd waarbij zowel geriatriefysiotherapeuten als geriatriefysiotherapeuten in opleiding individueel een vragenlijst invulden en vervolgens deelnamen aan een focusgroepsinterview. Het artikel werd geschreven volgens de Standards for Reporting Qualitative Research en de richtlijnen van het Physical Therapy Journal.^{35,36} Alle respondenten hebben voorafgaand aan het onderzoek een informed consent ondertekend, waarbij het informed consent van de Universiteit Gent als leidraad werd genomen.³⁷ Om anonimiteit te waarborgen, werden respondenten geïdentificeerd met codes gekoppeld aan een logboek. Bestanden waren opgeslagen in een beveiligde werkomgeving waar alleen de onderzoeker toegang

toe had via dubbele inlog met gebruikersnaam en wachtwoord. De onderzoeksdata worden conform de wet minimaal tien jaar bewaard na publicatie.³⁸ Het onderzoek kende geen opdrachtgever en er waren geen financiële belangen of belangenverstrengelingen bij dit onderzoek. Er zijn geen handelingen uitgevoerd en geen gedragsinterventies opgelegd, waardoor er geen beoordeling van een Medisch Ethische Toetsingscommissie vereist was.

Populatie

Geriatriciefysiotherapeuten en geriatriefysiotherapeuten in opleiding zijn telefonisch, via e-mail en via LinkedIn geworven. De interviews hebben vervolgens plaatsgevonden in Almelo.

De inclusiecriteria waren: geriatriefysiotherapeuten en geriatriefysiotherapeuten in opleiding, Nederlandsprekend, werkzaam binnen eerste- en/of tweedelijns fysiotherapie, BIG geregistreerd, minimaal twee jaar werkervaring en de exclusiecriteria waren: slecht verstaanbaar, gehoorproblematiek en onvermogen op locatie te komen.

Procedure

Er is een onafhankelijke stuurgroep samengesteld die betrokken was bij het gehele onderzoeksproces. De stuurgroep bestond uit drie fysiotherapeuten met verschillende achtergronden: sportfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, geriatriefysiotherapie, manuele therapie, gezondheidswetenschappen en docent. Zij kregen verschillende taken, gebaseerd op vooronderzoek en persoonlijke ervaringen.³⁹⁻⁴¹ Betrokkenen worden hierna benoemd als SG1, SG2, SG3. SG1 bewaakte de onderzoeksdoelstellingen en nam de vice-voorzittersrol op zich. SG2 richtte zich op de data-analyse en SG3 op projectrisico's en bewaakte samen met de onderzoeker de randvoorwaarden zoals planningsbewaking. De stuurgroep met rolverdeling en werkervaring is weergegeven in tabel 1.

Om de interviewgide op te stellen is er literatuuronderzoek verricht. Ieder lid heeft hierbij zijn/haar eigen literatuuronderzoek gedaan waarna deze uitkomsten werden gepresenteerd. Deze onderzoeken zijn bekeken en consensus is bereikt over welke onderzoeken gebruikt zouden worden bij het opstellen van de enquête en interviewgide en tot welke topics deze onderzoeken leidde.^{17,42-45} Hieruit zijn de topics veranderingsprocesmodel, huidig gebruik SDM en mening gekomen.

Lid afkorting	Jaren werkervaring	Achtergrond	Domein	Taken
SG1	28	Bekkenfysiotherapeut, sportfysiotherapeut	Vicevoorzitter	Uitnodigen voor bijeenkomsten, doelstellingen bewaken
SG2	12	Manueel therapeut, gezondheidswetenschapper, docent	Data-analyse	Transcriberen, resultatenweergave
SG3	12	Geriatriefysiotherapeut	Tijd, risico analyse	Tijdsplanning, risicoanalyse

Tabel 1: Leden en taken stuurgroep. Afkorting: SG=stuurgroep.

Het doel van de interviewgide was voldoende richting te geven zodat de uitkomsten van de interviews vertaald konden worden naar de eerste drie fasen: oriëntatie, inzicht en acceptatie van het veranderingsprocesmodel van Wensing en Grol.²⁹ Dit model kan overzicht bieden in welke fasen van gedragsverandering respondenten zich bevinden en is een veelgebruikt model binnen onderzoeken.^{30,46-48} Huidig onderzoek met bijpassend doel en onderzoeksvraag is niet toereikend om ook de fasen verandering en behoud in kaart te brengen, omdat huidig onderzoek zich richt op ervaringen en meningen. Om de veranderings- en behoudsfase in kaart te brengen zou een andere onderzoeksmethode, zoals een observationeel onderzoek zich beter lenen. Vervolgens is er een testinterview afgenomen waarbij de rol van gespreksleider bekleed werd door de onderzoeker en de rol van assistent door een medestudent. De gespreksleider heette respondenten welkom, stelde de vragen en bewaakte de tijd. De assistent ondersteunde de gespreksleider, maakte aantekeningen en hield in de gaten of alle respondenten gelijkmatig aan bod kwamen.⁴⁹ Dit testinterview is samen met SG2 getranscribeerd en geanalyseerd en vervolgens is de interviewgide geoptimaliseerd. De enquête diende voornamelijk om inzicht te krijgen in de basiskarakteristieken van de respondenten en een algemeen beeld te krijgen van de ervaring. Uit de enquête kwamen verschillende ervaringsniveaus naar voren met betrekking tot het toepassen van SDM, variërend van nooit, soms, vaak, meestal tot altijd. Op basis daarvan werden respondenten verdeeld over focusgroepen om een mix van verschillende ervaringen te bevorderen en de discussie te stimuleren.

De respondenten ontvingen voorafgaand aan de enquêtes en focusgroepsinterviews een informatiebrief. De geschatte duur van de interviews was tussen de 60

en 90 minuten.⁵⁰ Er moesten voldoende focusgroepen worden gevormd, rekening houdend met mogelijke uitval of een ongunstige groepsdynamiek. Vanuit de literatuur wordt een minimum van vier respondenten aanbevolen per focusgroep.⁵¹ Het streven was om in elke focusgroep acht respondenten te plaatsen, zodat de groepen groot genoeg zouden zijn om door te kunnen gaan. De onderzoeken werden met toestemming van respondenten opgenomen met een dictafoon. Voorafgaand aan het onderzoek werd aan elke respondent gevraagd zich kort voor te stellen. Dit had als doel stemherkenning te vergemakkelijken tijdens het transcriberen.⁴⁹ Ter verbetering van de validiteit is een mogelijkheid van memberchecks geboden middels de vraag- en antwoordmethode.⁵²

Focusgroepsinterviews werden afgenomen totdat er saturatie werd bereikt, wat naar verwachting optreedt vanaf het derde focusgroepsinterview.⁴⁹ Dit kon bewaakt worden doordat na elk interview gelijk getranscribeerd werd door de onderzoeker en elke twee focusgroepsinterviews getranscribeerd werden door SG2. Hierin werden de uitkomsten bekeken, beoordeeld of de enquête of interviewgide aangepast moest worden en of er saturatie bereikt was. Omdat gemerkt werd dat de informatiebrief niet door alle respondenten vooraf werd gelezen is er tijdens dit proces besloten om de informatiebrief ook voorafgaand aan het interview mondeling toe te lichten.

Data-analyse

Bij de analyse werd een combinatie van thematische analyse en semantische benadering gebruikt, waarbij de codes zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst bleven.⁵³ Indien non-verbale uitingen relevant waren, werd ook latent coderen toegepast. De interviews werden getranscribeerd in Microsoft Word. Voor de

thematische analyse werden zes stappen doorlopen, verdeeld over drie fasen.⁵³ Binnen fase 1, bestaande uit stap 1 en 2 werd geïntervieweerd en gecodeerd. Interviews werden aandachtig doorlezen, tekst werd opgedeeld en vervolgens werd er een codewoord gekoppeld aan tekstfragmenten.

Binnen fase 1, bestaande uit stap 3 en 4 werd gethematiseerd, gereviseerd en verfijnd. Groepering van codes vond plaats en aan iedere groep werd een thema gekoppeld. Indien nodig werden deze groepen en thema's opnieuw bekeken en aangepast. Binnen fase 3, bestaande uit stap 5 en 6 werd er vastgesteld,

Code	Subthema	Thema	
Wil dat therapeut beslist	Passieve houding patiënt	Eigenschappen patiënt	
Niet weten wat hij/zij wil			
Zin doordrukken	Actieve houding patiënt		
Wil meebeslissen			
Doelen benoemen			
Massage			
Meer kennis			
Taalbarrière	Patiëntgebonden factoren		
Verminderde cognitie			
Irreële beliefs			
Motivational interviewing	Geen gebruik Shared Decision Making	Werkwijze fysiotherapeut	
Opname-/contactredenen			
Geen option talk			
Beperkte behandelopties			
Doelen staan vast			
Betrokkenheid zorg/familie			
GRZ altijd in behandeling			
Onbewust			Wel gebruik Shared Decision Making
Microniveau			
Niet succesvolle behandeling			
Opname-/contactredenen	Kennis/kunde		
Missen voorbeelden			
Weinig kennis theorie			
Weinig kennis modellen			
Beperkte behandelingen	Financiën en regelgeving		
Bezuinigingen			
Tijdsbesteding			
Intercollegiaal contact	Multidisciplinair		
Multidisciplinair overleg			
Inspraak patiënt settingafhankelijk			
Shared decision making binnen multidisciplinair team			
Meer therapietrouw	Gevolgen	Invloed Shared Decision Making op patiënt	
Gehoord voelen			
Refereren aan afspraken			
Twijfelend overkomen			

Tabel 2: Codeboom.

gestructureerd en gepresenteerd. Verbanden en relaties tot gegevens werden vastgesteld, waarna de onderzoeksvraag beantwoord kon worden.

Dit proces had als uitkomstmaat de codeboom waarin codes, subthema's en thema's inzichtelijk zijn gemaakt. Deze codeboom is te zien in tabel 2.

Daarna werden codes opnieuw bekeken en werd bepaald waar in het model van Wensing en Grol²⁹ zij van invloed waren.

Resultaten

Zesentwintig therapeuten namen deel aan het onderzoek. Alle respondenten vulden de enquête in. Vervolgens zijn de respondenten onderverdeeld in vier focusgroepsinterviews. Deze respondenten waren werkzaam binnen vijftien verschillende fysiotherapiepraktijken en/of instellingen. Tabel 3 toont de basis-karakteristieken. Van de respondenten waren twintig gediplomeerd geriatriefysiotherapeut en zes in oplei-

Karakteristieken	n (%)	Mediaan (interkwartielafstand)
Geslacht m/v	6/20 (23/77)	
Leeftijd		28 (26-36)
20-30	16 (61,5)	
30-40	4 (15,4)	
40-50	0	
50-60	4 (15,4)	
60-70	2 (7,7)	
Geriatricfysiotherapeut/ i.o.	20/6 (77/23)	
Jaren werkervaring		5 (3,5-12)
2-5	12 (46,2)	
5-10	6 (23)	
10-15	2 (7,7)	
15-20	0	
20-25	0	
25-30	4 (15,4)	
30-40	2 (7,7)	
Werksetting		
Eerstelijns	18 (69,2)	
Tweedelijns	4 (15,4)	
Combinatie	4 (15,4)	
Kent SDM niet	6 (23,0)	
Kent wel, maar geen gebruik	2 (7,7)	
Maakt soms gebruik van SDM	18 (69,3)	
Maakt vaak gebruik van SDM	0	
Maakt meestal gebruik van SDM	0	
Maakt altijd gebruik van SDM	0	
Geen gebruik, wil ik ook niet gaan doen	0	
Nee, ik gebruik het voldoende naar mijn mening	8 (30,8)	
Ja, ik wil SDM meer gebruiken	18 (69,2)	

Tabel 3: Karakteristieken respondenten. Afkortingen: m/v=man/vrouw; n=aantal respondenten; i.o.=in opleiding; SDM=Shared Decision Making.

ding. De mediane leeftijd was 28 (IQR 26-36), en de mediane werkervaring was vijf jaar (IQR 3,5-12). Van de respondenten werkten achttien in de eerstelijns, vier in de tweedelijns en vier in de combinatie van beide. Zes respondenten waren niet bekend met SDM, twee kenden het wel maar gebruikten het niet, en achttien respondenten maakten er soms gebruik van. Van de respondenten wilden achttien in de toekomst meer gebruikmaken van SDM. De focusgroepsinterviews werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker, ondersteund door een assistent en duurden gemiddeld 59 minuten, met een range van 55 tot 64 minuten.

Hoofdthema's

De data-analyse resulteerde in drie hoofdthema's: eigenschappen patiënt, invloed SDM op patiënt en werkwijze fysiotherapeut. Deze thema's, net als de subthema's en codes zijn weergegeven in de codeboom in tabel 2. De resultaten worden per thema toegelicht.

.... respondenten gaven aan dat gebruik van SDM leidt tot meer therapietrouw

Eigenschappen patiënt

Dit hoofdthema omvatte drie subthema's: passieve houding patiënt, actieve houding patiënt en patiëntgebonden factoren. Respondenten gaven aan dat sommige patiënten een passieve houding hebben en de besluitvorming aan de therapeut overlaten, of niet in staat zijn om hun wensen en behoeften te uiten. Aan de andere kant gaven respondenten ook aan dat sommige patiënten actief willen deelnemen aan het besluitvormingsproces, hun voorkeuren willen benadrukken en duidelijke doelen kunnen formuleren. Er werd opgemerkt dat massage vaak door patiënten wordt gewenst. Respondenten met meer werkervaring merkten op dat patiënten over meer kennis beschikken dan voorheen. Er werden ook patiëntgebonden factoren genoemd: taalbarrières, verminderde cognitie en irrealistische overtuigingen. Respondenten gaven aan dat ze regelmatig te maken hebben met cognitief aangedane patiënten, waardoor SDM niet mogelijk is vanwege beperkte prikkelverwerking en/of het onvermogen om de voor- en nadelen van behandelopties te begrijpen en een keuze te maken. Daarnaast werd opgemerkt dat sommige ouderen nog steeds de fysiotherapeut als een masseur beschouwen en verwachten dat massage

wordt toegepast, zelfs wanneer dit niet bijdraagt aan het behalen van de gestelde doelen.

Invloed shared decision making op patiënt

Dit hoofdthema omvatte één subthema: gevolg. Respondenten gaven aan dat gebruik van SDM leidt tot meer therapietrouw. Hierbij werd aangegeven dat dit komt doordat de patiënt zelf de regie heeft over het behandelplan en daardoor meer geneigd is zich te houden aan gemaakte afspraken. Bovendien merkten respondenten op dat wanneer de patiënt zelf de regie heeft, hij of zij ook eerder de patiënt kan herinneren aan de gemaakte afspraken. Volgens de respondenten voelen patiënten zich door gebruik van SDM ook meer gehoord. De kanttekening hierbij is dat de therapeut twijfelend kan overkomen bij de patiënt doordat hij/zij alle behandelopties en daarbij horende voor- en nadelen aankaart, zonder hierbij nog een standpunt in te nemen als professional.

Werkwijze fysiotherapeut

Dit hoofdthema omvatte vijf subthema's: geen gebruik SDM, wel gebruik SDM, kennis/kunde, multidisciplinair en financiën en wetgeving.

Een aantal respondenten gaf aan soms SDM toe te passen waarbij alle fasen werden doorlopen. Het grootste gedeelte van de respondenten benoemde deze stappen niet te doorlopen, maar wel patiënten te betrekken bij beslissingen op microniveau, zoals het kiezen van oefeningen, individuele- of groepsbehandeling en behandel frequentie. Dit gebeurde vaak onbewust, maar werd als voordeel benoemd omdat het patiënten meer betrokken werden dan aanvankelijk gedacht. Het aangegeven nadeel was dat deze toepassing niet volgens het model verliep.

De meeste respondenten gaven aan dat zij vaak zelf beslissingen namen, soms op verzoek van de patiënt, maar meestal op eigen initiatief. Soms wordt motivationale interviewing gebruikt om de patiënt te overtuigen van een andere keuze. Als een behandelplan niet voldoende resultaat biedt, betrekken respondenten de patiënt meer en komen ze samen tot een nieuw plan waarbij alle behandelopties en voor- en nadelen worden besproken. De opnamereden of wijze van in behandeling nemen van een patiënt kan leiden tot gebruik of geen gebruik van SDM. Zo werd benoemd dat op de geriatrische revalidatie zorg afdeling doelen vaak al vast staan en hierbij vaak geen gebruik wordt gemaakt van SDM. In de eerstelijns fysiotherapie werd

het behandelplan grotendeels bepaald op basis van de verwijzing van de andere zorgprofessional, waarop met regelmaat al een gewenste interventie staat vermeld. Eén respondent benoemde dat wanneer een patiënt op verwijzing binnenkomt en blijkt dat de patiënt al meerdere therapieën heeft ondergaan er juist wel werd aangestuurd op het laten meebeslissen van de patiënt. De keuze om SDM al dan niet toe te passen was veelal gebaseerd op intuïtie, zonder dat respondenten een duidelijke onderbouwing konden geven. Bij grote betrokkenheid van familie werd vaak afgezien van het gebruik van SDM, omdat respondenten het gevoel hadden dat de patiënt de regie uit handen heeft gegeven. Bezuinigingen in zowel de eerste- als tweedelijns fysiotherapie bemoeilijken SDM. Respondenten werkzaam binnen de eerstelijns gaven aan te maken te hebben met beperkte aanvullende pakketten, waardoor zij zoveel mogelijk tijd wilden investeren in de behandelingen zelf. Het aantal behandelingen in de aanvullend pakketten is de laatste jaren verminderd terwijl de zorgpremie is verhoogd waardoor patiënten mogelijk minder uitgebreid verzekerd zijn dan voorheen. SDM zou volgens de respondenten meer tijd in beslag nemen dan een reguliere intake. Bovendien richten zorgverzekeraars zich op behandelgemiddelden, waardoor praktijken met hogere gemiddelden lagere tarieven ontvangen. Hierdoor streven praktijken naar het behalen van de beste resultaten in zo min mogelijk behandelingen. Bezuinigingen hebben geleid tot minder beschikbare fysiotherapie-uren in de tweedelijns zorg, waardoor ook hier de focus ligt op het behalen van maximale resultaten binnen beperkte tijd. Multidisciplinair werken beperkt het gebruik van SDM, omdat beslissingen intercollegiaal worden genomen alvorens de patiënt wordt geïnformeerd. Respondenten benadrukten dat voor meer gebruik van SDM het een voorwaarde is dat het hele multidisciplinaire team hierbij betrokken is. Het zou moeten beginnen in het ziekenhuis en zich vervolgens uitbreiden over de hele zorgketen, met betrokkenheid van alle disciplines. Er werd zelden gebruik gemaakt van gestandaardiseerde SDM-procedures. Respondenten misten concrete voorbeelden en waren over het algemeen niet bekend met bestaande modellen voor effectieve gespreksvoering. Bovendien was volgens respondenten de eigen kennis over SDM niet altijd voldoende om het toe te passen. Respondenten benadrukten, dat om bekwaam te worden met SDM, het volgen van cursussen benodigd was.

Fase veranderingsproces

Om de huidige situatie in het veranderingsprocesmodel inzichtelijk te maken is er gebruik gemaakt van de eerste drie fasen van het veranderingsproces van Wensing en Grol.²⁹ De resultaten van de thematische analyse kunnen vertaald worden naar de fasen oriëntatie, inzicht en acceptatie.

Oriëntatie

Deze fase heeft als doel bewustzijn te creëren, interesse te wekken en betrokkenheid te bevorderen bij de voorgestelde verandering. Zes respondenten gaven aan SDM niet te kennen en er werd er door meerdere respondenten gevraagd of er uitgelegd kon worden wat SDM precies inhoudt. Veel respondenten gaven aan praktische voorbeelden te missen over hoe zij SDM moesten uitvoeren. De onderzoeksmethode was niet toereikend genoeg om deze fase verder toe te lichten.

Inzicht

Binnen deze fase wordt de innovatie duidelijk uiteengezet, met als doel erkenning dat de huidige werkwijze niet langer acceptabel is.

De respondenten waren grotendeels onbekend met bestaande modellen voor SDM. Achttien respondenten gaven in de enquête aan soms gebruik te maken van SDM. Tijdens de focusgroepsinterviews bleken slechts enkele respondenten te weten wat er verwacht werd bij het toepassen van SDM. De andere respondenten paste SDM op microniveau toe, maar niet volgens modellen. Een van de benoemde voorwaarden om SDM te gaan gebruiken was het deelnemen aan cursussen. De respondenten waren niet op de hoogte van het bestaan van cursussen, maar een deel van hen stond wel open voor de mogelijkheid om dergelijke cursussen te volgen.

Acceptatie

Deze fase richt zich op het motiveren van de doelgroep om daadwerkelijk veranderingen door te voeren, waarbij zij ervan overtuigd moeten zijn dat de verandering zinvol, haalbaar en een verbetering is. Respondenten gaven aan dat SDM veel tijd in beslag neemt, wat problematisch is vanwege beperkte tijd per patiënt als gevolg van regelgeving vanuit zorgverzekeraars, beperkte aanvullende verzekeringen en/of financiële bezuinigingen. Hoewel achttien respondenten aangaven in de toekomst meer gebruik te willen maken van SDM, waren er ook acht respondenten die aangaven dit niet te willen doen. Daarnaast was de haalbaarheid

ook afhankelijk van deelname aan cursussen. Respondenten benadrukten dat het belangrijk was dat collega's binnen de fysiotherapie en andere disciplines dezelfde werkwijze zouden hanteren. Desondanks benoemden respondenten ook positieve effecten van SDM, zoals betere therapietrouw, gevoel van gehoord worden en nakomen van gemaakte afspraken.

Discussie

Het onderzoek beoogde de huidige ervaring en mening over SDM bij geriatriefysiotherapeuten en geriatriefysiotherapeuten in opleiding in kaart te brengen. Hieruit is gebleken dat respondenten minder gebruikmaakten van SDM dan zij vooraf dachten. Zij pasten SDM voornamelijk op microniveau toe zonder gebruik te maken van bestaande modellen. Kennis en vaardigheden ontbraken, waarbij geconcludeerd mocht worden dat de fasen oriëntatie en inzicht van het veranderingsprocesmodel van Wensing en Grol.²⁹ nog niet succesvol zijn doorlopen, wat tevens maakte dat er nog geen sprake

.... het is belangrijk dat collega's binnen de fysiotherapie en andere disciplines dezelfde werkwijze hanteren

was van acceptatie van de implementatie zoals gewenst binnen de derde fase. Respondenten ervaarden SDM als tijdrovend en werden gehinderd door financiële bezuinigingen, beperkte aanvullende verzekeringen en eisen van zorgverzekeraars. Niettemin erkenden ze voordelen van SDM, zoals een verbeterd gevoel van gehoord worden, hogere therapietrouw en betere nakoming van afspraken. Deze bevindingen kwamen overeen met wat is beschreven in de literatuur.^{16,43-45} Omdat de onderzoeker na het eerste focusgroepsinterview ontdekte dat de vooraf verstrekte informatiebrief niet altijd werd gelezen, besloot zij deze voorafgaand aan het interview, mondeling met de respondenten door te nemen. Binnen deze informatiebrief stond summiere uitleg over SDM. Binnen het onderzoek was het gewenst ook respondenten te includeren die SDM niet kenden en/of daar geen ervaring mee hadden. Het vooraf verstrekken van informatie kan tot bias hebben geleid. Respondenten die SDM niet kenden waren waardevol om door te kunnen vragen over de fase oriëntatie van het veranderingsprocesmodel. Helaas bood de interviewgide niet voldoende richting en

bleef deze fase onderbelicht door de beperkte ervaring met kwalitatief onderzoek van de onderzoeker. De onderzoeker was zich ervan bewust dat het betrekken van respondenten die geen bekendheid hadden met SDM, mogelijk resulteerde in beperktere inzichten met betrekking tot de mening over SDM.

Er zijn artikelen die beschrijven dat er wel draagvlak is voor SDM en artikelen die beschrijven dat er geen draagvlak voor SDM is.^{10,54-57} Binnen huidig onderzoek lijkt het draagvlak beperkt, omdat de fasen oriëntatie en inzicht niet succesvol doorlopen zijn. Binnen de literatuur waarbij er wel voldoende draagvlak lijkt te zijn is niet beschreven hoe dit draagvlak is gecreëerd. Respondenten wensten meer educatiemateriaal en voorbeelden om SDM in de toekomst vaker toe te passen. Onwetendheid over beschikbare cursussen en educatiemateriaal suggereert mogelijk matige betrokkenheid en onvolledig inzicht volgens Wensing en Grol.^{29,58,59} Dit aspect had benoemd moeten worden tijdens de focusgroepsinterviews en diepgaander moeten worden uitgevraagd om tot een conclusie te kunnen komen. Het gebrek aan diepgang tijdens de interviews duidt op methodologische beperkingen. Het merendeel van de respondenten gaf aan soms gebruik te maken van SDM, maar slechts enkelen doorliepen daadwerkelijk alle stappen. Mogelijk gaven de respondenten sociaal wenselijke antwoorden, een fenomeen dat vaker voorkomt in kwalitatieve studies.⁶⁰⁻⁶³ Wijze van introductie van de studie aan respondenten en de woordkeuze/vraagstelling kunnen helpen om sociaal wenselijke antwoorden te beperken.⁶³ Aangezien slechts enkele respondenten SDM uitvoerden zoals bedoeld, zijn de meningen mogelijk minder relevant. Hoewel de onderzoeker er rekening mee hield dat respondenten zonder ervaring geen mening konden vormen over SDM, was het onverwacht dat de respondenten die aangaven SDM wel te gebruiken dit vaak alleen op microniveau deden. Ervaring met de methode en modellen is nodig voordat men een mening kan vormen. Waarschijnlijk bieden deze meningen een verwachtingsperceptie en weerspiegelen mogelijk niet de realiteit.

De ervaren wens van betrokkenheid was opvallend. Sommigen gaven aan dat patiënten niet betrokken willen worden bij besluitvorming, terwijl anderen juist aangaven dat patiënten wel willen deelnemen. Er werd aangegeven dat patiënten soms expliciet benoemen dat de therapeut de beslissingen moet nemen. Dit is vanuit de literatuur terug te zien bij patiënten die de

opties niet goed begrijpen, de relevantie naar het probleem niet zien of geen duidelijke hulpvraag kunnen formuleren.⁶⁴ De respondenten konden de keuze om SDM wel of niet toe te passen echter niet onderbouwen en gaven aan dat dit gebaseerd was op gevoel. De onderzoeker heeft hierover doorgevraagd, maar heeft geen concreet antwoord gekregen. Literatuur laat zien dat ouderen vaak wel mee willen beslissen.^{30,65,66} Voor succesvolle implementatie van SDM binnen deze onderzoeksgroep lijkt meer aandacht nodig voor de oriëntatie- en inzichtsfasen van het veranderingsprocesmodel van Wensing en Grol.²⁹ Omdat de onderzoeksmethode niet toereikend genoeg was kan niet met zekerheid gesteld worden dat de fasen oriëntatie niet voldoende aan bod is gekomen ter voorbereiding op implementatie. Hoewel de recente samen beslissen-campagne en richtlijnen dit onderwerp benadrukken, blijkt dat de inzichtsfase binnen deze onderzoeksgroep niet voltooid is, waardoor de acceptatiefase nog niet bereikt is. Een betere onderzoeksmethode had kunnen bijdragen aan een breder bereik van stakeholders, maar is niet mogelijk door methodologische beperkingen. Desalniettemin tonen de resultaten meerdere barrières op het gebied van financiën en regelgeving, waarbij zorgverzekeraars als belangrijke stakeholder worden genoemd. De kwaliteit van dit onderzoek ligt in het feit dat er getracht werd een lacune in de literatuur op te vullen. Voor zover bekend, heeft een vergelijkbaar onderzoek nog niet plaatsgevonden binnen deze onderzoekspopulatie. Dit onderzoek heeft wellicht nieuwe inzichten geboden en/of kan mogelijkheid bieden tot een gedegen vervolgonderzoek.

Conclusie en aanbevelingen

Respondenten zijn veelal niet goed op de hoogte van wat SDM inhoudt en maken weinig gebruik van SDM op de wijze zoals deze bedoeld is. De implementatie van SDM is mogelijk belemmerd doordat de oriëntatie- en inzichtsfase van Wensing en Grol.²⁹ niet zijn doorlopen, maar beperkingen in het onderzoeksdesign belemmeren het formuleren van definitieve conclusies. De meningen van geriatriefysiotherapeuten en geriatriefysiotherapeuten in opleiding zijn geïdentificeerd, maar vanwege het beperkte gebruik van SDM kan niet worden geconcludeerd dat dit de realiteit weerspiegelt. Over het algemeen geven de respondenten aan meer gebruik te willen maken van SDM, maar benoemen financiële beperkingen, invloed van zorgverzekeraars en tijdsbeperkingen als huidige obstakels.

Er wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen bij geriatriefysiotherapeuten en/of geriatriefysiotherapeuten in opleiding die ervaring hebben met het toepassen van SDM. Tevens wordt aanbevolen om te onderzoeken op welke manier de fasen *oriëntatie* en *inzicht* van Wensing en Grol.²⁹ ingevuld kunnen worden met als doel SDM meer onder de aandacht te brengen zodat geriatriefysiotherapeuten beter in beeld hebben wat SDM precies inhoudt en dit kunnen gaan toepassen, zoals gewenst is binnen het beroepsprofiel en de richtlijnen.

Referenties

1. **Weinstein N, Legate N, Ryan WS, Hemmy L.** Autonomous orientation predicts longevity: New findings from the Nun Study. *Journal of Personality*. 2018;87(2):181-193. doi: 10.1111/jopy.12379.
2. **Minagawa Y, Saito Y.** Active social participation and mortality risk among older people in Japan: results from a nationally representative sample. *Research on Aging*. 2015;37(5):481-99. doi:10.1177/0164027514545238.
3. **Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H.** Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. *Geriatrics & gerontology international*. 2017;17(12):2537-2544. doi:10.1111/ggi.13074.
4. **Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, Mynttinen M, Siipi H, Suominen S, et al.** Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. 2021;28(3):414-434. *Nursing ethics*. doi:10.1177/0969733020948115.
5. **Lee DTF, Yu DSF, Kwong ANL.** Quality of life of older people in residential care home: a literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness*. 2009;1(2):116-125. doi: 10.1111/j.1752-9824.2009.01018.x.
6. **Joosten, EAG, de Jong CAJ, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CPF.** Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Substance Use & Misuse*. 2011;46(8):1037-8. doi:10.3109/10826084.2011.552931.
7. **Meijerink MH, van Blerck-Woerdman AM, Bosma H, Braat DDM, Carter ER, Groot WNJ, et al.** De participerende patiënt. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2013/06/20/de-participerende-patient>. Published 2013. Accessed April 4, 2023.
8. **Bunn F, Goodman C, Russell B, Wilson P, Manthorpe J, Rait G, et al.** Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. *BMC Geriatrics*. 2018;18:165 doi:10.1186/s12877-018-0853-9.

9. **Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL.** Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *Annals of family medicine.* 2014;12(3):270–275. doi:10.1370/afm.1615.
10. **Hoffmann T, Bakhit M, Michaleff Z.** Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Brazilian journal of physical therapy.* 2022;26(1):100382. doi:10.1016/j.bjpt.2021.100382.
11. **Armstrong MJ, Shulman LM, Vandigo J, Mullins CD.** Patient engagement and shared decision-making. *Neurology Clinical Practice.* 2016;6(2):190–197. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000240.
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022. Rijksoverheid. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-b0848781-3c90-4b03-9515-f6b6a4cc168e/pdf>. Published Juli 2, 2018. Accessed Oktober 19, 2022.
13. **Veroff D, Marr A, Wennberg DE.** Enhanced support for shared decision making reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions. *Health affairs.* 2013;32(2):285-93. doi:10.1377/hlthaff.2011.0941
14. **Harnas S, van der Kraan J, Knops A, de Groot J.** Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Patiëntenfederatie. <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/197-meldactie-samen-beslissen-met-de-zorgverlener/file>. Published Augustus, 2017. Accessed September 2, 2022.
15. **Kuijpers MMT, van Veenendaal H, Engelen V, Visserman E, Noteboom EA, Stiggelbout AM, et al.** Shared decision making in cancer treatment: A Dutch national survey on patients' preferences and perceptions. *European journal of cancer care.* 2022;31(1):e13534. doi:10.1111/ecc.13534.
16. **Légaré F, Stacey D, Brière N, Robitaille H, Lord MC, Desroches S, et al.** An interprofessional approach to shared decision making: an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team. *BMC Geriatrics.* 2014;14:83. doi:10.1186/1471-2318-14-83.
17. **Kramer P, Mol P.** Campagne samen beslissen in de zorg. KNGF. <https://www.kngf.nl/actueel/2022/okt/evaluatie-campagne-samen-beslissen.html>. Published September 15, 2022. Accessed Oktober 14, 2022.
18. **Galletta M, Piazza MF, Meloni SL, Chessa E, Piras I, Arnetz JE, et al.** Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently? *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19(21):14229. doi:10.3390/ijerph192114229.
19. **Zeuner R, Frosch DL, Kuzemchak MD, Politi MC.** Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice. *Health expectations.* 2015;18(6):2465-76. doi:10.1111/hex.12216.
20. **Bynum JPW, Barre L, Reed C, Passow H.** Participation of Very Old Adults in Healthcare Decisions. *HHS Author Manuscripts.* 2014;34(2):216–230. doi:10.1177/0272989X13508008.
21. **DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE.** Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health expectations.* 2009;12(1):70-80. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x.
22. **Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al.** Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of general Internal Medicine.* 2012;27(10):1361–1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.
23. Viaperspectief. Versterking van cliëntparticipatie 'shared decision-making'. <https://www.viaperspectief.nl/wp-content/uploads/2017/07/Shared-decision-making-fysiotherapie.pdf>. Published Juli, 2012. Accessed September 2, 2022.
24. **Verlee E, van der Sande R, Abel R, et al.** Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Zorg voor kwetsbare ouderen. Richtlijnen.nhg. https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr_1.pdf. Published June, 2017. Accessed April 12, 2023.
25. **van Nimwegen M, Nijkraake M, Munneke M, de Groot D, Heijblom KG, Meerhoff GA.** KNGF-richtlijn ziekte van Parkinson. KNGF. <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/parkinson/downloads/parkinson-praktijkrichtlijn>. Published 2017. Accessed April 12, 2023.
26. **Mutsaers JHAM, Ruitenbeek TH, Schmitt MA, Veenhof C, Driehuis F.** KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. KNGF. https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf. Published March, 2021. Accessed November 29, 2022.
27. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Richtlijnen database. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmm/organisatie_van_zorg_bij_cvrmm/kwetsbare_ouderen_bij_cvrmm/shared_decision_making_bij_cvrmm.html?query=shared#recomendations. Published January 1, 2017. Accessed 15 May, 2023.
28. Nivel. Patiënten en artsen ervaren niet dezelfde mate van samen beslissen. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003926.pdf>. Published 2020. Accessed May 15, 2023.

29. Wensing M, Grol R. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Volume 7. Houten: Bohn Stafleu van Loghum;2017:45-68.
30. **Pel-Littel RE, Snerse M, Teppich NM, et al.** Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2021;21:112. doi:10.1186/s12877-021-02050-y.
31. **Doekhie KD, Strating MMH, Buljac-Samardzic M, van de Bovenkamp HM, Paauwe J.** The different perspectives of patients, informal caregivers and professionals on patient involvement in primary care teams. A qualitative study. *Health expectations*. 2018;21(6):1171–1182. doi:10.1111/hex.12824.
32. **Ekdahl AW, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M.** Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study. *BMJ open*. 2012;2(3):e001063. doi:10.1136/bmjopen-2012-001063.
33. **Milte CM, Ratcliffe J, Davies O, Whitehead C, Masters S, Crotty M.** Family meetings for older adults in intermediate care settings: the impact of patient cognitive impairment and other characteristics on shared decision making. *Health expectations*. 2015;18(5):1030–1040. doi:10.1111/hex.12076
34. **Fried TR, Tinetti ME, Iannone L.** Primary Care Clinicians' Experiences with Treatment Decision-Making for Older Persons with Multiple Conditions. *HSS Author Manuscripts*. 2011;171(1):75–80. doi:10.1001/archin-ternmed.2010.318
35. **O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA.** Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014;89(9). doi:10.1097/ACM.0000000000000388
36. Author guidelines. *PTJ Physical Therapy & Rehabilitation Journal*. https://academic.oup.com/ptj/pages/Author_Guidelines. Accessed September, 2022.
37. **Mertens R.** Tijdstap voor jongeren: werkelijk een stap vooruit? Een beschrijvend onderzoek. Universiteit Gent. 2015. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/216/266/RUG01-002216266_2015_0001_AC.pdf. Accessed Oktober 19, 2022.
38. Universiteit Utrecht. Kaders en wetten onderzoeksdata. UU. https://www.uu.nl/sites/default/files/kaders_en_wetten Onderzoeksdata_v4_0.pdf. Published 2014. Accessed Oktober 19, 2022.
39. Interim management. Projectmanagement de rol van een stuurgroep. BRON-interim. <https://docplayer.nl/537787-Projectmanagement-de-rol-van-een-stuurgroep.html>. Accessed November 27, 2022.
40. **Prevaas B.** Thema 5: Organiseren Hoe richt je de organisatie van een programma in? Werkenaanprogrammas. https://www.werkenaanprogrammas.nl/public_html/assets/Werken%20aan%20Programma%27s%20-%20Hoofdstuk%205.%20Organiseren%20%28v.2.%202018%29.pdf. Accessed November 27, 2022.
41. **van der Tak T, Wijnen G.** Projectmanagement sturen op samenhang. Volume 2. Meppel:Boom;2006.
42. **Rose A, Rosewilliam S, Soundy A.** Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient education and counseling*. 2017;100(1):65-75. doi:10.1016/j.pec.2016.07.030.
43. **Hofstede SN, Marang-van de Mheen PJ, Wentink MM, et al.** Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation science*. 2013;8:95. doi:10.1186/1748-5908-8-95.
44. **Friedberg MW, van Busum K, Wexler R, Bowen M, Schneider EC.** A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies. *Health affairs*. 2013;32(2):268-75. doi:10.1377/hlthaff.2012.1084.
45. **Vogel A, Guinemer C, Fürstenau D.** Patients' and healthcare professionals' perceived facilitators and barriers for shared decision-making for frail and elderly patients in perioperative care: a scoping review. *BMC health services research*. 2023;23:197. doi:10.1186/s12913-023-09120-4.
46. **Boom SM, Oberink R, Zonneveld AJE, van Dijk N, Visser MRM.** Implementation of motivational interviewing in the general practice setting: a qualitative study. *BMC primary care*. 2022;23:21. doi:10.1186/s12875-022-01623-z.
47. **Graupner C, Breukink SO, Mul S, Claessens D, Slok AHM, Kimman ML.** Patient-reported outcome measures in oncology: a qualitative study of the healthcare professional's perspective. *Support Care in Cancer*. 2021;29(9):5253–5261. doi:10.1007/s00520-021-06052-9
48. **Leysen B, van den Eynden B, Janssens A, Wens J.** Recruiting general practitioners for palliative care research in primary care: real-life barriers explained. *BMC Family Practice*. 2019;20:40. doi:10.1186/s12875-019-0930-y
49. **Raats I.** Handleiding focusgroepen een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen. Participatiekompas. https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_tg.pdf. Published 2019. Accessed September 3, 2022.
50. Vlaams instituut gezond leven. Eerste hulp bij focusgroepen. Gezondleven. https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/Gezond-Leven-2018_-Eerste-Hulp-Bij___focusgroepen.pdf. Accessed Oktober 21, 2022.

51. **Hitters K, Beck R.** Handleiding kwalitatief onderzoek. Kennisbanksportenbewegen. <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=9054&m=1534318345&action=file.download>. Published Augustus, 2018. Accessed Oktober 21, 2022.
52. **Roller MR, Lavrakas PJ.** Member checking & the importance of context. Volume 1. New York: The Guilford Press; 2015.
53. **Verhoeven N.** Thematische analyse; patronen vinden bij kwalitatief onderzoek. Volume 1. Meppel: Boom; 2020
54. **Entwistle VA, Cribb A, Watt IS.** Shared decision-making: enhancing the clinical relevance. *Journal of the royal society of medicine*. 2012;105(10):416–421. doi:10.1258/jrsm.2012.120039.
55. **Norris M, Kilbride C.** From dictatorship to a reluctant democracy: stroke therapists talking about self-management. *Disability and rehabilitation*. 2014;36(1):32–8. doi:10.3109/09638288.2013.776645.
56. **Scheffer M, Menting J, Roodbeen R, et al.** Patients' and health professionals' views on shared decision-making in age-related macular degeneration care: A qualitative study. *Ophthalmic & physiological optics*. 2022;42(5):1015–1022. doi:10.1111/opo.13016.
57. **Caverly TJ, Hayward RA.** Dealing with the Lack of Time for Detailed Shared Decision-making in Primary Care: Everyday Shared Decision-making. *Journal of General Internal Medicine*. 2020;35(10):3045–3049. doi:10.1007/s11606-020-06043-2.
58. **Vaassen A, Lanting F.** Shared decision making in de paramedische zorg. NPI. <https://www.npi.nl/cursussen-en-opleidingen/npi-cursuskalender/551-shared-decision-making-in-de-paramedische-zorg>. Accessed April 17, 2023.
59. IQ healthcare. Tool Richtlijnen en shared decision making in de praktijk. Zorginzicht. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijnen-en-shared-decision-making-in-de-praktijk.pdf>. Published 2013. Accessed April 17, 2023.
60. **Pelt DHM, van der Linden D, Dunkel CS, Born M.** The Motivation and Opportunity for Socially Desirable Responding Does Not Alter the General Factor of Personality. *American psychological association*. 2021; 28(5):1376–1396. doi:10.1177/1073191119880960.
61. **Paulhus D.** Social desirable responding: The evolution of a construct. *Researchgate*. https://www.researchgate.net/publication/247562939_Social_desirable_responding_The_evolution_of_a_construct. Published 2002. Accessed Mei 6, 2023.
62. **Bispo JP.** Social desirability bias in qualitative health research. *Revista de saúde pública*. 2022;56:101. doi:10.11606/s1518-8787.2022056004164
63. **Bergen N, Labonté R.** "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative health research*. 2020;30(5):783–792. doi: 10.1177/1049732319889354
64. **Brown SL, Salmon P.** Reconciling the theory and reality of shared decision-making: A "matching" approach to practitioner leadership. *Health expectations*. 2019;22(3):275–283. doi:10.1111/hex.12853
65. **Doekhie KD, Buljac-Samardzic M, Strating MMH, Paauwe J.** Elderly patients' decision-making embedded in the social context: a mixed-method analysis of subjective norms and social support. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):53. doi:10.1186/s12877-020-1458-7.
66. **van Zwieten M, Willems D.** Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisartsenwetenschap*. <https://www.henw.org/system/files/download/henw-2004-13-631.pdf>. Published December, 2004. Accessed

Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij 65-plussers met een lage sociaaleconomische positie om mee te doen met de ProMuscle leefstijlinterventie

Een kwalitatief onderzoek

David Suárez Alemán en Patricia te Pas-van der Laag



ProMuscle is een bewezen effectieve leefstijlinterventie om de gezondheid te bevorderen van 65-plussers, door eiwitrijke voeding te combineren met krachttraining. Het is bekend dat 65-plussers met een lage sociaaleconomische positie (SEP) minder deelnemen aan leefstijlinterventies, terwijl deze populatie er juist meer baat bij zou kunnen hebben. Tijdens dit onderzoek zijn de belemmerende en bevorderende factoren van deze doelgroep geïdentificeerd om mee te doen met de leefstijlinterventie ProMuscle. Zeven thema's kwamen naar voren: geld, persoonlijke kenmerken, vervoer, activiteitskenmerken, dieet, groepskenmerken en werving. De kosten, maatwerk in de interventie en wervingsstrategieën zijn essentieel om deze doelgroep beter te bereiken en aan te trekken.

Auteursgegevens: David Suárez Alemán, MSc Fysiotherapie en Innovatie in Beweging, is fysiotherapeut bij Zorggroep Amsterdam Oost. Patricia te Pas-van der Laag, is promovenda Julius Centrum UMC Utrecht. Dit artikel is een bewerking van de afstudeerscriptie van David Suárez Alemán.

Correspondentie: d.suarez@zgao.nl

Inleiding

Het aantal ouderen (65-plussers) en met name oudere ouderen (80-plussers) zal de komende decennia toenemen met respectievelijk 43% en 96%.¹ Naar verwachting zal dit gepaard gaan met een verdubbeling van de uitgaven bij de ouderenzorg tot 40 miljard euro per jaar in 2040.²

Om deze toenemende trend in zorgkosten te remmen, wordt al jaren geïnvesteerd in preventie met als doel een gezondere leefstijl te stimuleren, zodat mensen zo lang mogelijk gezond en vitaal blijven.³ Als meer 65-plussers hun zelfstandigheid kunnen behouden en thuis kunnen blijven wonen, is de verwachting dat ze minder gebruik gaan maken van zorg. Hierdoor worden de maatschappelijke zorgkosten minder, en het zorgsysteem en het zorgpersoneel minder belast.¹ Specifiek voor ouderen zijn er in Nederland zeventien effectieve leefstijlinterventies ontwikkeld met het doel om een gezondere leefstijl te stimuleren.⁴ Een van deze zeventien interventies is ProMuscle, een bewezen effectieve leefstijlinterventie voor thuiswonende 65-plussers waar voeding en beweging centraal staan. ProMuscle is een 24-weken durend programma. In de eerste twaalf weken wordt in groepsverband een intensief krachttrainingsprogramma gevolgd onder begeleiding van een fysiotherapeut en wordt er een eiwitrijk dieet samengesteld in samenspraak met een diëtist. De laatste twaalf weken staan in het teken van het onderhouden en borgen van behaalde resultaten.⁵ ProMuscle beoogt de leeftijdsgebonden afname van spiermassa, spierkracht en spierfunctie (sarcopenie) bij 65-plussers tegen te gaan. Deze afname is geassocieerd met verslechtering van fysiek functioneren en kwaliteit van leven, een toename van beperkingen in activiteiten, een verhoogd risico op vallen en fracturen.^{6,7} Door deelname aan ProMuscle kunnen 65-plussers mogelijk langer en gezond thuis blijven wonen, en in hun eigen omgeving de zorg krijgen die zij nodig hebben.⁸ ProMuscle is gebaseerd op meerdere onderzoeken die hebben aangetoond dat het verbeteren van spiermassa meer succesvol is wanneer spierkrachttraining wordt gecombineerd met eiwitrijke voeding. In 2012 onderzochten Tieland et al. in twee klinische studies

de effectiviteit van de principes van ProMuscle bij een groep kwetsbare ouderen die krachttraining en een eiwitrijk dieet combineerde ten opzichte van alleen krachttraining. Hierin werd een klinisch significante toename van spiermassa na twaalf weken aangetoond (1,3kg toename spiermassa, $p=0,006$).^{9,10}

Met de kennis uit dit onderzoek is de ProMuscle-interventie ontwikkeld en onderzocht in meerdere effectiviteitsstudies: Van Dongen et al. liet positieve resultaten zien in spierkracht, vetvrije massa en fysiek functioneren bij 65-plussers die het ProMuscle-programma hadden gevolgd ten opzichte van een controlegroep.¹¹ Dorhout et al. vond zelfs betere resultaten bij het toepassen van het ProMuscle-programma in twee pilots in eerstelijns settings.¹² Mogelijke redenen zijn de aanpassingen in het oefenprogramma naar de specifieke populatie die deelnam, de bekendheid en eerdere ervaringen van de professionals met de ProMuscle-interventie, en de betere beschikbaarheid van materiaal. De deelnemers en professionals waren ook positief over het programma. In januari 2021 is de PUMP-fit implementatiestudie van start gegaan. In deze studie zijn strategieën ontworpen voor een succesvolle implementatie van ProMuscle door zorgprofessionals bij 65-plussers in de eerste lijn.¹³ Het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht is projectleider van dit deelproject binnen de 'Regiodeal Foodvalley'.

... ProMuscle beoogt de leeftijdsgebonden afname van spiermassa, spierkracht en spierfunctie bij 65-plussers tegen te gaan

Om de kans op succesvolle implementatie te vergroten, is het essentieel om bevorderende en belemmerende factoren te identificeren. In het kader van de PUMP-fit studie identificeerde Van der Laag et al. in een scoping review de factoren die de implementatie van een leefstijlinterventie zoals ProMuscle kunnen beïnvloeden.¹⁴ Om de resultaten van het literatuuronderzoek te valideren voor de specifieke settings zijn

fysiotherapeuten en diëtisten geïnterviewd. Daarnaast hebben drie 65-plussers input gegeven over welke factoren meespelen voor het wel of niet deelnemen aan een leefstijlinterventie zoals ProMuscle. Belemmerende factoren die vaak terugkwamen bij 65-plussers waren de kosten, de afstand naar de locatie en te strikte regels. Bevorderende factoren waren het sociale aspect van de groepsactiviteit, tastbare resultaten, de motivatie en de mate waarin de doelgroep de inhoud van de interventie als interessant of aantrekkelijk ervaart.¹⁴ Binnen de PUMP-fit studie wordt er bij de implementatie van ProMuscle niet expliciet aandacht geschonken aan de groep deelnemers met een lage sociaaleconomische positie (SEP). Ook in de effectiviteitsstudies van ProMuscle deden voornamelijk 65-plussers met een hogere SEP mee.^{11,12,14} Echter, juist mensen met een lage SEP leven tussen 5 en 7,5 jaar korter, in slechtere gezondheid en maken meer gebruik van zorg dan mensen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau.¹⁵⁻¹⁷ Uit andere studies is gebleken dat het bereiken en betrekken van 65-plussers met een lage SEP tot deelname aan groepsinterventies gericht op een gezondere leefstijl achterblijft.^{18,19}

Het is daarom belangrijk dat 65-plussers met een lage SEP ook kunnen profiteren van de positieve effecten van leefstijlinterventies. Bijkomend kunnen gezondheidsverschillen tussen 65-plussers met lage en hoge SEP worden verkleind. Om de groep 65-plussers met een lage SEP te kunnen stimuleren om deel te nemen aan een interventie zoals ProMuscle is inzicht nodig in hun wensen en behoeften ten aanzien van deelname hieraan.

Het doel van deze studie is het identificeren van belemmerende en factoren van 65-plussers met een lage SEP om wel of niet mee te doen met de leefstijlinterventie ProMuscle. Door inzicht te krijgen in deze factoren, kan de implementatie van ProMuscle beter ingericht worden op deze doelgroep en de impact op de beroepspraktijk worden vergroot.

Methodie

Dit is een cross-sectioneel, kwalitatief onderzoek via semigestructureerde interviews bij 65-plussers met een lage SEP over hun beweegredenen om wel of niet deel te nemen aan ProMuscle.

De onderzoekspopulatie bestaat uit mensen van 65 jaar of ouder, die zelfstandig wonen in Amsterdam en die in een lage SEP verkeren.

Dit wordt gedefinieerd als:

a) laag inkomen: bijstandsniveau. In 2023 was dit € 1.421,25 (netto) per maand voor een alleenstaande of alleenstaande ouder met AOW, of € 1.939,44 (netto) per maand voor gehuwden/samenwonenden met AOW.²⁰

EN/OF

b) laag opgeleid: basisonderwijs, vmbo-basiskader, vmbo gemengde theoretische leerweg, de eerste leerjaren van havo/vwo, en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).²¹

Mensen die de Nederlandse taal niet machtig waren om een gesprek te kunnen voeren, werden niet geïncludeerd in deze studie.

... belemmerende factoren waren de kosten, de afstand naar de locatie en te strikte regels

Saturatie werd verwacht bij maximaal twaalf deelnemers voor dit onderzoek, maar als saturatie eerder werd bereikt dan zou men stoppen met de interviews.²² De interviews vonden plaats tussen maart en april 2023. Werving vond plaats middels een gemakssteekproef onder 65-plussers wonend in twee wijken in Amsterdam Oost (Tuindorp-Amstelstation en Transvaalbuurt), waar een hoog percentage inwoners met lage SEP wonen.^{23,24} De werving werd gedaan door middel van: posters die op strategische plekken werden opgehangen zoals de huisartsenpraktijk, fysiotherapiepraktijk, winkel, snackbar, wijkcentrum en voedselbank; directe benadering van oudere bezoekers in de wijkcentra op momenten dat er groepsbijeenkomsten of groepsactiviteiten waren; inschakelen van begeleiders van wijkcentra in Amsterdam Oost die mogelijke deelnemers konden doorverwijzen naar de onderzoeker; benaderen van onderzoekers binnen een gelijkwaardig project in Amsterdam Zuidoost te benaderen; en via sneeuwbalmethode.

Geïnteresseerden konden zich direct bij de onderzoeker (DSA), per mail of telefonisch aanmelden voor deelname. Bij de aanmelding ging de onderzoeker na of de potentiële deelnemers aan de inclusiecriteria voldeden. In dat geval ontvingen zij een informatiebrief per post, e-mail of werd deze direct overhandigd en werd een afspraak gemaakt voor het interview.

De standaard informatiebrief gebruikt door de Hogeschool Utrecht (HU) is voor dit onderzoek vereenvou-

digd zodat deze goed te begrijpen is voor 65-plussers met een laag opleidingsniveau. Hiervoor is het model voor een informatiebrief van Pharos gebruikt.²⁵ Alle deelnemers hebben het toestemmingsformulier getekend en kregen de kans om vragen te stellen voordat het interview plaatsvond.

.... een persoonlijke benadering via de sociale omgeving, het buurthuis of via een sleutelfiguur of vertrouwenspersoon in de wijk is een goede manier om deze doelgroep te benaderen voor deelname aan een leefstijlinterventie

De dertig tot zestig minuten durende een-op-een interviews waren semigestructureerd en gebaseerd op een eerder gebruikt interviewleidraad binnen de PUMP-fit studie.¹⁴ Deze interviewleidraad is opgebouwd volgens het determinantenraamwerk Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).²⁶ De interviewleidraad is verder uitgebreid met relevante thema's die naar voren zijn gekomen in een eerder onderzoek over de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van een valpreventie-interventie bij migrantenouderen met een lage SEP.¹⁸

Opmnames van de interviews werden in twee stappen getranscribeerd. Via transcriptiesoftware werden opnames letterlijk getranscribeerd. De transcripties werden vervolgens gecontroleerd door de onderzoeker. Transcripties werden open gecodeerd door een onderzoeker (DSA). Codes werden gevalideerd door een andere onderzoeker (PL) en nog twee objectieve onderzoekers (DW, SL). Vervolgens werden codes thematisch geanalyseerd, waarin overkoepelende

thema's werden geïdentificeerd. Deze thema's zijn vervolgens verdeeld in belemmerende en bevorderende factoren.

Voor de codering is gebruikgemaakt van de software Atlas.ti, versie 23 en de softwareapplicatie Lucid. Deze studie is beoordeeld door de Medische Ethische commissie UMC Utrecht (22/050).

Resultaten

In totaal waren er twaalf aanmeldingen. Hiervan voldeden vier niet aan de inclusiecriteria (opleiding én inkomen waren te hoog) en een ander trok zich terug omdat zij zich te oud vond voor dit onderwerp. Uiteindelijk zijn er zeven deelnemers geïnterviewd. In de laatste twee interviews kwamen geen nieuwe onderwerpen naar voren, dus datasaturatie werd bereikt binnen deze steekproef.

Van de zeven deelnemers waren vier van Nederlands-Europese afkomst (56%) en zes waren vrouw (86%). Vijf deelnemers werden geworven via wijkcentra in Amsterdam Oost: vier deelnemers uit het wijkcentrum in Tuindorp-Amstelstation en een andere uit een Marokkaanse vrouwengroep in de Transvaalbuurt. Een deelnemer werd benaderd via een ander gerelateerd onderzoek in Amsterdam Zuidoost, en nog een via sneeuwbalmethode. Deze twee deelnemers hadden al deelgenomen aan een soortgelijke leefstijlinterventie (tabel 1).

Uit de open codering kwamen 428 individuele codes die gegroepeerd werden in 157 unieke codes. Deze konden middels thematische analyse in zeven verschillende thema's worden ondergebracht. Namelijk: geld, persoonlijke kenmerken, vervoer, activiteitskenmerken, dieet, groepskenmerken en werving. De codes in deze zeven thema's zijn vervolgens verdeeld in belemmerende en bevorderende factoren.

Deelnemer	Leeftijd	Geslacht	Wervingsbron	Herkomst
DN1	84	v	Wijkcentrum	Nederland
DN2	72	v	Wijkcentrum	Nederland
DN3	83	m	Wijkcentrum	Nederland
DN4	93	v	Wijkcentrum	Nederland
DN5	76	v	Wijkcentrum	Marokko
DN6	72	v	Gerelateerd onderzoek	Suriname
DN7	65	v	Sneeuwbal	Suriname

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemers. Afkortingen: DN=deelnemer; v=vrouw; m=man.

Analyse per thema

De belemmerende en bevorderende factoren zijn hieronder per thema beschreven en worden gepresenteerd in Tabel 2.

Geld

Belemmerende factoren. De meeste deelnemers beseften dat aangeboden sportactiviteiten niet gratis aangeboden kunnen worden, maar vonden dat de kosten niet te hoog mochten zijn. Een deelnemer die al een sportabonnement had, was bereid om voor dezelfde abonnementsprijs (€ 30 per maand) door te gaan met ProMuscle, maar de meesten vonden een prijs rondom de € 10 per maand een schappelijke prijs. Een enkeling vond dat het gratis moest. Bijkomende kosten, zoals het aanschaffen van extra voeding of parkeerkosten, werden door de deelnemers als onnodig gezien en maakten dat deelnemers minder bereid waren om mee te doen. Een deelnemer gaf aan dat ze na het betalen van de vaste lasten weinig tot geen geld overhield om nog te besteden aan sporten of gezondheid.

DN5: 'Ik heb alleen een klein pensioen. Als ik alles betaal dan blijft er weinig van over. En dan moet ik nog eten en soms is een apparaat kapot.'

Bevorderende factoren. Deelnemers waren op de hoogte van mogelijke kortingen via de gemeente of eventueel via de verzekering. Deze kortingen verwachtten deelnemers ook bij een sportactiviteit. Een gratis activiteit verdient altijd de voorkeur volgens de meeste deelnemers.

DN6: 'Als ervoor betaald moet worden, dan is dat voor mij altijd een beetje veel, maar ik bedoel... ik doe het liefste aan dingen mee die gratis komen van de gemeente of waar vandaan ook.'

Persoonlijke kenmerken

Belemmerende factoren. Onvoldoende digitale vaardigheden of minder beheersing van de Nederlandse taal maken het volgens deelnemers lastig om zelf informatie te zoeken en goed gebruik te kunnen maken van de bestaande voorzieningen. Hierdoor zijn deelnemers mogelijk afhankelijk van anderen om erachter te komen welke voorzieningen er zijn.

DN5: 'Ik begrijp niet alles wat de dokter zegt of wat op de brieven staat dus ik vraag dan om hulp. Soms

ook iemand uit het buurthuis, want ik ben alleen. Een afspraak maken via de telefoon is moeilijk want ik moet op allerlei knopjes drukken. En via het internet is het nog moeilijker want ik snap het niet.

Andere door de meeste deelnemers genoemde belemmerende factoren waren: het idee dat men te oud is, dat niets gaat werken om de gezondheid te verbeteren, dat mensen zich fysiek te kwetsbaar vonden en geen affiniteit met sport hebben.

... de kosten zijn voor deze doelgroep de belangrijkste drempel om deel te kunnen nemen aan ProMuscle

DN3: 'Ja, ik denk dat... nou, dat is niks meer voor mensen van 83...'

DN4: 'Ja, maar dat vooruitzicht heb ik niet, dat ik daar sterker van word. Ik word alleen maar doodmoe van en ik krijg dat voldaan gevoel, dat ik wat gedaan heb. Maar niet dat het goed voor mij is, omdat het dan iets aan mezelf beter maakt. Nee, ik maak mezelf alleen maar moe, en dat zit er niet bij...'

Bevorderende factoren. Het makkelijk kunnen starten in een nieuwe groep en een praatje kunnen maken met vreemde mensen, maakt het volgens sommige deelnemers wel makkelijker om alleen met een nieuwe activiteit te beginnen.

DN4: Ja, ik ben ook zo daarheen gegaan en de eerste keer toen deed ik mijn mond niet open hoor, en ik zat ook rond te kijken. Maar nou heb ik de grootste mond en zitten we ook te lachen, hard iemand uit te lachen en zo, dus.... Het gaat vanzelf.'

Het meegaan met een vriend/vriendin of een kennis zou volgens deelnemers de drempel kunnen verlagen om met een nieuwe activiteit te starten.

DN6: 'Weet je die motivatie die ik ook kreeg en zo ... dat komt doordat ik ook een motivator hier heb (wijst naar buurvrouw). Ja, dus daar gaan we... (lacht).'

Vervoer

Belemmerende factoren. Afstand tot de trainingslocatie werd door de meeste deelnemers als belemmering

voor deelname genoemd. Een aantal deelnemers gaf aan dat de drempel al te hoog is als men gebruik moet maken van het openbaar vervoer. Twee deelnemers vonden het in- en uitstappen van een bus of tram te belastend in verband met fysieke problemen. Een deelnemer gaf aan dat als de heen- en terugreis samen al langer is dan de activiteit zelf, dit een reden is om niet mee te doen.

DN3: 'Kijk, ik moet niet te afhankelijk wezen van het openbaar vervoer, want dat lopen naar het openbaar vervoer... Kost maar ook kracht en dan je rollator weer in de tram of in de bus zetten en dan weer eruit halen. Nee, het moet een beetje hier in de buurt...'

DN6: 'Ik denk dat als je mijn leeftijd hebt, dat je ook zoiets krijgt van, ja, ik wil niet te ver gaan of zo... Weet je, dat je dan een tram in, en een bus in of metro... dan weer op de tram en al dat soort dingen... nee, voor mij niet. Want ja, als je richting bepaalde plaatsen gaat, tegenwoordig ga je met openbaar vervoer, want als je gaat parkeren, betaal je je krom. Weet je, dus al dat soort dingen... Waar ik niet hoeft te betalen om te staan en waar ik makkelijk in een korte tijd kan. Want als ik een half uur moet rijden om ergens te komen, dan moet ik nog een uur trainen en dan moet ik weer een half uur naar huis... nee.'

Als deelnemers eigen vervoer hebben (scootmobiel of auto) zijn de parkeerkosten, parkeergelegenheid of de veiligheid onderweg aspecten om rekening mee te houden.

DN2: 'Ja nou, die scootmobiel, die heb ik wel, en die kan... ik heb een accu erin zitten voor 80 km, maar... ik zelf kan niet zo ver komen. Ik vind het gewoon eng als het zo idioot druk is.'

Activiteitskenmerken

Voor het thema activiteitskenmerken kwamen geen belemmerende factoren naar voren.

Bevorderende factoren. Een bevorderende factor voor de meeste deelnemers is dat het vooraf duidelijk is hoelang zij aan ProMuscle mee gaan doen.

DN2: 'Nou, het is toch dat je begeleiding krijgt en fitnessapparaten en zo, en het is twaalf weken, dus je weet wel hoe lang je ermee bezig bent.'

De continuïteit van het programma (zelfde begeleider, zelfde locatie) werd ook gewaardeerd door de deelnemers. Een aantal deelnemers gaf aan dat verschillende mogelijkheden om mee te doen prettig zouden zijn (ochtend, middag, verschillende dagen). Een deelnemer vond het juist prettig als er weinig keuzemogelijkheden zijn, want dat geeft duidelijkheid.

DN7: 'Als ik weet, het is een vaste dag op een vaste tijd, voor mij, het scheelt beter voor in mijn hoofd en mijn agenda, dat het dan rustiger is. Want anders ga je dan rommelen met dingen, dat is voor mij niet zo'n goed idee. Ik hou van dat het goed geordend is. Voor mij is het dan rustiger in mijn hoofd (...) ja, weet je, dan weet ik wie moet ik afzeggen of niet. Ja, dan weet ik de planning. Ik heb liever een schema waar ik me aan kan houden.'

Een deelnemer noemde als bevorderende factor het aanbieden van een gratis proefles waar de deelnemers eerst zonder verplichting kennis zouden kunnen maken met ProMuscle en de groep.

DN2: 'Nou, dan heb je een idee waar het over gaat en waar je mee in zee gaat, want dan weet je gewoon dat dat gebeurt er, nou ja, en dan kan je zeggen, ja of nee.'

Wat voor functie de groepsbegeleider heeft (fysiotherapeut, coach, sportleraar, etc.) maakt volgens de deelnemers niet veel uit, zolang deze deskundig is en persoonlijke aandacht en advies kan geven aan de deelnemers. Met name dat de begeleiders rekening houden met de lichamelijke klachten van iedereen en een aangepast oefenschema wordt aangeboden werd als belangrijk gezien.

DN6: 'Ja, nou, alleen dat men rekening kan houden. Dat als je bezig bent dat ze weten wat voor gebreken je hebt of wat voor problemen je hebt aan je lichaam. Dat ze niet gaan zeggen: Je moet dat doen, als je het echt niet kan. Want dat is geen verplichting dat je iets moet doen als je het niet kan, want ik kom niet om het kapot te maken.'

DN7: 'Ik denk als je last hebt van je knie, dat het wel fijn zou zijn als je wordt begeleid door iemand die er wat kaas van heeft gegeten. Dus het zou fijn zijn als er rekening wordt gehouden met de klachten'

van de mensen. Ik denk niet dat ik de enige zou zijn met klachten, denk ik.'

Dieet

Belemmerende factoren. In meerdere interviews kwam naar voren dat eerdere mislukte ervaringen met diëten een belemmering zijn voor het uitproberen van een nieuw dieet.

DN1: 'Ik heb het wel een paar keer gedaan met zo'n boek, weet je wel, ja. Van Sonja Bakker maar... en dan viel je af, en dan stop je weer en dan kom je weer bij... Waardeloos.'

Het idee dat deelnemers zich aan regels moeten houden, riep weerstand op bij de meeste deelnemers. Een meer vrijblijvend advies wordt op prijs gesteld.

DN1: 'Die diëtist hoeft ik niet, dat hou ik me toch nooit aan. (...) Maar dat zou ik toch wel willen, en als ze dan zegt, nou ja: ik schrijf een dieet voor u op omdat u misschien wat te zwaar bent. Nou, prima, maar dan doe ik het thuis en dan wil ik niet dat zij mij vertellen wat ik allemaal moet eten.'

Dat er een dieetadvies bij de krachtstraining hoort, werd niet door iedereen goed begrepen, maar wekte bij deelnemers nieuwsgierigheid op om te kunnen deelnemen.

DN2: 'Die begeleiding van de diëtist dat vind ik niet zo interessant, maar dat wil ik toch wel meemaken en misschien heeft ze goede ideeën voor me.'

Bevorderende factoren. Een dieet dat aangepast is aan de wensen en behoeftes van de deelnemers en met keuzevrijheid werd tijdens de interviews als positief benoemd. De meeste deelnemers gaven aan dat het eten lekker moet zijn en het liefst geen kant-en-klare maaltijden.

DN7: 'Ja, ik denk dat ik niet afval, doordat ik de schildklier heb, en die moeheid, en misschien kunnen ze zeggen, oké, je hebt last van je spieren, want ik heb ook weer zo'n spierpijnen dat ze denken van nou, je moet meer eiwitten eten om de spieren goed te behouden. Weet je, dat ze je handvaten geven, want nu doe je dingen, omdat ik dingen gewoon doe, maar niet omdat er een goed advies was.'

DN2: 'Je moet krijgen wat er is, hè? Jij kreeg een papiertje met wat je moet eten die dag, en dat en dat was voor de volgende dag. Nou, dat daar heb ik helemaal geen zin in! (...) Ten eerste (lacht) was het vegetarisch, de tweede was... dat vond ik ook niet zo erg lekker (lacht).'

Groepskenmerken

Belemmerende factoren. De gemixte groepen (geslacht) kunnen een belemmerende factor zijn bij sommige culturen of geloofsovertuigingen. Dit kwam ter sprake bij een van de interviews. Maar de meeste deelnemers waren neutraal of positief ten opzichte van het sporten in gemixte groepen.

DN5: 'Geen mannen. Ja, vrouwen, beetje vrij, ja, als ik met mannen zit, altijd zo, hè? (waakzame houding) Maar als je met vrouwen bent, dan helemaal los.'

DN1: 'Voor mij is dit geen probleem, hoor. Er mag een man ook tussen zitten.'

Bevorderende factoren. De kleine groepen (maximaal tien deelnemers) tijdens de krachttraining werd door de meeste deelnemers als positief genoemd. Deelnemers gaven aan dat in kleinere groepen meer persoonlijke aandacht is en dat men elkaar beter kan motiveren.

DN7: 'Ja, ik vind het leuk in een groep, ja, want weet je, dan heb je de drive van de mensen, dan zie je mensen dingen doen, en dan denk je, oh ja, kom op, kom op, kom op, kom op! Want je moet ook wat doen.'

Het doel van ProMuscle was duidelijk voor iedereen, maar het sociale aspect werd ook als belangrijk gezien door de meeste deelnemers, inclusief de mensen die ook meededen aan een soortgelijke leefstijlinterventie. Een gezellige en veilige sfeer en sociale contacten opbouwen en onderhouden waren genoemde voordelen. Dat er onbekende mensen in de groep zitten, werd door sommige participanten niet als een drempel beschouwd zolang er een veilige en prettige sfeer in de groep is.

DN6: 'De sfeer moet ook leuk zijn natuurlijk, maar ik ging om het doel. Een beetje van, je wil je spieren opbouwen en je wil dus de begeleiding hebben, en je voeding, wat belangrijk is voor jou. Weet je, daarvoor deed ik het, want als het alleen maar voor

de gezelligheid was, dan ga ik voor de tv zitten, of ga ik gezellig naar YouTube kijken dan.'

DN1: 'Het is geen probleem. Het is wel leuker als je iemand, als je mensen kent. Maar ja, je leert mensen kennen. Ik bedoel, we zijn allemaal mensen. Dus als ik ergens kom... vroeger, als ik naar de sportschool ging, ging ik ook alleen, maar ik kende niemand, maar ik had gewoon die motivatie van, ik wil gaan.'

Een belangrijk aspect voor de meeste deelnemers is dat er ruimte is om zelf aan te geven wat je wel of niet wil doen, en mee kan doen op jouw eigen manier.

DN4: '...en dan zegt ze: als jij het niet kan, moet je het niet doen, hoor. Iedereen doet wat ie kan. En als ze zeggen, je moet dit doen en het gaat niet, dan gaat het niet gewoon. (...) Je moet het aangeven en als ik zeg dat kan ik niet, ja, dan ben ik te moe.'

Werving

Belemmerende factoren. Werven via wijkkranten, folders of flyers is volgens de deelnemers geen effectieve manier om deelnemers te werven. Deelnemers gaven aan dat alleen de meest actieve deelnemers de wijkkrant lezen of actief op zoek gaan naar flyers en folders.

Bevorderende factoren. Het inzetten van sleutelfiguren in de wijk zoals zorgprofessionals, begeleiders, mantelzorgers of actieve bezoekers in buurtcentra werd door deelnemers benoemd als een effectievere methode om een activiteit als ProMuscle te promoten.

DN7: 'Nou, vroeger kreeg je het stadsblad aan huis en daar stond er heel veel informatie of je moet naar een buurthuis waar er veel flyers staan. Of bij de fysio zijn er mensen die dingen doen en dan leggen ze foldertjes. Afhankelijk van waar je komt, moet je gaan snuffelen en kijken van, oh, welke flyers hebben ze hier, of iemand vertelt het soms. Weet je? Je moet net het geluk hebben dat iemand dat gaat vertellen aan je. Dat er iets aan de hand is.'

DN5: 'Als je bijvoorbeeld hier in het buurthuis aan het praten bent dan hoor je via-via wat voor activiteiten er zijn en dan kan je ook meedoen: met sporten, met wandelen...'

DN4: 'Ik kijk niet meer naar wat er aangeboden wordt, dat doe je wel als je jong bent. En ik heb er al zo een dochter die dat gewoon wel zegt. Ook van: er is dit of er is dat.'

De reclamefolders via de brievenbus werden door sommige deelnemers als een goed middel beschouwd om deelnemers te werven. Reclamefolders lijken de groep beter te bereiken dan kranten of folders op een locatie in de wijk waar ze heen zouden moeten gaan.

DN3: 'Ja. Als je reclame krijgt in de brievenbus dan denk je, oh ja, nou dat ga ik eens in de gaten houden, kijken wat er nou is.'

Discussie

In dit onderzoek zijn de belemmerende en bevorderende factoren geïdentificeerd voor 65-plussers met een lage SEP om mee te doen met de leefstijlinterventie ProMuscle. Uit zeven semigestructureerde interviews zijn zeven hoofdthema's geïdentificeerd: geld, persoonlijke kenmerken, vervoer, activiteitskenmerken, groepskenmerken, dieet en werving.

Dorhout et al., Van der Laag et al. en Van Scherpenseel et al. hebben in eerder onderzoek belemmerende en bevorderende factoren voor deelname aan leefstijlinterventies door 65-plussers geïdentificeerd, maar niet specifiek voor lage SEP. De geïdentificeerde factoren komen overeen met de resultaten van ons onderzoek. Bijvoorbeeld de sociale interactie en de interne motivatie als bevorderende factoren, terwijl gebrek aan affiniteit met sport, gezondheidsovertuigingen en laag zelfvertrouwen als belemmerende factoren werden geïdentificeerd.^{12,14,27}

De hoge kosten zijn in eerdergenoemde onderzoeken als belemmerende factor genoemd,^{12,14,18,27} zoals ook in ons onderzoek het geval was. Maar in dit onderzoek kwam naar voren dat de prijsgrens per maand duidelijk lager ligt bij de groep van 65-plussers met een lage SEP (€ 10 per maand) ten opzichte van de groep 65-plussers met een hogere SEP (€ 50 per maand).^{12,14} Dit maakt de groep ouderen met een lage SEP afhankelijker van kortingen of externe vergoedingen. Ook vormen de kosten voor deze doelgroep de belangrijkste drempel om deel te kunnen nemen aan ProMuscle.

In het artikel van Van der Laag et al.¹⁴ werd de financiering van de zorgprofessionals genoemd als een van de belangrijkste factoren die de implementatie en de duurzaamheid van een interventie kan beïnvloeden. Op dit moment wordt voor de meeste leefstijlinterventies een gezamenlijke financiering georganiseerd met meerdere stakeholders waardoor het *wrong pocket system-effect* wordt voorkomen. Bij het *wrong pocket system* worden investeringen van een stakeholder

Factoren	Belemmerend	Bevorderend
Geld	Prijs > € 10 Onnodige extra's die de prijs verhogen Parkeerkosten Andere prioriteiten	Gratis Korting Vergoed via de verzekering of gemeente
Persoons-kenmerken	Weinig digitale of taalvaardigheden Weinig kennis van voorzieningen Zelf ervaren fysieke kwetsbaarheid Geen vooruitzicht op verbetering	Affiniteit met sport Sociaal Samen gaan
Vervoer	Lange afstand Lange reisduur Afhankelijk van OV Loophulpmiddel dragen in het OV Overstappen met OV	Eigen vervoer Veiligheid onderweg (weinig verkeer) Parkeergelegenheid
Activiteits-kenmerken		Korte duur (drie maanden) Persoonlijke aandacht Deskundigheid begeleider Rekening houden met fysieke klachten Continuïteit (zelfde begeleider) Flexibel in tijden Vaste tijden Proefles
Groeps-kenmerken	Gemixte groepen (mannen en vrouwen) Alleen bij mensen met moslimse religie	Kleine groepen (ongeveer tien) Gezellige en veilige sfeer Sociale contacten Eigen invulling geven aan het programma Eigen grenzen mogen aangeven Elkaar motiveren
Dieet	Dieetregels Slechte eerdere ervaringen met dieet Kant-en-klare maaltijden Weinig keuze Geen verband zien tussen dieet en oefeningen	Dieetadviezen en vrijblijvend Aangepast persoonlijk advies Lekkere recepten
Werving	Krant Folders of flyers op locaties	Reclame in de brievenbus Via via Via bekenden of begeleider in wijkcentrum Familie Vertrouwde zorgprofessionals

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren voor deelname aan ProMuscle bij 65-plussers met lage sociaaleconomische positie.

(bijvoorbeeld de gemeente) de baten van een andere stakeholder (de zorgverzekering of het zorgkantoor) waardoor het moeilijker is om een gezamenlijke investering voor elkaar te krijgen.^{2,28-30} Om deze reden is een sociale business-case en een domeinoverstijgende

financiering van gemeente, verzekering, zorgkantoor, een trapsgewijze bijdrage van de burger en eventueel nog door sponsors, de beste manier om tot een toegankelijker aanbod van leefstijlinterventies voor alle burgers te komen.^{3,31} Het bekendmaken van de voorde-

len en gunstige effecten van ProMuscle bij belangrijke stakeholders is van cruciaal belang om de financiering rond te krijgen en de groep 65-plussers met een lage SEP beter te betrekken.

Evenblij et al. onderzocht belemmerende en bevorderende factoren bij migrantenouderen met een lage SEP tot deelname aan een andere leefstijlinterventie, namelijk de valpreventie interventie Thuis Onbezorgd Mobiel (TOM). Gemengde groepen (mannen en vrouwen) bleken in dat onderzoek een drempel te vormen voor deelname.¹⁸ Dit gold in ons onderzoek slechts voor één van de drie deelnemers met een migratieachtergrond, mogelijk door de geloofsovertuiging van deze deelnemer. Het is daarom erg belangrijk om de verschillende voorkeuren van de doelgroep goed te inventariseren voordat een leefstijlinterventie wordt aangeboden, en niet deze voorkeuren zelf invullen aan de hand van eigen aannames door de SEP of migratieachtergrond.

.... juist mensen met een lage SEP leven tussen 5 en 7,5 jaar korter, in slechtere gezondheid en maken meer gebruik van zorg dan mensen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau

In eerder onderzoek heeft Dorhout et al. de mening van deelnemers van ProMuscle over het programma in kaart gebracht. De resultaten van het onderzoek van Dorhout et al. zijn vergelijkbaar met resultaten uit dit onderzoek. Dorhout et al. liet zien dat persoonlijke aandacht en aangepaste oefenschema's een positieve invloed hadden op de resultaten en tevredenheid bij zorgprofessionals en deelnemers (65-plussers met een hogere SEP).¹² In ons onderzoek kwamen persoonlijke aandacht, kleine groepen en de mogelijkheid om oefenschema's aan te passen als bevorderende factoren naar voren. De overeenkomsten laten zien dat ProMuscle als interventie geschikt is voor 65-plussers met zowel een hoge als een lage SEP.¹²

Slechte ervaringen met diëten vanwege strikte regels, het jojo-effect en geen lekker eten kwam uit dit onderzoek naar voren als een belemmerende factor. Eerdere onderzoeken vermeldden ook strenge dieetregels bij 65-plussers met een hogere SEP als een belemmerende factor,¹⁴ of een cultuurgevoelig dieetadvies bij 65-plussers met een migrantenachtergrond juist als

bevorderende factor.¹⁸ Een effectieve manier om ProMuscle te onderscheiden van conventionele diëten en het aantrekkelijker te maken voor de doelgroep, is om de nadruk te leggen op het gepersonaliseerde dieetadvies, zonder strikte regels maar eerder als een vrijblijvend advies.

Net zoals in andere onderzoeksliteratuur aangetoond werd,^{14,18,27} blijkt ook in ons onderzoek dat een toegankelijke en gemakkelijk bereikbare locatie van cruciaal belang is bij het aanbieden van leefstijlinterventies aan 65-plussers ongeacht hun SEP. Vooral de fysiek kwetsbare deelnemers van ons onderzoek ervaren moeilijkheden met betrekking tot de afhankelijkheid van het openbaar vervoer, wat deelname aan ProMuscle kan bemoeilijken. Samenwerking met lokale zorgprofessionals en andere stakeholders op lokaal of wijkniveau die ProMuscle in de nabijheid van de doelgroep kunnen aanbieden, en eventueel met personenvervoerbedrijven als de afstanden toch te ver zijn, zouden de deelname van kwetsbare 65-plussers kunnen faciliteren.

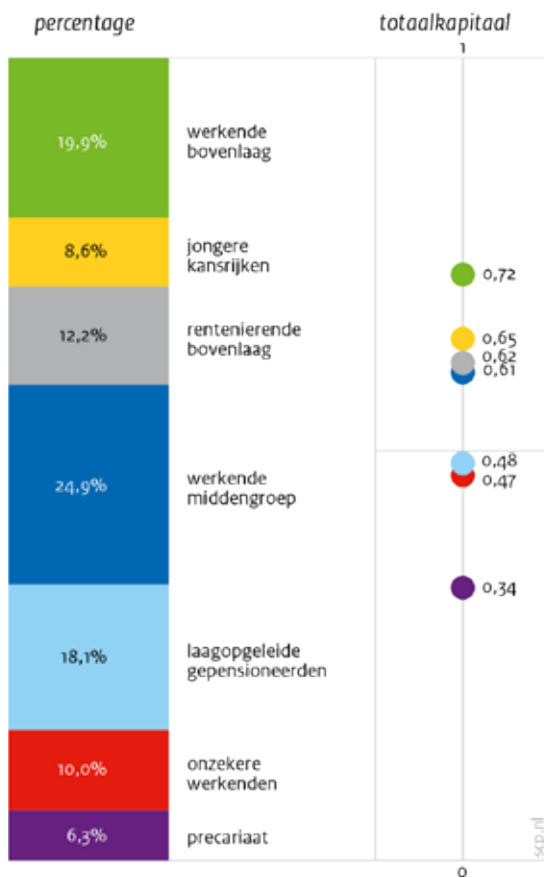
Zoals in andere onderzoeken ook werd gesuggereerd,^{14,18,27} is een persoonlijke benadering via de sociale omgeving, het buurthuis of via een sleutelfiguur of vertrouwenspersoon in de wijk een goede manier om deze doelgroep te benaderen of te werven voor deelname aan een leefstijlinterventie. Vanuit ons onderzoek blijkt dat voor deelnemers met een lage SEP schriftelijke reclame via de brievenbus een effectievere strategie is dan reclames in kranten, folders of flyers op verschillende locaties. Het is bekend dat 65-plussers met een lage SEP vaak moeilijk te bereiken en te betrekken zijn bij onderzoek of beweegactiviteiten.^{18,19,32} Ook zijn 65-plussers met een lage SEP vaak niet goed in beeld bij instanties en professionals. Terwijl dit juist de groep is met de slechtste gezondheid en die de minste affiniteit heeft met sport.^{15,16,33} Samenwerking met andere instanties zoals eerstelijns zorgprofessionals, het sociale en informele domein zouden de wervingsinspanningen kunnen vergemakkelijken.¹⁴

In ons onderzoek was het ook lastig om een gevarieerde groep deelnemers te bereiken ondanks brede inspanningen via wijkcentra en voedselbanken, en dit is ook een van de zwaktes van dit onderzoek. De deelnemers in dit onderzoek waren voornamelijk bezoekers van wijkcentra, wat doorgaans voornamelijk vrouwen betreft.³⁴ De bekendheid van deelnemers met wijkcentra suggereren dat zij over een sociaal netwerk en sociale vaardigheden beschikken, en redelijk vertrouwd zijn met het vinden van hulp en andere voorzieningen in

de buurt. Bovendien hadden de deelnemers affiniteit met sport, nu nog of in het verleden, en dit was vaak hun initiële motivatie om deel te willen nemen aan dit onderzoek. Hoewel de voedselbank op zichzelf een geschikte plek zou moeten zijn om deze doelgroep te vinden, lijkt het achteraf gezien misschien niet de juiste setting. Bezoekers hebben haast en nemen niet de tijd om rustig naar folders en flyers te kijken. Mogelijk zou in deze context een persoonlijke benadering of het plaatsen van folders in boodschappentassen effectiever kunnen zijn. Uiteindelijk hebben er geen 65-plussers met een klein sociaal netwerk en een minder gezonde levensstijl zich aangemeld voor dit onderzoek. Zoals eerder beschreven zijn 65-plussers in een kwetsbare positie moeilijk te bereiken ook voor andere onderzoeken en gezondheidsbevorderende initiatieven. Om de groep die mogelijk het meeste baat heeft van gezondheidsbevorderende initiatieven beter te kunnen bereiken, is een domeinoverstijgende en interdisciplinaire aanpak belangrijk. Waarbij aandacht is voor meer dan leefstijl, zoals mentale psychische of financiële problemen.^{16,19,35}

Een andere zwak punt van dit onderzoek is de gebruikte definitie van lage SEP. Een lage SEP wordt op dit moment nog gebaseerd op laag inkomen en een lage opleiding. Recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau suggereert dat andere factoren ook een rol spelen bij een SEP, zoals sociaal kapitaal (formele en informele netwerken), cultureel kapitaal (leefstijl, digitale vaardigheden, culturele achtergrond) en persoonskapitaal (mentale en fysieke gezondheid en uiterlijk).³⁶ Deze multifactoriële definitie leidt tot een meer gedetailleerde classificatie van de samenleving in zeven kapitaalgroepen (zie Figuur 1), in plaats van de traditionele lage, midden- en hoge SEP-classificatie. Twee van deze kapitaalgroepen, de *laagopgeleide gepensioneerden* en het *precariaat*, vallen grotendeels onder de klassieke lage SEP classificatie. Vooral de groep laagopgeleide gepensioneerden is in dit onderzoek prominent aanwezig, in tegenstelling tot het precariaat, dat nog slechter scoort op verschillende kapitaalaspecten. Het wordt aanbevolen om deze nieuwe classificatie in overweging te nemen bij het bepalen van inclusiecriteria voor toekomstig onderzoek. Daarnaast kan men met de nieuwe classificatie specifiekere strategieën toepassen om de doelgroep te bereiken. Hoewel het precariaat niet vertegenwoordigd is in dit onderzoek volgens de nieuwe classificatie, hebben we

wel waardevolle inzichten voor de groep laagopgeleide gepensioneerden kunnen ophalen.



Figuur 1: Bevolkingspercentage per kapitaalgroep en totaalkapitaal (economisch, sociaal, cultureel en persoonskapitaal).³⁶

Conclusie

Dit onderzoek identificeerde zeven thema's waarin de belemmerende en bevorderende factoren werden gecategoriseerd die de groep 65-plussers met een lage SEP ervaart om mee te doen met de leefstijlinterventie ProMuscle: geld, persoonlijke kenmerken, vervoer, activiteitskenmerken, groepskenmerken, dieet en werving. De hoge kosten vormen nu een van de grootste belemmeringen en een gezamenlijke domeinoverstijgende financiering kan hier een oplossing voor zijn. Daarnaast is maatwerk in het aanbod en in de manier van werven essentieel om 65-plussers met een lage SEP beter te bereiken en aan te trekken. De problematiek van deze groep is soms complex waardoor andere aanpakken nodig zijn om mensen met lage SEP te laten profiteren

van een leefstijlinterventie. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij de implementatie van een leefstijlinterventie zoals ProMuscle.

Referenties

1. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Dialoognota ouder worden, 2020-2040. Den Haag; 2021 feb.
2. **de Visser M, Boot A, Werner G, van Riel A, Gijsberts M.** Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Samenvatting uit het WRR Rapport nr. 104. Den Haag; 2021.
3. GALA: gezond en actief leven akkoord. Den Haag; 2023 jan.
4. Kenniscentrum Sport en Bewegen [Internet]. [Geciteerd 1 maart 2024]. Database sport en beweeginterventies - zoek naar effectieve aanpakken. Beschikbaar op: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/>
5. Kenniscentrum Sport en Bewegen [Internet]. [Geciteerd 1 maart 2024]. Database sport en beweeginterventies – ProMuscle in de praktijk. Beschikbaar op: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/interventie/promuscle-in-de-praktijk/>
6. **Ardeljan AD, Hurezeanu R.** Sarcopenia. StatPearls [Internet]. 4 juli 2023 [geciteerd 13 oktober 2023]; Beschikbaar op: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813/>
7. **Kim Y, Park KS, Yoo J II.** Associations between the quality of life in sarcopenia measured with the SarQoL® and nutritional status. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 1 december 2021 [geciteerd 13 oktober 2023];19(1). Beschikbaar op: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33482832/>
8. Taskforce. Taskforce. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft? 2018.
9. **Tieland M, van de Rest O, Dirks ML, van der Zwaluw N, Mensink M, van Loon LJC, e.a.** Protein Supplementation Improves Physical Performance in Frail Elderly People: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. J Am Med Dir Assoc. oktober 2012;13(8):720–6.
10. **Tieland M, Dirks ML, van der Zwaluw N, Verdijk LB, van de Rest O, de Groot LCPGM, e.a.** Protein Supplementation Increases Muscle Mass Gain During Prolonged Resistance-Type Exercise Training in Frail Elderly People: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. J Am Med Dir Assoc. oktober 2012;13(8):713–9.
11. **van Dongen EJI, Haveman-Nies A, Doets EL, Dorhout BG, de Groot LCPGM.** Effectiveness of a Diet and Resistance Exercise Intervention on Muscle Health in Older Adults: ProMuscle in Practice. J Am Med Dir Assoc. augustus 2020;21(8):1065-1072.e3.
12. **Dorhout BG, de Groot LCPGM, van Dongen EJI, Doets EL, Haveman-Nies A.** Effects and contextual factors of a diet and resistance exercise intervention vary across settings: an overview of three successive ProMuscle interventions. BMC Geriatr. 9 december 2022;22(1):189.
13. Regio Foodvalley [Internet]. 2022 [geciteerd 6 oktober 2023]. Hoe zorg je voor een succesvolle implementatie van leefstijlinterventie ProMuscle? | Regio Foodvalley. Beschikbaar op: <https://www.regiofoodvalley.nl/programma/regio-deal/actueel/hoe-zorg-je-voor-een-succesvolle-implementatie-van-leefstijlinterventie-promuscle>
14. **van der Laag P, Dorhout B, Heeren A, Veenhof C, Barten DJ, Schoonhoven L.** Barriers and facilitators for implementation of a combined lifestyle intervention in community living older adults: A scoping review. Frontiers (Boulder). 2023;11.
15. Pharos [Internet]. 2022 [geciteerd 6 oktober 2023]. Factsheet Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV). Beschikbaar op: <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>
16. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij : complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving; 2020.
17. **Jansen T, Zwaanswijk M, Hek K, de Bakker D.** To what extent does sociodemographic composition of the neighbourhood explain regional differences in demand of primary out-of-hours care: a multilevel study. BMC Fam Pract. 6 december 2015;16(1):54.
18. **Evenblij K, Overvest E, Frazer S, van der Veen R.** Eindrapport implementatie TOM in 2 Rotterdamse wijken. Resultaten van een onderzoek naar het uitvoeren van TOM bij ouderen met een lage SES/migratieachtergrond. Amsterdam; 2022 aug.
19. **Broeders D, Das D, Jennissen R, Tiemeijer W, de Visser M.** Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Den Haag; 2018.
20. Kwijtschelding - Gemeente Amsterdam [Internet]. [Geciteerd 8 oktober 2023]. Beschikbaar op: <https://www.amsterdam.nl/belastingen-heffingen/kwijtschelding-aanvragen/#hb09992be-ed50-4366-9038-d8ee5ae399e3>
21. Centraal Bureau voor de Statistiek [Internet]. 2021 [geciteerd 6 oktober 2023]. Indeling van opleidingen op basis van niveau en oriëntatie. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/discussion-papers/2021/invulling-praktisch-en-theoretisch-opgeleiden/3-indeling-van-opleidingen-op-basis-van-niveau-en-oriëntatie>

22. **Hennink M, Kaiser BN.** Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med.* januari 2022;292:114523.
23. Wijk Transvaalbuurt (gemeente Amsterdam) in cijfers en grafieken (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl [Internet]. [geciteerd 6 oktober 2023]. Beschikbaar op: <https://allecijfers.nl/wijk/transvaalbuurt-amsterdam/>
24. Buurt Tuindorp Amstelstation (gemeente Amsterdam) in cijfers en grafieken (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl [Internet]. [geciteerd 6 oktober 2023]. Beschikbaar op: <https://allecijfers.nl/buurt/tuindorp-amstelstation-amsterdam/>
25. Pharos [Internet]. [geciteerd 6 oktober 2023]. Eenvoudige en begrijpelijke onderzoeksformulieren: patiëntinformatieformulier (PIF) - Pharos. Beschikbaar op: <https://www.pharos.nl/kennisbank/eenvoudige-en-begrijpelijke-onderzoeksformulieren-patientinformatieformulier-pif/>
26. **Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J.** The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science.* 29 oktober 2022;17(1):75.
27. **van Scherpenseel M, Donné L, van Veenendaal L, van den Broeke J, te Velde S, Ronteltap A.** Hoe thuiswonen de ouderen te bereiken met valpreventie-interventies? Een mixed-methods studie naar potentiële strategieën. *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie.* maart 2022;
28. Discussienota Zorg voor de Toekomst. Den Haag; 2020 dec.
29. **Minkman M, Bleumink E.** Reactie op consultatie Domeinoverstijgende samenwerking. Utrecht: Vilans; 2021.
30. **Stouthard L, van de Schoot R, Glimmerveen L.** Routekaart domeinoverstijgende samenwerking [Internet]. Vilans. Utrecht; 2020 jan [geciteerd 6 oktober 2023]. Beschikbaar op: <https://www.vilans.nl/kennis/routekaart-domeinoverstijgende-samenwerking>
31. Domeinoverstijgende financiering: grip op kosten en baten [Internet]. [geciteerd 22 oktober 2023]. Beschikbaar op: <https://www.vilans.nl/kennis/domeinoverstijgende-financiering-grip-op-kosten-en-baten>
32. **Bibbins-Domingo K, Helman A,** redacteurs. *Improving Representation in Clinical Trials and Research: Building Research Equity for Women and Underrepresented Groups.* Washington, D.C.: National Academies Press; 2022. 80–82 p..
33. **van den Dool R.** Deelname sport en bewegen van mensen met een lage sociaaleconomische status. De achtergronden van de deelname. Utrecht; 2022 dec.
34. **Strooks.** Tevredenheid bezoekers Tilburgse wijkcentra. Tilburg; 2021 dec.
35. **de Klerk M, Eggink E, Plaisier I, Sadiraj K.** Zicht op zorgen: Kerncijfers over de problemen, hulpbronnen, leefsituatie en ondersteuning van mensen in het sociaal domein. . Den Haag; 2023 mei.
36. **Vrooman C, Boelhouwer J, Iedema J, van der Torre A.** Eigentijdse Ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Verschil in Nederland 2023. Den Haag; 2023 mrt

Afkapwaarde voor spierkracht gemeten met de Martin Vigorimeter bij de geriatrische patiënt

Susanne de Vries en Esther Molenaar



Uit een recente studie en uit de praktijk blijkt dat de Martin Vigorimeter beter is dan de JAMAR voor het meten van de handknijpkracht bij ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis. In dit prospectief onderzoek zijn bij 33 geriatrische patiënten in het ziekenhuis handknijpkrachtmetingen verricht met de JAMAR en de Martin Vigorimeter. Het doel was de afkapwaarden van de Martin Vigorimeter te bepalen voor handknijpkracht. De convergente validiteit was goed. Er was een significante sterke correlatie ($r=0,832$; $p<0,001$) tussen de metingen met de JAMAR en de Martin Vigorimeter. De optimale afkapwaarde was 39 kPa, sensitiviteit 100% en specificiteit 48,4%. Conclusie, de afkapwaarde van 39 kPa kan gebruikt worden om de handknijpkracht te classificeren als voldoende of onvoldoende bij ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis.

Auteursgegevens: Susanne de Vries is geriatriefysiotherapeut in het Gelre ziekenhuis, locatie Apeldoorn. Esther Molenaar is onderzoeker aan het lectoraat Innovatie van Bewegezorg en docent geriatriefysiotherapie aan de Hogeschool Utrecht (HU).

Correspondentie: s.d.vries@gelre.nl

Inleiding

In Nederland is er sprake van een dubbele vergrijzing, waardoor ook het aantal kwetsbare ouderen toeneemt.¹ Kenmerk van de geriatrische patiënt is de kwetsbaarheid.² Kwetsbaarheid bij ouderen wordt gedefinieerd als: een proces van opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten.³ Een van de negatieve gezondheidsuitkomsten is een ziekenhuisopname door afhankelijkheid in algemeen dagelijkse activiteiten (ADL). Er is een sterke relatie tussen verminderde spiermassa en/of handknijpkracht en afhankelijkheid in ADL bij ouderen opgenomen in het ziekenhuis.⁴⁻⁷

De geriatriefysiotherapeut speelt een belangrijke rol gedurende de behandeling van kwetsbare ouderen om de fysieke functies te behouden en te herstellen. Hiermee worden de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen vergroot.⁸ De fysieke functies worden in kaart gebracht door middel van meetinstrumenten. De spierkracht wordt onder andere in kaart gebracht door middel van een handknijpkrachtmeter.⁹ Als gouden standaard in de fysiotherapie wordt de JAMAR ingezet om de handknijpkracht in kaart te brengen.¹⁰ Voor het afnemen van de JAMAR is er een gestandaardiseerd protocol waarin staat beschreven wat de uitgangspositie is voor de patiënt. De patiënt moet zelfstandig kunnen staan of zitten in een stoel, waarbij de elleboog in negentig graden flexie gehouden moet worden.¹¹ Echter blijkt uit de praktijk en uit het onderzoek van Sipers et al.¹² dat dit geen geschikt meetinstrument is voor kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis. Kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis zijn vaak bedlegerig en dus niet in staat om zelfstandig te kunnen zitten. Hiernaast is de JAMAR anderhalf kilogram zwaar en is de handvatting niet prettig voor ouderen met artrose in de handen.¹²

Als beter alternatief bij deze doelgroep wordt de Martin Vigorimeter geadviseerd door Sipers et al.¹² De Martin Vigorimeter is een pseudodynamische dynamometer. De patiënt knijpt in een rubberen bol die verbonden is met een manometer die de fysiotherapeut vast heeft.

De knijpkracht wordt uitgedrukt in kilopascal (kPa).¹³ De test heeft geen eis ten opzichte van de uitgangspositie qua houding. De combinatie van een andere handvatting en het ontbreken van een uitgangspositie van de houding maakt dat hij beter toepasbaar is bij de kwetsbare oudere patiënt opgenomen in het ziekenhuis.¹²

De implementatie in de praktijk blijft nog achter doordat er nog geen afkapwaardes zijn om te beoordelen of de patiënt voldoende of onvoldoende spierkracht heeft. In de literatuur zijn alleen afkapwaardes bekend voor patiënten met sarcopenie of zij een behandeling primair/secundair preventief nodig hebben.¹⁴

Het doel van deze studie is om de afkapwaardes te bepalen voor handknijpkracht gemeten met de Martin Vigorimeter bij de geriatrische patiënt opgenomen in het ziekenhuis. Dit is klinisch relevant voor de fysiotherapeut om een uitspraak te doen of de patiënt voldoende of onvoldoende spierkracht heeft en daarmee een uitspraak te doen over het fysiek functioneren. De onderzoeksvraag luidt: Welke afkapwaardes van de Martin Vigorimeter voor spierkracht kunnen worden gebruikt bij de geriatrische patiënt die is opgenomen in het ziekenhuis?

Methode

Studie design

Dit prospectieve onderzoek is goedgekeurd door de lokale toetsingscommissie van het Gelre ziekenhuizen (studienummer 2023_10). Dit studiedesign maakt mogelijk om vanuit een geselecteerde steekproef data te verzamelen die antwoord kan gaan geven op de onderzoeksvraag. Alle deelnemers hebben de patiënteninformatiebrief ontvangen en de informed consent getekend voorafgaand aan het verzamelen van de data.

Deelnemers

Patiënten die opgenomen zijn in het Gelre ziekenhuis locatie Apeldoorn waarbij fysiotherapie in consult is gevraagd zijn gescreend op de in- en exclusiecriteria. De inclusiecriteria waren:

- Ouder dan 65 jaar;
- Opgenomen in het Gelre ziekenhuis locatie Apeldoorn;

- De patiënt kan zelfstandig zonder assistentie de handknijpkrachtmeting met de JAMAR uitvoeren. De exclusiecriteria waren:
 - De testuitvoering was niet mogelijk door hand- en/of polsletsel of -amputatie;
 - Niet instrueerbaar vanwege taalbarrière of cognitief functioneren;
 - Opnamereden Cerebro Vasculair Accident (CVA) of fracturen;
 - Te kwetsbare patiënten waarbij reguliere fysiotherapie zou worden uitgesteld omdat er acute achteruitgang werd verwacht;
 - Patiënten bij wie een palliatief beleid is afgesproken.

Dit gebeurde in de periode van 28 april 2023 tot 15 mei 2023. Er werd gestreefd naar dertig tot vijftig deelnemers in verband met haalbaarheid en eerder gepubliceerde onderzoeken over meetinstrumenten binnen het domein fysieke functies bij kwetsbare opgenomen patiënten in het ziekenhuis.¹⁵

Patiënten konden opgenomen zijn op de verpleegafdelingen Acute Opname Afdeling (AOA), orthopedie, cardiologie, pulmonologie, geriatrie en oncologie.

Data verzameling

De collega's fysiotherapie zijn vooraf schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de in- en exclusiecriteria en het meetprotocol. De aangedragen patiënten werden definitief gescreend door de onderzoeker op de in- en exclusiecriteria waarna ze werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. Na het doornemen van de patiëntinformatiebrief en het ondertekenen van de informed consent zijn de metingen uitgevoerd.

.... de patiënt knijpt in een rubberen bol die verbonden is met een manometer die de fysiotherapeut vast heeft ...

De testen werden afgenomen volgens het meetprotocol.¹¹ Ter voorbereiding van de test werden eerst de testen uitgelegd en de patiënt ging in de uitgangspositie zitten die vereist is voor het afnemen van de handknijpkracht met de JAMAR. Hierna werden de metingen één keer voorgedaan door de onderzoeker. De dominante hand werd uitgevraagd en er werd gevraagd of de patiënt nog vragen had over het onder-

zoek. Wanneer dit was gedaan kneepte de deelnemer drie keer maximaal in de JAMAR met zijn/haar dominante hand, waarbij elke keer dertig seconden rust werd genomen tijdens de metingen. Hierna was er een pauze van drie minuten. Daarna werd er drie keer maximaal geknepen in de Martin Vigorimeter met de dominante hand, ook hierbij werd er dertig seconden rust gehouden tussen de metingen.

Er is gekozen voor dertig seconden rust tussen de metingen, omdat het is beschreven in de richtlijn: Meetprotocol handknijpkracht.¹¹ Daarnaast is bekend dat de fosfaatsystemen die de maximale kracht leveren een hersteltijd van dertig seconden nodig hebben om de adenosinetriphosfaat (ATP) voorraad weer tot 70% aan te vullen. De pauze van drie minuten tussen de twee meetinstrumenten is gekozen, omdat het fosfaatsysteem drie minuten nodig heeft om zich aan te vullen tot 100%.¹⁶ Totale duur van het afnemen van de metingen was ongeveer tien minuten.

.... de Martin Vigorimeter is beter toepasbaar bij de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis

De gegevens zijn opgeslagen in het programma CASTOR Electronic Data Capture (EDC), een beveiligde omgeving. De opgeslagen gegevens zijn: datum van meting, demografische gegevens (leeftijd, geslacht & specialisme van opname), de metingen met de handknijpkracht meter JAMAR en de metingen met handknijpkrachtmeter Martin Vigorimeter. De gegevens worden voor een duur van vijftien jaar opgeslagen.

Meetinstrumenten

De maximale handknijpkracht is gemeten met de JAMAR dynamometer en Martin Vigorimeter.

JAMAR dynamometer

De JAMAR dynamometer is de gouden standaard op het gebied van handknijpkrachtmeting binnen de fysiotherapie.¹⁰ De hoogste score van drie metingen wordt vergeleken met de referentiewaarde. Indien de patiënt 85% of meer scoort van zijn/haar referentiewaarde (geslacht en leeftijd) wordt er gezegd dat de patiënt voldoende spierkracht heeft.¹⁷

De JAMAR is een betrouwbaar en valide meetinstrument voor ouderen. De test-hertest betrouwbaarheid

is goed ($r=0,80$) en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is zeer goed ($r=0,98$). De criterium validiteit is zeer hoog ($r=0,96$).^{10,11}

Martin Vigorimeter

De Martin Vigorimeter is een goed alternatief voor de JAMAR. Het is een betrouwbaar meetinstrument, de test-hertest betrouwbaarheid laat een intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC) van 0,94 en 0,92 ($p<0,001$) zien. Hiernaast is er een sterke correlatie tussen de eerste en tweede meting van de Martin Vigorimeter en JAMAR ($r=0,79$; $p<0,001$).^{12,18}

Data-analyse

De beschrijvende statistiek werd eerst getoetst op normaliteit door middel van de Shapiro-Wilk test en visuele inspectie van het histogram. Continue variabelen werden, indien normaal verdeeld, uitgedrukt in gemiddelde en standaarddeviatie (sd). Indien niet normaal verdeeld werden de mediaan en interkwartielafstand (IQR) beschreven. Categorische variabelen werden uitgedrukt in absolute getallen en percentages (%).¹⁹ Om de convergente validiteit te beoordelen is de correlatiecoëfficiënt berekend. Voor deze analyse is gebruikgemaakt van de hoogste score gemeten met de JAMAR en de hoogste score gemeten met de Martin Vigorimeter. Er is gekozen om de hoogste waarde van de drie metingen te gebruiken voor verdere analyse omdat dit staat beschreven in het protocol van de JAMAR.¹¹

De Pearson correlatiecoëfficiënt (r) werd gebruikt bij normaal verdeelde data, en de Spearman correlatie-

coëfficiënt werd gebruikt indien de data niet normaal verdeeld was.¹⁹

De uitkomsten van de Pearson correlatiecoëfficiënt kon geïnterpreteerd worden als: de sterkte van de correlatie is zwak ($r=0,1$), medium ($r=0,3$) of sterk ($r=0,5$).²⁰ Hiernaast zal het significantie level worden benoemd, echter is deze ondergeschikt gezien deze erg afhankelijk is van de steekproefgrootte.²¹

Indien er een samenhang werd gevonden, werd er een ROC-curve (Receiver Operating Characteristic) gemaakt om de afkappunten voor de Martin Vigorimeter te bepalen.²²

Om het meest geschikte afkappunt te bepalen, werd ervoor gekozen om de sensitiviteit zwaarder te laten wegen dan de specificiteit.²³ De onderzoeker heeft hiervoor gekozen omdat het belangrijk is om mensen met onvoldoende spierkracht op te sporen om negatieve gezondheidsuitkomsten te kunnen voorkomen. Alle analyses worden uitgevoerd in het programma IBM SPSS Statistics versie 28. Voor alle uitgevoerde analyses werd een significantie level van 5% gebruikt.

Resultaten

In totaal voltooiden 33 patiënten beide handknijpkrachtmetingen, gemeten met de JAMAR en Martin Vigorimeter. Er was geen uitval van patiënten gedurende het onderzoek en alle gegevens waren volledig. De patiëntkarakteristieken van de deelnemers worden weergegeven in Tabel 1. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 67 jaar en 100 jaar met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar. De normaalverdeling van leeftijd werd getest met de Shapiro-Wilk test, met

Karakteristieken	Totaal aantal patiënten n=33	Significantie level
Geslacht n(%)		
man	17 (51,5%)	
vrouw	16 (48,5%)	
Leeftijd (sd)	80 Jaar (8)	$p=0,256$
Opname specialisme n(%)		
orthopedie	5 (15,2%)	
cardiologie	3 (9,1%)	
pulmonologie	4 (12,1%)	
interne geneeskunde	2 (6,1%)	
chirurgie	6 (18,2%)	
geriatrie	10 (30,3%)	
oncologie	3 (9,1%)	

Tabel 1: Patiëntkarakteristieken. Afkortingen: n=aantal deelnemers; sd=standaard deviatie; %=percentage van de totale groep.

een p -waarde van 0,256, wat betekent dat de leeftijd normaal verdeeld is. Van de steekproef was 51,5% man. De meeste patiënten werden opgenomen voor het specialisme Geriatrie (30,3%).

Van de 33 patiënten hadden twee patiënten voldoende de handknijpkracht gemeten met de JAMAR. De gemiddelde scores en range van de hoogste meting zijn weergegeven in Tabel 2. Hiernaast is te zien dat de Shapiro-Wilk test significant is ($p=0,049$), dit suggereert dat de data niet normaal verdeeld is binnen Martin Vigorimeter (hoogste score). Echter is er na aanleiding van de visuele inspectie gekeken naar gemiddelde/mediaan/modus en de Skewness(0,745) en Kurtosis(0,282). Naar aanleiding van deze extra controle is gekozen om aan te nemen dat de data wel normaal verdeeld is.

... de JAMAR weegt anderhalf kilo en is niet prettig voor ouderen met artrose in de handen ...

Met de Pearson correlatiecoëfficiënt is gekeken naar de samenhang tussen de hoogste waarde gemeten met de JAMAR en hoogste waarde gemeten met de Martin Vigorimeter. De assumpties zijn voldaan. De onderzoeker vond een significante sterke samenhang ($r=0,834$; $p<0,001$), zie Tabel 3.

De ROC-Curve van de Martin Vigorimeter (hoogste waarde) is weergegeven in grafiek 1. In de grafiek is te zien dat halverwege de sensitiviteit enorm sterk toeneemt. Dit is bij de score van 39 kPa.

Bij 39 kPa is de sensitiviteit 100% en de specificiteit 48,4%. Wanneer je de score verhoogt naar 41 kPa daalt de sensitiviteit met 50% en stijgt de specificiteit naar 61,3% (zie Tabel 4). Hierna blijft de sensitiviteit gelijk en neemt de specificiteit toe met 6% of 3%. De afkapwaarde van 39 kPa komt als beste naar voren uit de ROC-curve; in combinatie met dat sensitiviteit zwaarder weegt dan specificiteit wordt voor dit punt gekozen.

Discussie

Gedurende dit onderzoek is er onderzocht welke afkapwaarde voor handknijpkracht gemeten met de Martin Vigorimeter gebruikt kan worden in het ziekenhuis, om te beoordelen of de geriatrische patiënt voldoende of onvoldoende spierkracht heeft.

Uit de resultaten komt naar voren dat een afkapwaarde van 39 kPa met een sensitiviteit van 100% en specificiteit van 48,4%, gebruikt kan worden. Dit houdt in dat alle geriatrische patiënten met onvoldoende spierkracht juist gediagnosticeerd worden maar dat ook veel geriatrische patiënten met voldoende spierkracht onterecht worden bestempeld als onvoldoende spierkracht. De keuze voor deze afkapwaarde is gemaakt omdat er vooraf bepaald was dat de sensitiviteit zwaarder weegt dan specificiteit.²³ Hierdoor werd voorkomen dat er negatieve gezondheidsuitkomsten ontstaan doordat iemand onterecht met voldoende spierkracht werd beoordeeld.

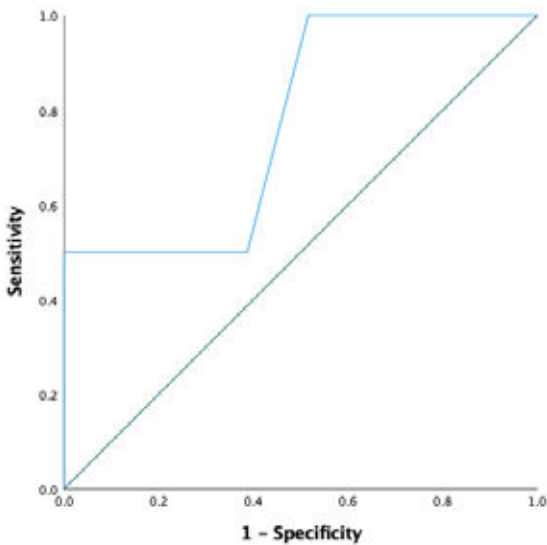
In de onderzoeksresultaten is te zien dat er onverwachts een goede verdeling in geslacht is te zien. Hiernaast varieerde de leeftijd van 67 tot 100 jaar met een gemiddelde van 80 jaar. Daarnaast waren de geriatrische patiënten opgenomen binnen zeven

	Score	Significantie level
JAMAR (kg)	16,12 (4-38)	$p=0,126$
Martin Vigorimeter (kPa)	41,91 (18-80)	$p=0,049^*$

Tabel 2: Gemiddelde scores van hoogste waarde handknijpkracht. Afkortingen: kg=kilogram; *=significantie level van $p<0,05$; kPa=kilopascal.

	Pearson correlatie	Significantie level	95% betrouwbaarheidsinterval
Hoogste waarde JAMAR hoogste waarde Martin Vigorimeter	$r=0,832$	$p<0,001^*$	(0,677-0,912)

Tabel 3: Pearson correlatiecoëfficiënt. Afkortingen: r =pearson correlatiecoëfficiënt; *=significantie level van $p<0,05$



Figuur 1: Received Operation Curve Martin Vigorimeter.

Score	Sensitiviteit	Specificiteit
37,5 kPa	100%	41,9%
39 kPa	100%	48,4%
41 kPa	50%	61,3%
43 kPa	50%	67,7%

Tabel 4: Sensitiviteits- en specificiteits percentages Received Operation Curve Martin Vigorimeter. Afkortingen: kPa=kilopascal; %=percentage van maximale score 100.

specialismes in het ziekenhuis. Om selectiebias tegen te gaan heeft iedereen een uitnodiging gehad om deel te nemen aan dit onderzoek wanneer fysiotherapie in consult was gevraagd. Dit heeft wel als resultaat gehad dat de steekproef breed weerspiegeld werd op deze items.

Uit de Pearson correlatiecoëfficiënt kwam naar voren dat er sprake was van een significante sterke samenhang tussen de hoogste score gemeten met de JAMAR en de hoogste score gemeten met de Martin Vigorimeter. Dit suggereert dat beide meetinstrumenten hetzelfde construct meten: handknijpkracht. Dit gegeven zegt op zichzelf niet veel aangezien het alleen een correlatie weerspiegelt binnen deze steekproef. De correlatie zou kunnen veranderen als de hoogste score gemeten met de Martin Vigorimeter niet normaal verdeeld zou zijn of als de omvang van de steekproef zou veranderen. Vaak heeft een grotere

steekproef positieve invloed op de betrouwbaarheid van de correlatiecoëfficiënt.²¹ De gevonden correlatie komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Sipers et al. bij opgenomen geriatrische patiënten in het ziekenhuis en in het onderzoek van Desrosiers et al. bij gezonde ouderen.^{12,18}

In de ROC-curve (Figuur 1) is een trappetje te zien (blauwe lijn): een gekartelde ROC-curve. Er zijn meerdere redenen waarom dit zou kunnen gebeuren.²⁴ Gedurende dit onderzoek is het mogelijk gebeurd doordat er een beperkte spreiding was binnen de variabelen voldoende of onvoldoende spierkracht gemeten met de JAMAR. In de ROC-curve is namelijk de hoogste waarde gemeten met de Martin Vigorimeter afgezet tegen voldoende of onvoldoende spierkracht gemeten met de JAMAR. Hierdoor hebben meerdere waarden dezelfde uitkomst gehad, waardoor het lastig onderscheid te maken is rond de afkapwaarde en ontstaat er een trappetje in de lijn. Dit heeft als gevolg dat de voorspellende variabele, 39 kPa, minder sterk onderscheid kan maken tussen voldoende of onvoldoende spierkracht. Dit is terug te zien in de specificiteit van deze afkapwaarde.

... als gouden standaard in de fysiotherapie wordt de JAMAR ingezet om de handknijpkracht in kaart te brengen ...

Dit is de eerste studie die is gedaan naar de afkapwaarde voor de Martin Vigorimeter bij geriatrische patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Ondanks dat de afkapwaarde nog geoptimaliseerd kan worden is hij zeker nu al klinisch relevant. Uit onderzoek van de werkgroep van Kenneth et al. is gebleken dat ouderen, en met name de oude ouderen (85 jaar en ouder), gedurende hun ziekenhuisopname fysieke functies verliezen, waardoor ze afhankelijker in ADL-handelingen worden.²⁵ Dit fysieke functieverlies gedurende opname kan verklaard worden met het onderzoek van Pavon et al.²⁶ Hierin staat beschreven dat weinig fysieke activiteit gedurende ziekenhuisopname geassocieerd is met achteruitgang van fysieke functies. Dit komt overeen met de bevindingen uit dit onderzoek dat er maar twee patiënten van de 33 voldoende spierkracht hebben, gemeten met de JAMAR dynamometer. Doordat er nu een afkapwaarde is om de ouderen te classificeren met voldoende of onvoldoende spierkracht, kan er tijdig

worden ingezet met een effectieve interventie om achteruitgang van het fysiek functioneren te voorkomen.²⁷ In voorgaand onderzoek naar de afkapwaarde van een handknijpkrachtmeter is er geen onderscheid gemaakt in wat de woonlocatie is van de patiënt en of er sprake was van comorbiditeiten. De meeste onderzoeken vonden plaats bij gezonde volwassenen en ouderen.⁷ De referentiewaarde waarmee de uitkomst nu in de praktijk wordt vergeleken is op basis van leeftijd en geslacht.¹⁷ Gezien het verschil in woonlocatie en aantal comorbiditeiten bij kwetsbare ouderen zijn dit mogelijk wel factoren die andere eisen stellen aan *voldoende spierkracht* om te kunnen functioneren in het dagelijks leven.

.... er zijn nog geen afkapwaardes om te beoordelen of de patiënt voldoende of onvoldoende spierkracht heeft

Binnen deze studie zijn een aantal beperkingen en sterke punten op te merken. Een prospectief onderzoek heeft als sterke kant dat naar aanleiding van het onderzoeksdoel bepaald kan worden welke gegevens verzameld moeten worden.²⁸ Hierdoor is er gedurende dit onderzoek geen sprake geweest van missende items die achteraf een rol speelden in het verklaren van de gevonden resultaten. Daarnaast waren de onderzoeksomstandigheden te bepalen en te controleren,²⁸ dit is ten gunste van de interne validiteit en verminderen van bias.

Een ander sterk punt van dit onderzoek was dat er geen deelnemers zijn uitgevallen en dat er geen sprake was van missing data wat ten gunste is van de betrouwbaarheid.

Een beperking van dit onderzoek is de steekproefgrootte. De steekproefgrootte is vooraf vastgesteld op basis van haalbaarheid en vergelijkbare literatuur. Echter had dit als gevolg dat er te weinig spreiding was op het gebied van voldoende en onvoldoende spierkracht gemeten met de JAMAR. Dit gaat ten koste van de specificiteit van de afkapwaarde, hierdoor kan er onvoldoende onderscheid gemaakt worden en zullen er onterecht patiënten met voldoende spierkracht bestempeld worden met onvoldoende spierkracht. Dit had voorkomen kunnen worden als er een poweranalyse was uitgevoerd waaruit een advies was gegeven over de steekproefgrootte.

Hiernaast was een beperking van de studie dat er alleen patiënten zijn geïncludeerd waarbij er fysiotherapie in consult was gevraagd. Bij patiënten waar fysiotherapie in consult is gevraagd ligt er al een hulpvraag op het gebied van fysiek functioneren waaronder spierkracht, balans en uithoudingsvermogen behoren. Achteraf gezien was het dus mogelijk al te verwachten dat dit een probleem in de spreiding zal opleveren op het gebied van de spierkracht.

Voor vervolgonderzoek binnen het domein geriatricie wordt een prospectief multicenter onderzoek in Nederland aanbevolen. Waarbij de volgende overwegingen worden meegenomen: verschillende woonlocaties van ouderen (thuiswonend, verpleeghuis, revalidatie, ziekenhuis) en alle ouderen (65 jaar en ouder) ongeacht of er fysiotherapie is betrokken. Door een grotere steekproef te includeren zou er gekeken kunnen worden of 39 kPa de meest optimale afkapwaarde is en afhankelijk van de bevindingen zou er eventueel nog onderscheid in woonlocatie gemaakt kunnen worden. Hiernaast kan er onderzocht worden of er afkapwaardes per leeftijdscategorie ontwikkeld kunnen worden.

Conclusie

Uit deze studie blijkt dat een afkapwaarde van 39 kPa gebruikt kan worden om de handknijpkracht, gemeten met de Martin Vigorimeter, te classificeren met voldoende of onvoldoende bij de geriatrische patiënt die is opgenomen in het ziekenhuis.

Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Ouderen. [gecteerd 20 mei 2023]. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
2. **Dejaeger M, Gielen E, Vandewoude M, Milisen K, Laurent M, Vanderschueren D et al.** Broosheid bij ouderen of „frailty“: het geriatrisch kernsyndroom ontleed. 2011;(22):1059–70.
3. van Campen C. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). 2011;39–48.
4. **Meskers CGM, Reijnierse EM, Numans ST, Kruizinga RC, Pierik VD, Ancum JM et al.** Association of Handgrip Strength and Muscle Mass with Dependency in (Instrumental) Activities of Daily Living in Hospitalized Older Adults - The Empower Study. *J Nutr Heal Aging*. 2019;23(3):232–8.
5. **Lunt E, Ong T, Gordon AL, Greenhaff PL, Gladman JRF.** The clinical usefulness of muscle mass and strength measures in older people: A systematic review. *Age Ageing*. 2021;50(1):88–95.

6. **Rijk JM, Roos PR, Deckx L, van den Akker M, Buntinx F.** Prognostic value of handgrip strength in people aged 60 years and older: a systematic review and meta-analysis. *Geriatrics Gerontol Int.* 2016;16(1):5–20.
7. **Bohannon RW.** Muscle strength : clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2015;18(5):465–70.
8. **Hobbelen, JSM, van de Kamp, IAL, Hofman, L et al.** Beroepsprofiel Geriatriefysiotherapeut, Ned Ver voor Fysiother Geriatr. 2015;July:47. geraadpleegd op 24-05-2021. Beschikbaar op: <http://www.nvfgnet.nl/beroepsprofiel-geriatrie-fysiotherapie-juli-2015.pdf>
9. **De Backer FMJ.** Unco-mob 2.1; De fysiotherapeutische meetinstrumentenset voor de geriatrische cliënt. 2018. Beschikbaar op: <https://unoamsterdam.nl/wp-content/uploads/2017/06/UNCO-MOB-2.1.pdf>
10. **Mathiowetz V.** Comparison of Rolyan and Jamar dynamometers for measuring grip strength. *Occup Ther Int.* 2002;9(3):201–9.
11. **Langius J, Visser W, Kruijenga H, Reijnen N.** Meetprotocol handknijpkracht m.b.v. Hand Dynamometer. *Nutr Assess Platf.* 2016;1–11. Beschikbaar op: <https://zakboekdiëtetiek.nl/wp-content/uploads/2016/04/Standard-Operatie-Procedure-Handknijpkracht-NAP.pdf>
12. **Sipers WMWH, Verdijk LB, Sipers SJE, Schols JMGA, van Loon LJC.** The Martin Vigorimeter Represents a Reliable and More Practical Tool Than the Jamar Dynamometer to Assess Handgrip Strength in the Geriatric Patient. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(5):466.e1-466.e7. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.02.026>
13. **Desrosiers J, Bravo G, Hébert R, Dutil E.** Normative data for grip strength of elderly men and women. *Am J Occup Ther.* 1995;49(7):637–44.
14. **Beckwée D, Aelbrecht S, Baert V, Beudart C, Bruyere O, de Saint-Hubert M, Bautmans I.** Sarcopenia Guideline -. *Belgian Soc Gerontol Geriatr.* 2020;1–226.
15. **Nordon-craft A, Schenkman M, Malone DJ, Moss M, Nordon-craft A, Schenkman M, et al.** The Physical Function Intensive Care Test : Implementation in Survivors of Critical Illness. *Phys Ther.* 2014;94(10):1–9.
16. van der Poel GM. Inspanningsfysiologie; oefentherapie en training. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
17. **Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM, et al.** Grip strength across the life course: Normative data from twelve British studies. *PLoS One.* 2014;9(12):1–15.
18. **Desrosiers J, Hebert R, Bravo G, Dutil E.** Comparison of the Jamar dynamometer and the Martin vigorimeter for grip strength measurements in a healthy elderly population. Vol. 27, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine.* 1995;27:137–43.
19. Vocht AGA. Basishandboek SPSS 25: voor SPSS 25 & SPSS subscription. 2017.
20. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Academic press. 2013.
21. **Taylor R.** Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *JOMS.* 1990;1:35–9.
22. **Nahm FS.** Receiver operating characteristic curve: overview and practical use for clinicians. *Korean J Anesthesiol.* 2022;75(1):25–36.
23. **Irwin RJ, Irwin TC.** A principled approach to setting optimal diagnostic thresholds : where ROC and indifference curves meet. *Eur J Intern Med.* 2011;22(3):230–4. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2010.12.012>
24. **Article R.** Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve Analysis for Medical Diagnostic Test Evaluation. *Casp J Intern Med.* 2013;4(2):627–35.
25. **Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D.** Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses : Increased Vulnerability with Age. 2003;451–8.
26. **Pavon JM, Sloane RJ, Pieper CF, Cohen HJ, Gallagher D, Hall K, et al.** Accelerometer-measured hospital physical activity and hospital- acquired disability in older adults. 2021;68(2):261–5.
27. **Carneiro MAS, Franco CMC, Silva AL, Castro P, Kunevaliki G, Izquierdo M.** Resistance exercise intervention on muscular strength and power, and functional capacity in acute hospitalized older adults : a systematic review and meta - analysis of 2498 patients in 7 randomized clinical trials. *GeroScience.* 2021;2693–705. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1007/s11357-021-00446-7>
28. **Bouter LM, van Dongen MCJM, Zielhuis GA.** Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006.

Pygmalion-effect



Een collega had het laatst over het Pygmalion-effect. Behandelaren zouden daar wel eens last van kunnen krijgen.

Pygmalion is een beeldhouwer uit de Griekse mythologie die vreselijk verliefd wordt op

zijn laatste creatie, een beeld van een dame. Aphrodite beloont zijn vrome levensstijl door het beeld tot leven te wekken. Pygmalion en het nu levende beeld krijgen natuurlijk een relatie. Het thema wordt in de jaren '50 verder uitgewerkt in een musical en later ook in de film *My Fair Lady*. Hier proberen twee mannen (beiden geïnteresseerd in de fonetiek) een weddenschap te winnen door een willekeurig vismeisje om te vormen tot een dame die zou kunnen worden geïntroduceerd als hertogin op het jaarlijkse bal van de ambassadeur. Zij krijgt spraaklessen van de een, danslessen van de ander en wordt door beiden geschoold in de etiquette van de upperclass. U snapt het al, uiteindelijk komt alles goed. Ze wordt de sensatie van de avond, een van de heren wordt verliefd op zijn creatie, ze trouwen en leven nog lang en gelukkig.

Maar er bestaat ook zoiets als het Pygmalion-effect dat onder andere bij behandelaren en binnen het onderwijs is beschreven. Traditioneel heeft het Pygmalion-effect een negatieve bijklank. Als behandelaar heb je zoveel vertrouwen in de kwaliteit van je behandeling, dat je misschien te weinig kritisch nadenkt of je aanpak altijd wel de juiste is. Je houdt van hetgeen je zelf hebt bedacht en je hebt hoge verwachtingen van het resultaat en bent mogelijk daarmee onvoldoende kritisch of het wel de beste behandeling is. Door zo dicht mogelijk bij de evidence te blijven kan je dit risico voorkomen of op zijn minst verkleinen.

In het boek *De Meeste Mensen Deugen* van Rutger Bregman kwam ik een positief gevolg van het Pygmalion-effect tegen. Bregman beschrijft dit positieve

effect onder andere in het onderwijs. Het blijkt zo te zijn dat kinderen waarvan een leerkracht het meeste verwacht ook het beste presteren. De positieve verwachting helpt het kind vooruit. Men denkt dat dat komt doordat de leerkracht onbewust bij deze kinderen meer oogcontact zoekt en ze positiever benadert. Er zijn veel studies gedaan naar het Pygmalion-effect in allerlei sectoren zoals in het leger, op universiteiten en zelfs ook verpleeghuizen. Als docenten, managers en verpleegkundigen meer vertrouwen hebben en meer verwachten, presteren studenten, soldaten en patiënten kennelijk beter.

Het vertrouwen in uw behandeling, dat u uitstraalt naar een cliënt, wordt kennelijk door de cliënt opgepikt. Dat is soms merkbaar als je deze verwachting ook uitspreekt. Deze verwachting moet wel waarachtig zijn en dus bij voorkeur ergens op gebaseerd. Er is nogal wat evidence die laat zien dat als er voldoende quadricspkracht ontstaat ten gevolge van krachttraining, kwetsbare ouderen weer een opstafunctie gaan krijgen. Voor krachttraining met een pulley lijkt dat te betekenen dat als een cliënt met een normaal postuur een quadricsp 10 RM-waarde (voor beide benen opgeteld) van ongeveer zes kilo heeft, het opstaan begint te lukken. Dit moment kan je, kijkend naar de groei van de kracht in het voortraject van de behandeling, voorspellen. Een mededeling als 'ik verwacht dat u over een week of twee weer kunt opstaan' is voor een cliënt een krachtige en hoopvolle boodschap, die wel iets met een cliënt lijkt te doen. Je kan het een placebo noemen, maar als de cliënt meer vertrouwen krijgt in de behandeling, kan dat alleen maar helpen.

Een beetje Pygmalion-effect is daarmee misschien niet eens zo verkeerd. Maar natuurlijk wel op het juiste moment en in de juiste situatie.

John Branten
Geriatriefysiotherapeut.

Wat de zorg kan leren van.....

46 eyeopeners uit andere sectoren



Joris Arts is al ruim twintig jaar in verschillende rollen werkzaam in de zorg. In al die jaren is de wereld om ons heen sterk veranderd door opkomst van internet, smartphones, kunstmatige intelligentie en virtual reality. Veel

diensten zijn daardoor sneller, klantvriendelijker en goedkoper geworden. In de zorg echter doen deze ontwikkelingen niet, of in het beste geval vertraagd, hun intrede.

Wat maakt nou dat de veranderingen in de zorg trager gaan? Het is niet simpel om binnen de zorg te innoveren: klanten zijn geen echte klanten; wetgeving en verouderde ICT systemen helpen niet mee en behandelen dient op basis van wetenschap te gebeuren. Maar stijgende zorgkosten, een vergrijzende bevolking en een gebrek aan personeel vragen wel actie.

Wat kan de zorg leren van veranderingen in andere sectoren?

Joris Arts ging in gesprek met mensen uit andere sectoren en keek heel specifiek naar de kansen om te leren van die organisaties, naar de dingen die ze goed doen met in gedachten dat niet alles nuttig is voor de zorg.

Zoals al op de cover te zien is telt het boek tien hoofdstukken van *win-win* tot *innovatieteams*. De volgorde op de cover komt echter niet overeen met de volgorde in het boek. Na het lezen van het boek is me niet helemaal duidelijk geworden wat de bedoeling is van de kleuren op die afbeelding. Een regenboog? Wat is de relatie met de inhoud? In het boek komen de kleuren in ieder geval niet meer terug.

Alle hoofdstukken hebben dezelfde indeling. Eerst een inleidend stuk over het betreffende onderwerp, dan een aantal bijpassende casussen binnen andere sectoren en tot slot een beschrijving van mogelijke toepassingen binnen de zorg.

Zo zien we in het hoofdstuk over de *win-win* situatie hoe kwaliteit kan verbeteren zonder kostenverhoging. Voor bezorgers van postpakketten is het heel fijn dat bewoners thuis zijn op het moment van bezorgen. Via een app kunnen klanten een keuze maken voor een aflevermoment. Voor beide partijen winst. Dit kan ook in de zorg. Bij veel apotheken staan inmiddels zelfbedieningkasten, waar men zelf op ieder moment van de dag met een code de medicatie kan halen en men dus niet meer in de rij hoeft te wachten in de apotheek.

In het hoofdstuk over *medewerkerstevredenheid* lezen we over de mogelijkheden om medewerkers meer te betrekken bij verbeteracties. Van leidinggevenden inzetten op de werkvloer tot vrijroosteren van mensen op de werkvloer: *Most Important Persons*. In één week tijd ontwikkelen die een verbetering naar aanleiding van ideeën op de werkvloer, inclusief het testen en een presentatie aan het team. Zo draagt iedereen bij aan het resultaat, inspirerend voor alle medewerkers. In de zorg, vaak met veel omslachtige werkprocessen voor professionals, kunnen we hier nog wat van leren. Zeker in de huidige krappe arbeidsmarkt waarin het veel tijd en geld kost om nieuw personeel te werven loont het om het werk leuker en prettiger te maken en zo personeel te behouden.

Tot slot krijgt de lezer nog een aantal tips. Kijk naar buiten en ga in gesprek met mensen buiten de zorg. Welke dingen zijn daar al normaal en binnen de zorg nog niet? Met de opgedane kennis op zak, kunnen er ook in de zorg mooie en noodzakelijk veranderingen plaatsvinden.

Auteur: Joris Arts

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum

ISBN: 978 90 368 2967 0

Prijs: 21,95 euro

Aantal pagina's: 128

Ank Mollema,

Geriatricfysiotherapeut.

