



Gerda Andringa

# NAAR EEN TOEKOMST- BESTENDIGE OUDERENZORG



# Leren met lef: Naar een toekomstbestendige ouderenzorg

Gerda Andringa  
Lector *Ouderenzorg*

Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector  
aan de HZ University of Applied Sciences op 16 november 2022.



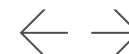
Geacht bestuur van HZ en UCR, collega lectoren, collega's vanuit de HZ en UCR, samenwerkingspartners vanuit overheid, zorg en andere kennisinstellingen, lieve vrienden en familie. Hartelijk welkom.

Mijn ouders hadden een sterk huwelijk met een klassieke rolverdeling. Mijn vader nam de leiding en regelde heel veel dingen voor het gezin. In 2005 overleed hij. Mijn moeder moest nu plotseling alles zelf gaan doen, variërend van de rekeningen betalen, tot groente afwegen in de supermarkt. Let wel, mijn moeder was fysiek geen doetje, als vrouw van 75 ging ze rustig de ladder op om de dakgoten schoon te maken. Mijn moeder heeft er drie jaar over gedaan om te groeien in haar nieuwe rol. Ze is nu, op 92-jarige leeftijd, socialer dan ooit, ze zingt in een koor, helpt haar burens met kleine klusjes en bezoekt veel vriendinnen. Ondanks het feit dat ze wel vergeetachtig wordt, blijft ze bezig. Mijn moeder is nu cognitief actiever en veerkrachtiger dan ze ooit was. Ze was op hoge leeftijd nog in staat heel veel te leren. Daarvoor was een beetje aanmoediging nodig maar vooral kracht en lef.



**Gerda Andringa:**

Door studenten vroeg te betrekken in onderzoek borgen we kennis en ervaring bij die mensen die de toekomst zijn van de ouderenzorg.



Het vermogen om te leren en te veranderen zit in iedereen, jong en oud. Waarom vertel ik dit? Omdat ik denk dat we hier meer gebruik van moeten maken voor de ouderenzorg.

De komende 30 minuten deel ik met u mijn kijk op de huidige ouderenzorg, waarom transitie nodig is en waarom we daarbij het lerend vermogen van alle betrokken partijen, onderzoekers, docenten, zorgmedewerkers, ouderen en studenten beter moeten gaan aanspreken, en wat de rol van het lectoraat ouderenzorg hierin kan zijn.

Maar waarom is er transitie in de ouderenzorg nodig? Om die vraag te beantwoorden kijken we eerst naar wat achtergronden van de snel veranderende ouderenzorg.



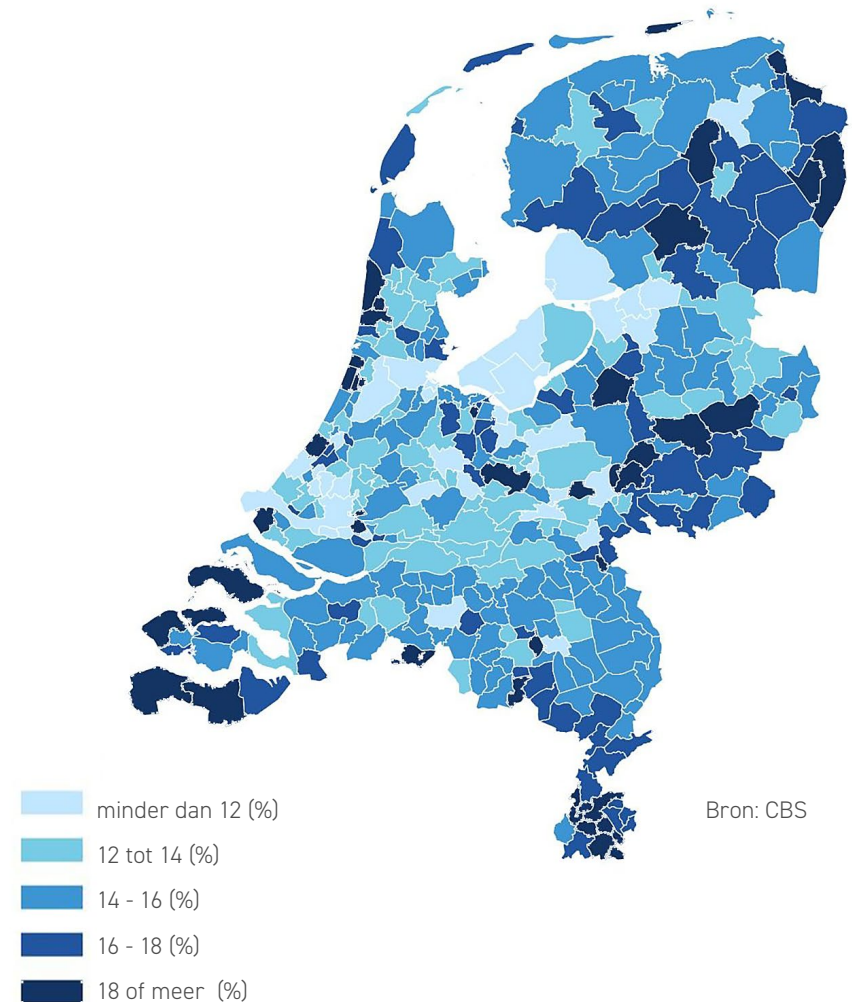
# Ouderenzorg: stand van zaken

## DE GROEP OUDEREN GROEIT

De samenleving vergrijsd, het aantal ouderen stijgt. We hebben te maken met dubbele vergrijzing: de grote groep 'babyboomers' (de generatie die na de Tweede Wereldoorlog werd geboren) is tussen de 67 en 83 jaar oud en de algehele levensverwachting is in de afgelopen decennia toegenomen. In de komende jaren zal het aantal ouderen verder stijgen van 800.000 nu naar 1,6 miljoen 80-plussers in 2040<sup>1</sup>. Ook het aantal mensen met dementie zal verdubbelen in deze periode, naar ongeveer een half miljoen<sup>2</sup>, en de nu ongeveer 135.000 verpleeghuisplaatsen zullen in 2040 zijn gestegen naar 240.000 plaatsen<sup>3</sup>. Zeeland is een provincie waar de vergrijzing prominent aanwezig is; naast Limburg is dit de provincie waar, naar verhouding, de meeste ouderen wonen. Met name in de regio's Zeeuws Vlaanderen en Tholen neemt de vergrijzing nog verder toe<sup>4,5</sup>. De vergrijzende bevolking en het daarmee gepaard gaande toenemend aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten zal, gecombineerd met een stijgende levensverwachting, de zorgvraag in de samenleving vergroten en een nog grotere druk op de zorg leggen.

## DE KOSTEN STIJGEN

Circa 14 % procent van ons bruto binnenlands product (bbp), ongeveer 120 miljard euro, gaat op aan de zorg. De afgelopen jaren zijn de zorgkosten telkens gestegen met zo'n 6% per

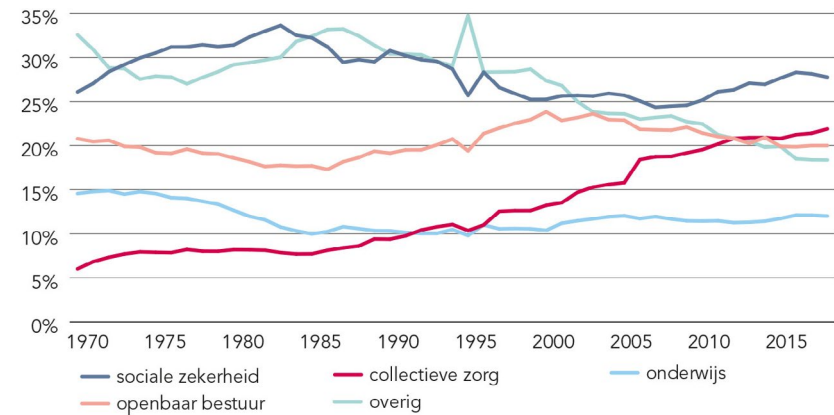


**Figuur 1** Percentage aandeel 70-plussers in de totale bevolking, 2019.

jaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt dat de zorgkosten in 2023 ook weer zullen stijgen<sup>6</sup> en door het kabinet is 6 miljard extra gereserveerd voor de bekostiging van de zorg. Indien de zorgkosten in dit tempo blijven stijgen, worden deze op lange termijn onhoudbaar. Twintig jaar geleden werd er minder uitgegeven aan zorg en welzijn dan tegenwoordig, in verhouding tot het bruto binnenlands product. In 2000 waren de uitgaven aan zorg en welzijn 12% van het bbp. In 2019, het laatste jaar vóór de coronacrisis, was dat opgelopen tot 23%. Ook in Zeeland zijn de zorgkosten hoog. Interessant is wel dat de zorgkosten voor ouderen hier iets lager zijn dan gemiddeld in Nederland<sup>5</sup>. Zeeuwen bin zuunig.

## HET AANTAL (POTENTIËLE) ZORGVERLENERS DAALT

Naast vergrijzing hebben we ook te maken met ontgroening van de samenleving. Er zijn minder jonge mensen die de zorg en ondersteuning kunnen bieden aan de toenemende groep ouderen. Nu al is de arbeidsmarkt krap en zijn zorgprofessionals schaars. Uit cijfers van Actiz blijkt dat, als we de ouderenzorg op dezelfde manier blijven inrichten, het arbeidsmarkttekort in de verpleging en verzorging stijgt van 26.000 mensen in 2020 naar 243.000 mensen in 2050<sup>8</sup>. Eind 2021 stonden er alleen al voor de Verpleeg- en Verzorgingstehuizen en Thuiszorg-sector (VVT) ongeveer 15.000 vacatures open. Voor elke werkzoekende verpleegkundige zijn er momenteel ongeveer 7 vacatures beschikbaar. Ook Zeeland kent een groot

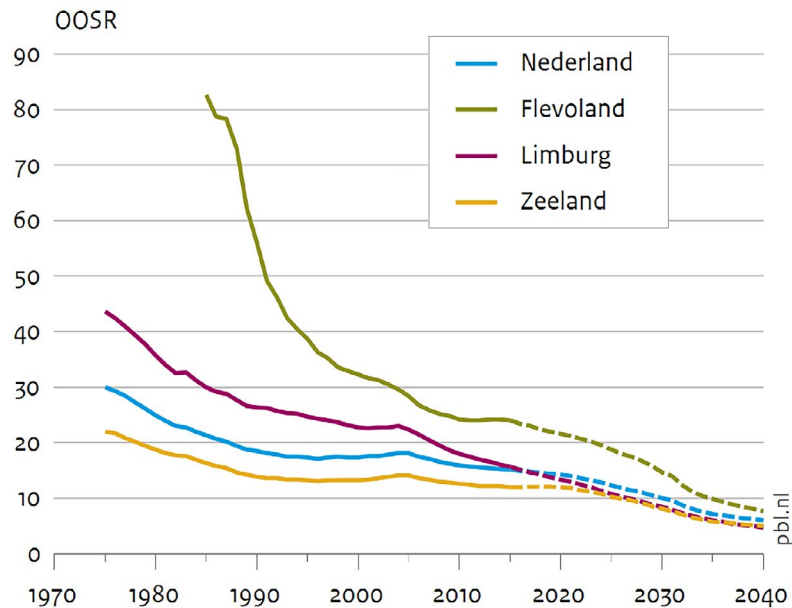


**Figuur 2** De kosten voor onderwijs, bestuur en sociale zekerheid blijven procentueel gelijk; de zorgkosten stijgen.

Bron: CPB, lange tijdsreeksen overheidsfinanciën

en groeiend personeelstekort in de zorg en welzijnssector. De uitdagingen in onze provincie zijn extra groot, omdat er naast een sterke vergrijzing ook een sterke ontgroening is. Veel jongeren trekken weg uit Zeeland waardoor de beroepsbevolking daalt<sup>6</sup>. Daarnaast zien we naast personeelskrapte ook vergrijzing onder Zeeuwse zorgmedewerkers. Vanwege het toerisme ontstaan er pieken in de zorgvraag op de spoedeisende hulp in de zomer.

Ook het aantal informele zorgverleners, namelijk mantelzorgers en vrijwilligers, is dalende. De groep die verreweg de meeste mantelzorg biedt zijn mensen tussen de 50 en 74 jaar. De relatie tussen deze groep en de alleroudste groep van 85-plussers



**Figuur 3** Waargenomen en verwachte (volgens PBL/CBS regionale bevolkingsprognose) ontwikkeling van Oldest Old Support Ratio in enkele provincies.

Bron: CBS en PBL/CBS, bewerking PBL

wordt uitgedrukt als de zogenaamde oldest old support ratio (OOSR). Deze generatie van mantelzorgers wordt ook wel de sandwich generatie genoemd<sup>9</sup>, omdat een groot deel van deze groep ook andere verplichtingen heeft zoals werk en de zorg voor kinderen. In 2020 waren nog gemiddeld 14 mensen uit deze groep potentieel in staat informele zorg te bieden aan één 85-plusser<sup>10</sup>. In 2040 zijn er per 85-plusser nog maar 6 nabije

betrokkenen in diezelfde leeftijdscategorie over. In de komende 20 jaar neemt de OOSR dus af van 14 naar 6. Ondanks de lage beschikbaarheid lijkt het waarschijnlijk dat in de toekomst een nog groter beroep zal worden gedaan op de zogenaamde 'jongere ouderen' dan nu reeds het geval is.

In Zeeland is de situatie meer prangend, niet alleen zijn er minder mantelzorgers per 85-plusser in vergelijking met de rest van Nederland, ook de zogenaamde warme schil van directe familieleden woont vaak buiten de provincie; met name de gemiddelde afstand waarop kinderen van hun ouders wonen is groot. Juist als overal weinig potentiële zorgverleners beschikbaar zijn voor de alleroudsten, dan kunnen kleine verschillen in de OOSR voor individuele ouderen het verschil betekenen tussen wel of geen informele zorg ontvangen<sup>10</sup>.

Al met al zijn er minder mensen die - formeel dan wel informeel - zorg en ondersteuning kunnen bieden aan de groeiende groep ouderen die zorg en ondersteuning nodig heeft.

## DE COMPLEXITEIT VAN DE ZORG NEEMT TOE

Naast de hoeveelheid zorg die er geleverd wordt neemt ook de complexiteit van de ouderen zorg toe. Er is, mede om de zorgkosten te drukken, in 2015 nieuwe wetgeving ingevoerd op het gebied van zorg en welzijn. Maatregelen zoals de versoering van de AWBZ en de toenemende verantwoordelijkheid van gemeenten voor de uitvoering van

de Wet Maatschappelijke Ondersteuning leidden tot een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en hun sociale netwerk. Ook via het programma 'Langer thuis' van het ministerie van VWS zet de trend om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen door<sup>12</sup>. De consequentie van deze beleidsrichting is dat de zorgvraag in de ouderenzorg de laatste jaren ingrijpend is veranderd, en vooral voor ouderen en kwetsbaren complexer is geworden. Sommige tegenstanders zien dit als een verschraving van de zorg en een vergroting van de zorgkloof, waar minder mondige burgers buiten de boot vallen. Onderzoek van het Nivel onderschrijft dit beeld en laat zien dat ca 47% van de 65-plussers gezondheidsanalfabeet is<sup>13,14</sup>, met andere woorden, deze mensen vinden het lastig de zorg te regelen en regie te nemen over hun eigen gezondheid. De overheid wil de huidige wet- en regelgeving verbeteren; onder andere door het versterken van laagdrempelige voorzieningen en mantelzorg, zodat ondersteuning in de woon- en leefomgeving van cliënten makkelijker kan worden georganiseerd. Waar het accent eerst lag op de verantwoordelijkheid van de burger zelf zien we, terecht, een verschuiving naar de rol van de samenleving en hoe we samen de verantwoordelijkheid moeten nemen voor die burgers die daar zelf niet (meer) toe in staat zijn.

De complexiteit van de zorgvraag is mogelijk in Zeeland nog groter dan in andere delen van Nederland. Zeeland is een dunbevolkt en uitgestrekt gebied. Dat speelt extra in Zeeuws-Vlaanderen (144 inwoners per km<sup>2</sup>) en Tholen

(176 inwoners per km<sup>2</sup>). Deze wijd verspreidheid belemmert tijdige toegankelijkheid<sup>5</sup>. Meer dan de helft van de ouderen in Zeeland is eenzaam, dit percentage ligt iets boven het nationaal gemiddeld. Met name sociale eenzaamheid is bij Zeeuwen hoger dan in de rest van Nederland<sup>5</sup>. Dit beeld benadrukt nog maar eens dat we niet alle lasten bij de individuele burger kunnen neerleggen, maar ook moeten werken aan gemeenschapsvorming.

## EEN GOED PROBLEEM OM TE HEBBEN

Is het allemaal kommer en kwel? Zeker niet. Nederlandse en Zeeuwse ouderen worden steeds ouder. Bovendien nemen de jaren dat we mogen genieten van een goede gezondheid ook nog steeds toe. Daarnaast is de oudere van de toekomst een oudere die iets beter is toegerust om de problemen het hoofd te bieden<sup>15</sup>. De oudere in 2030 is hoger opgeleid en digitaal vaardiger en daardoor waarschijnlijk beter in staat om zorg te organiseren en om te gaan met technologische innovaties zoals zorg op afstand. Ouderen van 2030 zijn bovendien iets meer gewend om de regie te nemen over hun eigen leven waarbij voor hen aspecten van positieve gezondheid zoals kwaliteit van leven, regie, veerkracht en zingeving zwaar wegen. Naar verwachting hebben toekomstige 75-plussers ook vaker en/of langer aan de arbeidsmarkt deelgenomen dan de huidige 75-plussers en dus meer aanvullend pensioen opgebouwd. Ouderen zullen daardoor gemiddeld iets meer te besteden hebben in de toekomst en kunnen daarmee gemakkelijker voorzieningen aanschaffen.



## Naar een andere cultuur

Ondanks deze positieve kant staat de ouderenzorg voor een grote opgave. Deze is deels politiek en financieel; de huidige wettelijke en financiële kaders leiden tot beperkingen. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg zijn er veranderingen in systemen nodig, met verbeterde wetten die de zorg toegankelijker maken en veranderingen in de bekostigingsstructuur. Het probleem is echter groter en veelomvattender. Hardnekkige problemen in de zorg hebben ook te maken met onze eigen mentale 'programmering' over wat we van de zorg verwachten. De uitvoering van de zorg; met andere woorden wat we wel en niet doen, ons gedrag, inclusief onze kennis, houding en vaardigheden zullen moeten veranderen. Gelukkig is dit besef er volop.



# Het Lectoraat Ouderenzorg

De oprichting van het lectoraat is mede voortgekomen uit de toenemende vraag vanuit partijen in de Zeeuwse ouderenzorg naar toegepast wetenschappelijk onderzoek naar de urgente vraagstukken in de ouderenzorg en het tekort aan toekomstige (goed opgeleide) zorgprofessionals. De visie van het lectoraat is dat toegepast wetenschappelijk onderzoek en innovatie in de ouderenzorg, voor en door studenten, docenten, onderzoekers, zorgprofessionals en ouderen van groot belang is voor de kwaliteit en uitvoerbaarheid van de zorg voor ouderen, nu en in de toekomst. Dit onderzoek vindt plaats binnen het onderwijs en de beroepspraktijk. Het lectoraat heeft drie onderzoeksthema's die nauw met elkaar verbonden zijn, namelijk, psychosociale, technologische en onderwijskundige innovaties. Ik zal meer vertellen over de verschillende onderzoeksthema's.

## PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES: BEWEGEN

Het eerste onderzoeksthema van het lectoraat houdt zich bezig met psychosociale innovaties. Deze focussen op gedragsmatige veranderingen bij ouderen, zorgverleners en mantelzorgers om de kwaliteit van leven te verhogen of om zorgvraag te kunnen voorkomen. Immers de hoogste zorgvraag komt van ouderen. Maar binnen de groep van ouderen zijn belangrijke verdelingen te maken. Ongeveer 65% van de 75-jarigen rapporteren een

goede kwaliteit van leven<sup>7,16</sup>. Uit onderzoek onder 75-plussers blijkt bovendien dat deze groep nog lang voor zichzelf kan zorgen<sup>17</sup>. Helaas neemt het aantal ziekten wel toe met het ouder worden en stijgt de zorgvraag met ongeveer 4% per genoten levensjaar. Ongeveer een kwart van de 65-plus populatie is kwetsbaar; deze mensen hebben een grote zorgvraag. Met kwetsbaarheid oftewel fragiliteit hebben we het over een dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk

functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal), die onder invloed van een diversiteit aan variabelen wordt veroorzaakt en die de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot<sup>18</sup>. Ouderen kunnen lichamelijk fragiel zijn door bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of osteoporose, maar ook psychisch en sociaal fragiel door dementie of een depressie. De mate van fragiliteit van ouderen is uitermate voorspellend voor de kwaliteit van leven die ze ervaren en de zorgvraag die ze hebben<sup>19</sup>. Hoe kunnen we kwetsbaarheid verminderen of zelfs voorkomen? Is preventie nog aan de orde voor deze groep of zijn we dan te laat?

Bij preventie denken we vaak aan primaire preventie; activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen of aan secundaire preventie; de vroege opsporing van ziekten of afwijkingen. Inderdaad, factoren als onderwijs en een gezonde levensstijl zijn van grote invloed op hoe we verouderen en primaire preventie op jongere leeftijd is cruciaal voor het voorkomen van fragiliteit op oudere leeftijd. Dit is een onderwerp dat ook nu wordt bestudeerd binnen het lectoraat Healthy Regions. Een nauwere samenwerking met dit lectoraat biedt dan ook mooie kansen voor het voorkomen van fragiliteit.

Binnen de ouderenzorg speelt tertiaire preventie een grote rol, het gaat hier om het voorkomen van functieverlies en complicaties als gevolg van ziekte. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen valt hieronder. Er zijn veel factoren die bijdragen aan fysieke, psychische en sociale gezondheid door alle fasen van ons leven heen. De studie van Fratiglioni illustreert de complexe interactie tussen omgeving en genetische factoren en brengt in beeld welke omgevingsfactoren er spelen en op welke leeftijd ze met name een rol spelen op mentale gezondheid en dementie<sup>20</sup>. Het goede nieuws is dat een substantieel deel van de factoren die bijdragen aan gezondheid en zelfstandigheid beïnvloedbaar zijn. Veel van deze factoren zijn ook nog goed te beïnvloeden op het moment dat mensen al fragiel zijn of een hoog risico lopen dit te worden. Het lectoraat zet in op die interventies waarvan wetenschappelijk gezien veel impact te verwachten is in het voorkomen en verminderen van fragiliteit bij ouderen, omdat juist deze factoren veel invloed hebben op kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en de druk op de zorg.

# Omgevingsfactoren

Luchtvervuiling

Persoonlijkheid

Ongezonder dieet

Hypertensie

Gehoor en gezichtsverlies

Weinig mentale stimulatie

Lage socio-economische status

Alcohol misbruik

Roken

Hoge werkdruk

Cardiovasculaire aandoeningen

Fysieke inactiviteit

Prenatale factoren

Passieve baan

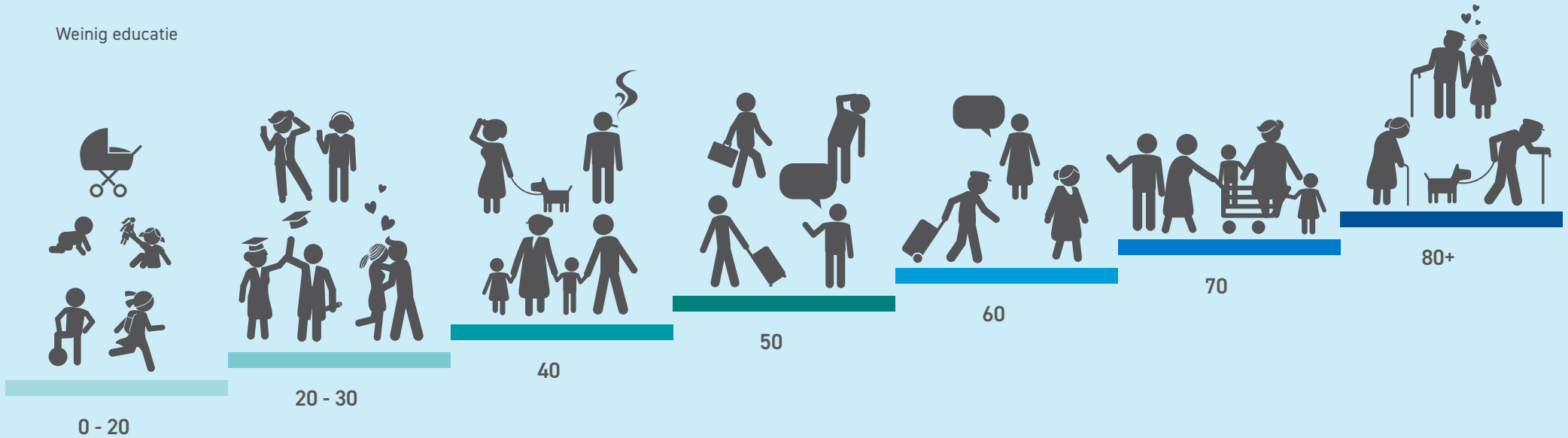
Overgewicht

Diabetes

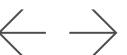
Depressie

Sociale isolatie

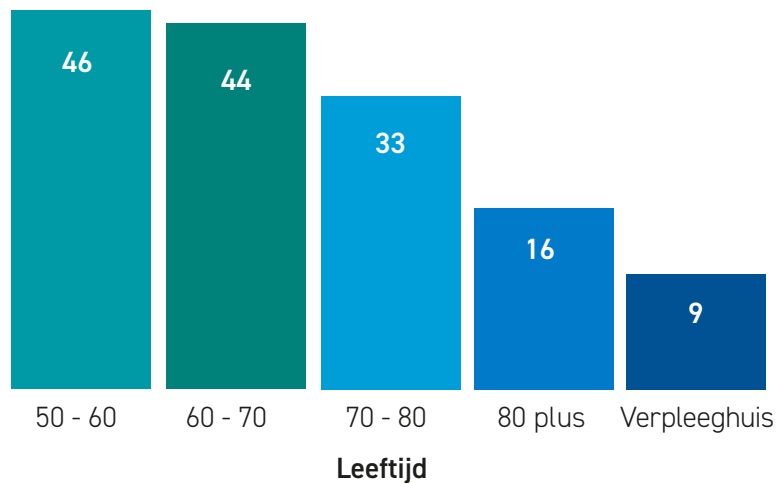
Weinig educatie



**Figuur 4** Omgevingsfactoren die de fysieke en mentale gezondheid beïnvloeden gedurende de levensloop.



Een van de belangrijkste factoren die van invloed is op fragiliteit is bewegen; een zittende levensstijl draagt bij aan kwetsbaarheid en ook aan dementie. Wanneer men ouder wordt en minder beweegt, nemen beweegvaardigheden af. Hierdoor wordt minder vaak aan de beweegrichtlijnen voldaan. Oudere mensen hebben meer kans op versneld spierverlies en inactiviteit versterkt dit effect. Al in de groep 50-60 jarigen voldoet slechts 46% aan de beweegrichtlijnen. Dat blijft stabiel in de groep tussen 60-70 jarigen. In de groep 70-80 jarigen en in de groep 80-plussers daalt dat percentage veel sterker, tot respectievelijk 33% en 16%<sup>21, 22</sup>. Fysieke activiteit heeft een sterk positieve invloed op zelfredzaamheid; de kans op vallen, fracturen, fysieke achteruitgang is lager bij mensen met meer spierkracht, balans, coördinatievermogen en sterkere botten.



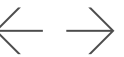
**Figuur 5** Percentage ouderen dat voldoet aan beweegnorm.

Er is een sterke relatie tussen inactiviteit en valincidenten. Recente cijfers tonen een stijging van (ernstige) valincidenten bij ouderen<sup>23</sup>. NWO bestuurder Marcel Levi sprak vorig jaar in het Parool over vallen bij ouderen als een epidemie, waar je niemand over hoort<sup>24</sup>. Vallen is bij ouderen een van de grootste dagelijkse bedreigingen voor de gezondheid met kans op aanzienlijke schade en blijvend verlies aan mobiliteit en zelfstandigheid. In 2020 bezochten 103.000 ouderen van 65 jaar en ouder een spoedeisende hulp-afdeling (SEH) van een ziekenhuis na een privé valongeval. Dat is er elke 5 minuten 1. De helft van deze mensen moet worden opgenomen met voornamelijk hersenletsel en heup- en polsfracturen. Het aantal SEH-bezoeken door een valongeval stijgt vooral door de dubbele vergrijzing. Als valpreventie niet structureel wordt aangepakt, verdubbelen binnen 10 jaar de zorgkosten door valongevallen bij ouderen naar € 2,4 miljard<sup>6</sup>.

Met name onze meest kwetsbare ouderen, namelijk de mensen die in een verpleeghuis wonen, bewegen te weinig; dit betreft meer dan 90% van deze ouderen. De meta-analyse van Gulka laat zien dat lichaamsbeweging als een enkele interventie het aantal vellers en recidiverende vellers verminderd met respectievelijk 36% en 41% bij deze groep<sup>25</sup>. Effectiviteit vraagt een aanpak van een half jaar met in totaal 50 uur beweging. Interventies die balans- en functionele oefeningen combineren, verlagen valrisico met een kwart. Aangevuld met krachtoefeningen wordt een derde van de valincidenten voorkomen.



Ook op latere leeftijd is bewegen effectief.



Naast valrisico heeft een inactieve leefstijl ook gevolgen voor fysieke gezondheid. Bewoners die weinig bewegen hebben meer pijnklachten en meer last van decubitus. Het is aannemelijk dat ook mentale gezondheid baat heeft bij meer bewegen. Echter welke beweegprogramma's het meest effectief zijn, welke effecten deze hebben op mentaal functioneren en welbevinden en of deze goed implementeerbaar zijn, is minder onderzocht. Het afgelopen jaar heeft het lectoraat bijgedragen aan het beweeginterventie programma Fyln waarbij bewoners van verpleeghuizen bij zorggroep Ter Weel 2x per dag gedurende 5 dagen in de week een beweegprogramma kregen aangeboden van 20 minuten per keer. We zagen in deze studie dat de bewoners die actief meededen echt gingen uitkijken naar de activiteit. Het onderzoek maakte ook duidelijk dat bewoners alleen baat hebben bij zo'n programma als het zorgpersoneel overtuigd was van het nut van een dergelijke interventie en deze ook actief inzet.

Er is niet alleen een duidelijke relatie tussen bewegen en fragiliteit maar ook tussen bewegen en neurodegeneratieve ziektes zoals de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson. Er is echter meer onderzoek nodig naar effecten van lichaamsbeweging op mensen in deze specifieke groepen; welke ingrediënten van beweegprogramma's bieden een optimale training. De oorzaken van het verminderd vermogen dagelijkse activiteiten te ondernemen en de redenen voor valincidenten kunnen namelijk sterk variëren.

Mensen met de ziekte van Parkinson bijvoorbeeld hebben veel moeite met het wisselen van motorische taken, bijvoorbeeld van opstaan naar lopen en van lopen naar stilstaan<sup>26,27</sup>. Dit wisselen van taken kan getraind worden door zogenaamde executieve functies te trainen. Executieve functies zijn functies als het initiëren en wisselen van taken en het monitoren van gecoördineerde bewegingen. In samenwerking met partners in de regio hebben we virtual reality (VR) games ontwikkeld die juist inzetten op wisselingen in bewegingen waarbij niet alleen motorische maar ook deze cognitieve aspecten worden getraind<sup>28</sup>. Momenteel onderzoeken we de toepasbaarheid en effecten van dergelijke VR games.



## PSYCHOSOCIALE INNOVATIES: GRIP OP EENZAAMHEID

Naast een gebrek aan lichaamsbeweging is ook sociale isolatie een belangrijke modificeerbare risicofactor die kan bijdragen aan fragiliteit, maar ook aan de ontwikkeling van dementie. De meta-analyse van de Lancet Commissie voor dementie preventie, interventie en zorg maakt inzichtelijk welke modificeerbare risicofactoren bijdragen aan de prevalentie van dementie en in welke fase van het leven interventies een positief effect hebben<sup>29</sup>. Ze berekenden ook het percentage reductie in dementie prevalentie als deze risicofactor geëlimineerd kon worden. Sociale isolatie blijkt een belangrijke factor in de late levensfase.

Sociale isolatie en eenzaamheid hebben de afgelopen jaren veel aandacht gekregen en is sinds de corona crisis relevanter dan ooit. Eenzaamheid wordt gekarakteriseerd door het zich niet verbonden voelen, en heeft tal van negatieve gevolgen voor welzijn en mentale en fysieke gezondheid. Terwijl er steeds meer kennis komt over de mate van eenzaamheid in verschillende bevolkingsgroepen en over de factoren die eenzaamheid beïnvloeden, geldt dit in mindere mate voor eenzaamheid bij ouderen in verpleeghuizen<sup>30</sup>. De resultaten van de weinige studies die zijn gedaan in deze groep zijn niet eenduidig. Ouderen in het verpleeghuis zijn dagelijks omringd door anderen, hetgeen mogelijkheden geeft tot meer sociale interactie. Zij krijgen doorgaans ook meer bezoek dan alleenwonende ouderen<sup>31</sup>. Anderzijds hebben ouderen die

verhuizen naar een verpleeghuis mogelijk een verhoogd risico op eenzaamheid, door verandering van sociale omgeving, verminderde en veranderende omgang met de thuisblijvende partner, of het wegvallen van de (zorgende) partner. Het meten van gevoelens van eenzaamheid is met name bij mensen met dementie een grote uitdaging. Ook de weinige interventies die zijn getest in verpleeghuizen voldoen maar in beperkte mate, juist omdat er te weinig rekening wordt gehouden met de karakteristieken van de doelgroep en kennis over de onderliggende oorzaken van eenzaamheid te beperkt is<sup>32</sup>. Met het promotie-onderzoek van Dick van de Kolk willen we meer inzicht krijgen in eenzaamheid in verpleeghuizen om vervolgens te komen tot de ontwikkeling van gerichte interventies en tools voor educatie van zorgpersoneel.

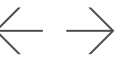
## TECHNOLOGISCHE INNOVATIE

Naast psychosociale interventies, die gericht zijn op het voorkomen van zorg en het vergroten van kwaliteit van leven, zal ook zorgtechnologie een steeds grotere rol gaan spelen. Dit is het tweede onderzoeksthema van het lectoraat. We onderzoeken niet alleen de effectiviteit, maar ook de drijvende en belemmerende factoren voor de ontwikkeling en inzet van technologie. In principe gaan psychosociale en technologische innovatie hand in hand, vaak heeft een psychosociale interventie ook een technologische kant en vice-versa. U zag dit ook in de voorbeelden van de beweegprogramma's die ik noemde.

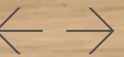




De meerderheid van de ouderen voelt zich eenzaam.



Technologie speelt een steeds grotere rol in de zorg. In een gemiddeld verpleeghuis wordt gebruikt gemaakt van acht verschillende technologieën. Wat met name veel wordt ingezet, zijn bewegingsdetectie op slaapkamers en digitale communicatiesystemen voor zorgmedewerkers. Andere hulpmiddelen, zoals GPS-horloges (59%) en zorgrobots (52%) zijn in de helft van de woonvoorzieningen in gebruik<sup>33</sup>. Digitalisering biedt een kans om de persistente problemen in de zorg te helpen oplossen, niet alleen in het verpleeghuis, maar ook voor thuis. Vilans heeft een bruikbaar overzicht gemaakt van de meeste toegepaste technologieën ook voor thuis en wat deze kunnen opleveren aan tijdsbesparing<sup>34</sup>. Goede voorbeelden zijn beeldschermzorg, zoals wondzorg die deels op afstand kan plaatsvinden; monitoring van chronische ziekten, zodat zorg op het juiste moment wordt ingezet; dag structuur ondersteuning door middel van een scherm of sociale robot en leefstijl-monitoring, waarbij een netwerk van sensoren inzicht geeft in het leefpatroon van alleenwonende cliënten met bijvoorbeeld een vroeg stadium van dementie. Het lectoraat onderzoekt de inzet van Digirehab, een software programma dat m.b.v. data over bewegingsvermogen, gezondheid, slaap en wensen van ouderen geïndividualiseerde trainingsprogramma's genereert voor onder andere thuiswonende ouderen. Deze programma's kunnen zorgvraag voorkomen blijkt uit onderzoek met meer dan 7000 ouderen in Denemarken<sup>35</sup>.



Inzetten op 'digitaal' als norm leidt tot meer doelmatigheid en meer regie bij de ouderen die ermee kunnen omgaan. Deze groep is sterk groeiende. Daardoor zou meer tijd en capaciteit vrij moeten komen om de meest kwetsbaren de aandacht te geven die zij nodig hebben. Echter, slechts een minderheid van de digitale gezondheidstechnologieën wordt geïmplementeerd in de zorg. Maar liefst 98% van alle startups in de digitale gezondheidszorg mislukken<sup>36</sup>. Wat maakt dat de implementatie zo moeizaam is? Daar zijn verschillende redeneren voor<sup>37</sup>. De volgende anekdote licht een tipje van de sluier op. In maart van dit jaar verzorgde ik een digitale workshop zorgtechnologie voor zorgorganisatie SVRZ. Onder de 180 deelnemers waren veel zorgmedewerkers. Gebruikmakend van hun mobiele telefoon beantwoordden de deelnemers digitaal een vraag die ik aan hen stelde. Ik vroeg hen het volgende: wat komt er in je op als je denkt aan de inzet van een nieuwe zorgtechnologie op de werkvloer? Beschrijf dit in één woord. De woorden die werden ingetypt verschenen als een word cloud op een groot scherm. Woorden die vaak genoemd worden, zijn groter in vergelijking met woorden die niet vaak genoemd worden. Termen als 'geen tijd' of 'weet er te weinig van' kwamen natuurlijk in de word cloud. Maar de term die het grootst in beeld kwam was 'angst' – angst voor de inzet van nieuwe zorgtechnologie.

Het gebruik van geavanceerde technologieën en innovaties heeft grote invloed op het werk van zorgverleners. Ze moeten digitale vaardigheden ontwikkelen om zich staande te houden in een zorgomgeving waar data een steeds belangrijkere rol speelt. Een studie van het Trimbos-instituut laat zien dat 65% van de zorgmedewerkers zich nooit of niet altijd voldoende getraind voelt om een zorgtechnologie goed te kunnen hanteren<sup>33</sup>. Zo'n 54% van de managers in de zorg geven aan dat ze nog geen visie hebben op zorgtechnologie. In deze organisaties gaat personeel dus aan de slag met technologie zonder een gezamenlijk gedragen visie en uitgesproken doel.

Het niet voldoen aan de behoeften en waarden van gebruikers (lees zorgmedewerkers en ouderen) wordt geïdentificeerd als een van de belangrijkste redenen voor het mislukken van implementaties van zorgtechnologie<sup>37</sup>. Het gevoelde gebrek aan betrokkenheid bij de sterk veranderende werkzaamheden blijkt ook uit het onderzoek van Viazorg naar redenen van zorgprofessionals om te vertrekken uit de zorg. De neiging is om te denken dat dit alles te maken heeft met werkdruk<sup>38</sup>. Werkdruk staat echter niet in de top 5 voor redenen van vertrek. Wat we daar wel vinden is: te weinig uitdaging in werkzaamheden (16%), het missen van een goede werksfeer en samenwerking (16%), de manier van werken en aansturing (16%) en te weinig scholings- en opleidingsmogelijkheden (12%).

Hier ligt dus een duidelijke opdracht voor zorgmanagers, maar ook het lectoraat kan hieraan bijdragen. Het lectoraat heeft niet alleen als doel om innovaties in de ouderenzorg te onderzoeken, maar dit op een dusdanige manier te doen dat betrokkenen maximaal zijn geëquipeerd om deze innovatie te omarmen. Juist de structuur van een lectoraat maakt dit goed mogelijk. Lectoraten verbinden onderwijs, onderzoek en praktijk. Het is mijn ambitie om deze domeinen maximaal te integreren, zodat we de kennis en het lerend vermogen van alle betrokken partijen, onderzoekers, docenten, zorgmedewerkers, ouderen en ook studenten beter gaan aanspreken. Dit brengt mij op het laatste thema van het lectoraat namelijk onderwijskundige innovatie.

## ONDERWIJSKUNDIGE INNOVATIE

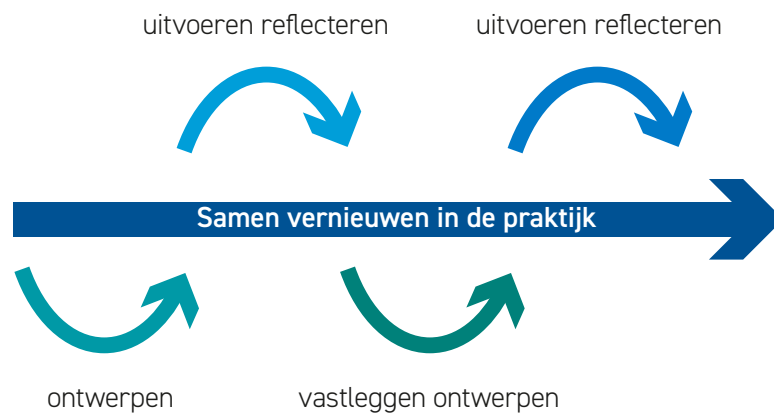
Ik heb drie waarden geïdentificeerd die van belang zijn bij het aanspreken van het lerend vermogen van de betrokken partijen en die kenmerkend zullen zijn voor het lectoraat. Dit zijn ten eerste, gebruik van onderzoeksmethodieken die betrokkenen onderdeel laten zijn van het onderzoek; ten tweede, waardering van kennis en expertise van alle betrokken en ten derde, het creëren van een leeromgeving die studenten en professionals uitdaagt.

### Keuze van onderzoeksmethodiek

De traditionele manier van onderzoek doen in de gezondheidszorg is door middel van randomized controlled trials (RCTs). Deze manier van onderzoek heeft een hoge wetenschappelijke kwaliteit. Een dergelijk onderzoeksopzet kenmerkt zich echter ook door rigiditeit: de interventie mag in de tijd niet veranderen en enkel kwantitatieve uitkomstmaten doen ertoe. Een belangrijk nadeel is ook dat gebruikers (lees ouderen en zorgprofessionals) vaak aan de zijlijn staan. De inzet van RCTs is een manier om goed te observeren wat de effecten van een innovatie zijn, maar helpen niet bij de implementatie ervan<sup>39</sup>.

Studies gericht op het evalueren van interventies en activiteiten binnen de complexe realiteit van de ouderenzorg combineren daarom steeds vaker kwalitatieve en kwantitatieve methoden binnen één ontwerp<sup>40, 41</sup>. De onderliggende aanname is dat de kwantitatieve data gecombineerd met verhalen en persoonlijke ervaringen een beter begrip geven van het onderzoeksprobleem en bijdraagt aan de ontwikkeling van een oplossing. Dit type onderzoek heeft nog steeds als hoofddoel kennisontwikkeling, maar betreft gebruikers en biedt inzicht in de mogelijke barrières en kansen voor implementatie.

Een laatste type onderzoek dat ik wil noemen is actieonderzoek. Kenmerkend voor actieonderzoek is de participatie van de betrokkenen bij het vraagstuk en het concreet werken aan verbetering of verandering van een situatie voor de betrokkenen. Door nieuwe manieren van handelen uit te proberen en deze te onderzoeken, kan kennis ontstaan over wat werkt en wat de impact is van dit handelen in de praktijk. Actieonderzoek draagt minder bij aan het leveren van kennis over effectiviteit, maar biedt goede mogelijkheden voor innovatie en ook persoonlijke ontwikkeling. Niet de kennisontwikkeling maar de persoonlijke en organisatorische ontwikkeling staat centraal. Voor bijvoorbeeld digitale innovaties, die verfijning en afstemming vergen, leent actieonderzoek zich heel goed.



**Figuur 6** De cyclus van actie-onderzoek.

Concluderend kunnen we stellen dat de onderzoeksmethodieken afhangen van het doel. Onderzoeksvormen zoals participatief actieonderzoek stimuleren een actieve leergemeenschap en betrekken gebruikers maximaal bij het onderzoek. Het is mijn ambitie deze vorm van onderzoek meer toe te passen.

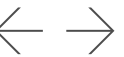
### Inbreng van verschillende soorten expertise en kennis

Om kennis te ontwikkelen over een onderwerp of vraagstuk is het nodig dat alle kennis telt. Met andere woorden, niet alleen de klinische parameters doen ertoe, ook de kennis van zorgmedewerkers en de waarden en ervaringen van ouderen, mits op de juiste wijze bevraagd en geïnterpreteerd, zijn belangrijke uitkomstparameters. Het is daarbij van belang dat partijen niet alleen mogen meepraten maar ook invloed kunnen uitoefenen, zodat er een gevoel van eigenaarschap ontstaat<sup>42</sup>. Gezamenlijk eigenaarschap kan ontstaan als mensen een gemeenschappelijk doel hebben en met hun expertise kunnen bijdragen. Het vergroot de effectiviteit van het team en stimuleert het gezamenlijk initiatief en verantwoordelijkheden<sup>43</sup>; ingrediënten die allemaal nodig zijn voor de innovatie. Het is best wenselijk om samen te werken op deze manier. Het formeren van formele samenwerkingsverbanden zoals de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zeeland (AWOZ) met partners uit ouderorganisaties, kennisinstellingen, zorgorganisaties en overheid draagt hier aan bij. Een mooi voorbeeld is het project 'Grip op Eenzaamheid' waar we met de expertise van onderzoekers, welzijnscoaches, ouderen en studenten hebben onderzocht hoe we signalen van eenzaamheid in de verpleeghuissetting



*Want elke dag is een nieuw begin  
En elke dag is een avontuur  
Ja, elke dag ben ik blij van binnen  
Omdat we samen zijn  
Als wij maar samen zijn*

(Acda en de Munnik)



beter kunnen signaleren en bespreekbaar maken. Deze kennis is vervolgens omgezet in een module die voor iedereen vrij toegankelijk is en niet alleen gebruikt kan worden door zorgmedewerkers, maar ook door mantelzorgers. De module wordt ook een vast onderdeel van het curriculum van HZ University of Applied Sciences en Hogeschool Rotterdam<sup>44</sup>.

Naast kennis, ingebracht vanuit verschillende partijen, zien we ook dat kennis uit verschillende disciplines steeds belangrijker wordt. Vaak gaat het dan nog om verwante disciplines, maar ook de verbinding tussen professies uit zorg en welzijn worden steeds belangrijker. Die vraagstukken zijn vaak complex, vragen om een integrale aanpak, wat heeft geleid tot een toenemende aandacht voor interprofessionele samenwerking en interprofessioneel opleiden in de zorg<sup>45</sup>. Echter steeds vaker gaat het ook over samenwerking tussen disciplines die verder uit elkaar liggen. Een goed voorbeeld daarvan is de toename van het gebruik van data in de zorg. Waar de datawetenschapper de data zodanig weet te ontsluiten dat er een goede voorspelling kan worden gedaan over effecten van preventies of ziekteverloop en een medisch ethicus advies kan geven over hoe om te gaan met privacy gevoelige data, zullen ook zorgprofessionals enige kennis moeten ontwikkelen over deze disciplines om elkaars taal te kunnen begrijpen. Dat betekent: in professioneel opzicht 'meertalig' zijn om de betekenis te begrijpen die verschillende praktijken aan specifieke woorden geven en het belang daarvan in de praktijk<sup>46</sup>. Ook het onderzoek naar VR games vraagt bij uitstek om een dergelijk interdisciplinaire aanpak

en wordt uitgevoerd met betrokkenheid van fysiotherapeuten, engineers, softwareprogrammeurs, zorgmanagers en cognitiewetenschappers.

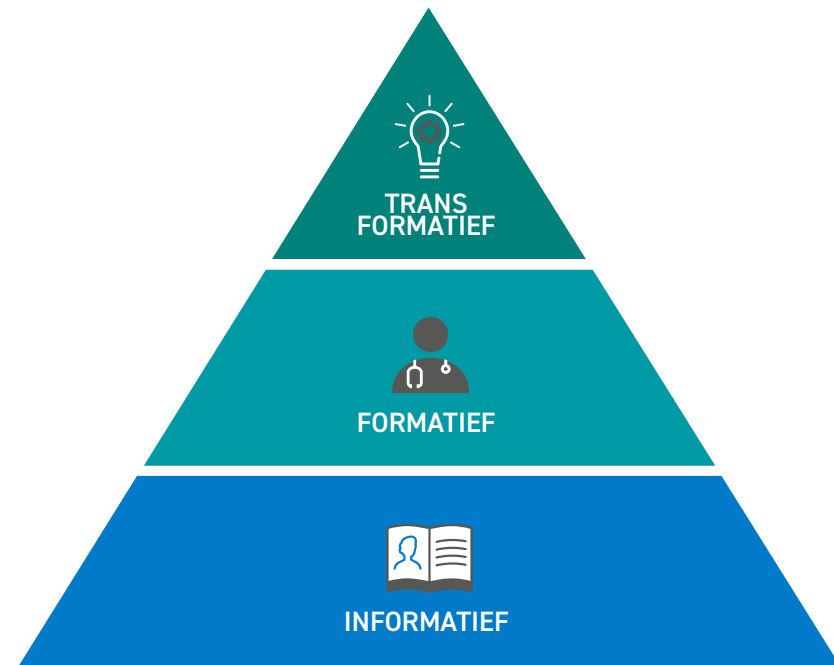
### **Een uitdagende leeromgeving**

In gesprekken met studenten over ouderenzorg valt op dat ze de zorg voor andere groepen aantrekkelijker vinden. Ze denken ook dat werken in bijvoorbeeld het ziekenhuis uitdagender is. Tegelijkertijd geven de studenten aan dat ze weinig weten over ouderen en ouderenzorg en dat het curriculum hier meer aandacht aan zou moeten besteden. Als ze denken aan de complexiteit van de ouderenzorg benoemen ze voornamelijk ziektebeelden en bijbehorende lichamelijke problemen. Maar de complexiteit omvat veel meer. Naast klinisch redeneren vergt het werken in de ouderenzorg empathie, sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen en trans-disciplinair denken. Des te meer reden is er om studenten ook in het hoger onderwijs al vroeg kennis te laten maken met de realiteit van de ouderenzorg en competenties die hiervoor nodig zijn. Dit kan ook een positief effect hebben op het huidige negatieve imago van de ouderenzorg.

In 2010, ondertussen al 12 jaar geleden, publiceerde een team van wereldwijde onderwijsexperts aanbevelingen voor het medische en zorg onderwijs<sup>47</sup>. Ze identificeerden drie momenten van onderwijshervorming. De eerste hervorming werd gelanceerd aan het begin van de 20e eeuw en richtte zich op het belang van een op wetenschap gebaseerd curriculum.

Rond de jaren '70 van de vorige eeuw vond een tweede hervorming plaats die pleitte voor probleemgestuurde instructie. Het team pleitte voor een derde hervorming waarbij kerncompetenties en coöperatief leren een centrale rol spelen. Kerncompetenties zijn competenties die men verwacht van alle medewerkers, ongeacht hun functie of achtergrond. De vaardigheden die ik eerder beschreef, communicatieve vaardigheden, probleemoplossend vermogen, empathie zijn wellicht nog het best te vatten onder de kerncompetentie leiderschap. Er is ruimte voor meer leiderschap in de zorg en niet alleen bij managers en bestuurders. Dit kan bewerkstelligd worden door de inzet van academici en niveau 5/6 verpleegkundigen geschoold op deze kerncompetentie. Het onderzoek van Haunch et al laat zien dat coachende rolmodellen die als meewerkende voormannen en -vrouwen functioneren in de dagelijkse zorg de groepsdynamiek en kwaliteit van zorg verbeteren<sup>48</sup>. Ik denk echter dat bepaalde aspecten van leiderschap, zoals communicatieve vaardigheden, empathie, zelfreflectie een groter onderdeel zouden moeten zijn van ieder curriculum, zodat ze een competentie worden van alle toekomstige zorgmedewerkers.

Binnen het medisch en zorgonderwijs zijn de eerste stappen van de derde hervorming wereldwijd en ook in Zeeland al volop aanwezig. We besteden binnen de kennisinstellingen niet meer alleen aandacht aan informatief leren (het verwerven van kennis en vaardigheden) en formatief leren (het toepassen van deze kennis binnen de eigen discipline), maar ook transformatief leren krijgt een kans. Transformatief



**Figuur 7** Verschillende vormen van leren.

leren is het anders gaan kijken naar veronderstellingen of verwachtingen. Dit type leren vindt plaats op momenten dat er dilemma's zijn die leiden tot verwarring oftewel desoriëntatie. Deze situaties vragen om kritische reflectie en heroriëntatie en het herdefiniëren van nieuwe rollen en acties. Het gevolg is een verschuiving van passieve acceptatie van beschikbare informatie naar een bewuste en reflectieve manier van leren



die echte veranderingen ondersteunt. Volgens ontwikkelaar Mezirow transformeren we ons referentiekader<sup>49,50</sup>. Kritische reflectie op de eigen veronderstellingen, in dialoog gaan met anderen hierover en ruimte krijgen om nieuw handelen uit te proberen, zijn de centrale kenmerken van deze vorm van leren<sup>51</sup>. Er zijn verschillende werkvormen die transformatief leren stimuleren. Het participatief actieonderzoek is er een. Maar ook community engaged en community service learning leent zich hier goed voor. Dit zijn vormen van ervaringsleren, waarbij studenten werken aan een maatschappelijk vraagstuk in nauwe samenwerking met meerdere stakeholders (peers, docenten, maatschappelijke partners). Binnen het lectoraat maken we gebruik van community engaged learning in het buddy project, waarbij we studenten van zowel het UCR als de HZ gekoppeld hebben aan een kwetsbare oudere, al dan niet met dementie. Studenten worden getraind als vrijwilliger en er vindt uitgebreide intervisie en persoonlijk reflectie plaats. Gedurende een half jaar gaan ze wekelijks op bezoek bij de oudere en ondernemen ze activiteiten op initiatief van de oudere. Studenten worden in deze setting volop geconfronteerd met verwarring maar krijgen ook de kans hier kritisch op te reflecteren. Dit leidt tot heroriëntatie en het aannemen van een nieuwe rol.

Als voorbeeld noem ik enkele passages uit een reflectie verslag van student Amy die buddy was voor Nelleke, een vrouw met de ziekte van Alzheimer. Namen en plaatsen zijn fictief.

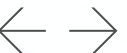
*Gedurende de eerste ontmoeting schrijft Amy: 'Iets anders wat ik lastig vind om mee om te gaan is de herhaling in de gesprekken. Ik vind het lastig hier mee om te gaan, ik weet niet hoe ik hier op moet reageren.' Gedurende de tweede ontmoeting zegt zij: 'Foto's zijn een goede manier om de conversatie op een nieuw onderwerp te brengen. Nelleke begon te praten over de Dordrecht periode, waar ze een groot deel van haar volwassen leven heeft gewoond'. Gedurende het derde bezoek schrijft Amy: 'Ik kom erachter dat, naast foto's, een doordachte opmerking of vraag ook een nieuw gesprek kunnen laten ontstaan. Op deze manier hebben we niet steeds hetzelfde gesprek. Ik moet deze vaardigheid verder ontwikkelen.' Naar aanleiding van een van de laatste ontmoetingen schrijft Amy tot slot: 'Herhaling in een gesprek valt te verwachten. Het gebeurt vaker op slechte dan op goede dagen. Het geeft Nelleke desondanks een manier om contact met me te hebben en haar emoties te tonen, zelfs op een slechte dag.'*

Het interessante van deze interventie is dat het niet zozeer bijdraagt aan feitenkennis of houding van de studenten (formatief leren), maar wel aan andere vaardigheden zoals ontwikkeling van empathie, probleemoplossend vermogend, communicatieve vaardigheden en reflectie. Het leren vindt uitermate zelfregulerend plaats; door reflectie op het eigen handelen en in samenspraak met andere studenten. Student Amy heeft geleerd niet alleen beter om te gaan met repetitie in gesprekken, maar heeft ook geaccepteerd dat deze herhaling niet helemaal te vermijden is en ook waardevol kan zijn.

Mijn doel is om naast formatief en informatief leren het onderwijs te inspireren tot het inzetten van elementen van transformatief leren. Een deel hiervan kan uitgevoerd worden binnen lopende en nieuwe onderzoeksprojecten binnen het lectoraat ouderenzorg en past bij de visie van de HZ over het belang van leidinggevende capaciteiten voor verpleegkundigen en de rol van HBO studenten als change agents. Deze vorm van onderwijsvernieuwing past ook bij de cultuur van maatschappelijke betrokkenheid en de pedagogiek van reflectie van UCR en waar community engaged learning momenteel wordt uitgebreid. Ik denk dat de ambities mooi samenkomen en hoop studenten van de verschillende organisaties - UCR, HZ en Scalda - te betrekken in dit type onderwijs. Ik nodig ook collega's in het onderwijs van harte uit om mee te denken hoe we dit voor onze studenten verder vorm kunnen geven.

## Tot slot

Ik kijk er naar uit met het lectoraat een bijdrage te leveren aan de grote uitdagingen waar de ouderenzorg de komende decennia voor staat en aan het opleiden van bekwame toekomstbestendige zorgprofessionals. Het is leuk en spannend om hierin samen met u allen te werken, onze grenzen te verleggen en te leren, te blijven leren, met lef! Ik heb gezegd!



## Dankwoord

Ik wil jullie allemaal bedanken voor uw aanwezigheid en belangstelling vandaag. In het bijzonder dank ik de personen die belangrijk zijn geweest in de aanloop naar deze dag. Om te beginnen zijn dit de mensen met wie ik het onderzoek verricht en waaruit ik voor deze rede zo uitvoerig heb geput. Dit zijn docenten en onderzoekers van de HZ University of Applied Science, University College Roosevelt, Erasmus School of Health Policy and Management, Scalda, zorgprofessionals en onderzoekers vanuit WVO zorg, zorggroep ter Weel, ADRZ, Zorgsaam, SVRZ, Zorgstroom, Allévo, de GGD, Periscaldes, ouderen vanuit GENERO en POSO en heel veel studenten die me oneindig inspireren. Natuurlijk wil ik ook Eugene en Bianca bedanken voor alle ondersteuning. Ook wil ik het college van bestuur van de HZUaS, John Dane en Barbara Oomen bedanken voor het mogelijk maken van deze plek. De directeur van het zorgdomein Health, Education and Well-Being, Frank Rothuis, leading lector van het Applied Research Center Vitality, Olaf Timmermans en het bestuur van UCR Bert van de Brink en Etienne de Jager bedank ik voor hun vertrouwen in mij. En natuurlijk wil ik mijn lieve vrienden en familie bedanken voor hun steun en vooral voor de broodnodige afleiding in de vorm van wandelingen, een telefoontje of een goed glas bier. Speciale dank gaat uit naar mijn gezin, mijn kinderen en naar Richard; jullie zijn soms het slachtoffer van het feit dat ik altijd teveel wil doen en er soms met mijn gedachten totaal niet bij ben. Dank voor jullie support en jullie liefde.

## Referenties

- 1 NIDI- en CBS-tussenrapport: Bevolking 2050 in beeld: drukker, diverser en dubbelgrijs.
- 2 Alzheimer Nederland jaarverslag 2021.
- 3 Hinkema MJ, van Heumen SPM, Egter van Wissekerke NG, Hinkema J, (2019) Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg Report number R12033.
- 4 CBS 2020 Dossier bevolkingsgroei en vergrijzing.
- 5 Regiobeeld Zeeland (2021).
- 6 CBS (2022) Zorguitgaven; Kerncijfers.
- 7 Zorg voor Beter: veranderingen in de langdurige zorg.
- 8 Gopal K, de Kort J, Linckens D, Marchal B, Veen A. (2022) Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050 Scenario's voor toekomstig zorggebruik, arbeidsmarkt en huisvesting Uitgevoerd in opdracht van AZW Begeleid door Actiz.
- 9 Spillman BC, Pezzin LE. (2000) Potential and active family caregivers: changing networks and the 'sandwich generation'. *Milbank Q.* 78(3):347-74.
- 10 de Jong A, Kooiker S (2018) Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-2040 Achtergrondstudie.
- 11 Rijksoverheid Actueel (2022) Kabinet-zet-in-op-preventie-en-intensievere-samenwerking-binnen-de-zorg.
- 12 CBS (2022) Arbeidsdeelname; provincie ([cbs.nl](https://www.cbs.nl)).
- 13 Rademakers, J. (2016) De actieve patiënt als utopie. [www.nivel.nl](https://www.nivel.nl): NIVEL.

- 14 Heijmans M, Brabers AEM, Rademakers J. (2018) Health Literacy in Nederland [health literacy in the Netherlands]. Nivel.
- 15 SCP (2022) Trends in de ouderenzorg <https://digitaal.scp.nl/ouderenzorg/>.
- 16 Faber von M. (2002) Maten van succes bij ouderen: gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden.
- 17 Bootsma-van der Wiel A. (2002). Disability in the oldest old.
- 18 Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. (2010) In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* 11(5):338-43.
- 19 Chi J, Chen F, Zhang J, Niu X, Tao H, Ruan H, Wang Y, Hu J. (2021) Impacts of frailty on health care costs among community-dwelling older adults: A meta-analysis of cohort studies. *Arch Gerontol Geriatr.* 94:104344.
- 20 Fratiglioni L, Marseglia A, Dekhtyar S. (2020) Ageing without dementia: can stimulating psychosocial and lifestyle experiences make a difference? *Lancet Neurol.* 19(6):533-543.
- 21 Bewegrichtlijnen/Bevolkingsstatistiek 2011- 2020, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 22 Letsel Informatie Systeem 2011 - 2020, VeiligheidNL.
- 23 Bevolkingsstatistiek 2011 - 2020, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 24 Levi M, (2021) de epidemie waar je niemand over hoort. Het Parool augustus 2021.
- 25 Gulka HJ, Patel V, Arora T, McArthur C, Iaboni A. (2020) Efficacy and Generalizability of Falls Prevention Interventions in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 21(8):1024-1035.
- 26 Smulders K, Esselink RA, Bloem BR, Cools R. (2015) Freezing of gait in Parkinson's disease is related to impaired motor switching during stepping. *Mov Disord.* 2015 Jul;30(8):1090-7.
- 27 Siepel FJ, Brønneck KS, Booij J, Ravina BM, Lebedev AV, Pereira JB, Grüner R, Aarsland D. (2014) Cognitive executive impairment and dopaminergic deficits in de novo Parkinson's disease. *Mov Disord.* 29(14):1802-8.
- 28 Bauer B, Andringa G, (2020) The Potential of Immersive Virtual Reality for Cognitive Training in Elderly. *Gerontology* 66(6):614-623.
- 29 Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission The Lancet Commision, 396:10248, 413-446.
- 30 Victor R, (2012), Loneliness in care homes: a neglected area of research? *Aging health* 14.
- 31 Prieto-Flores, M.E., M.J. Forjaz, G. Fernandez-Mayoralas, F. Rojo-Perez en P. Martinez-Martin (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. In: *Journal of Aging and Health*, 23, p. 177-194.
- 32 Movisie 2022 Eenzaamheid verminderen onder ouderen | Movisie.
- 33 van der Kuil M., Overbeek A., Hartstra E., Prins M., van Erp J., Stobbe E., van der Schot, A. van der Roest H. (2021) Zorgtechnologie en Innovatie Trimbos instituut.
- 34 Vilans Tijdsbesparende zorgtechnologieën gepresenteerd.
- 35 Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. (2015) Reablement in a community setting. *Disabil Rehabil.* 37(15):1347-52.
- 36 Chase D. (2016) Why 98% of digital health startups are zombies and what they can do about it. *Forbes*.

- 37 Van Velsen L, Wentzel J, Van Gemert-Pijnen JE. (2013) Designing eHealth that matters via a multidisciplinary requirements development approach. *JMIR Res Protoc* 24;2(1):e21
- 38 Viazorg uitstroomonderzoek 2020.
- 39 Borglin, G. (2015) The value of mixed methods for researching complex interventions. Chp 3 in Hallberg, I. *Complex Interventions in Health: An Overview of Research Methods*. Oxford: Routledge. pp 29-45.
- 40 Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. and Petticrew, M. (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance.
- 41 Curry, L., O’Cathain, A., Clark, V., Aroni, R., Feters, M. and Berg, D. (2012) The role of group dynamics in mixed methods health sciences research teams. *Journal of Mixed Methods Research*. Vol. 6. No. 1. pp 5-20.
- 42 De Jonge, F. (2015). *Psychologische Eigenaarschap*. In M.C.P. Ruijters (Ed.), *Je Binnenste Buiten*. Over professionele identiteit in organisaties (pp. 405 - 416). Deventer: Vakmedianet.
- 43 Pierce, J. L. & Jussila, I. (2010). Collective psychological ownership within the work and organizational context: Construct introduction and elaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 31(6), 810–834.
- 44 Online training: Grip op eenzaamheid in het verpleeghuis (2022) Movisie.
- 45 Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, Ota K, Saito Y, Sasaki H, Tsubota K, Fukuyama H, Honda Y, Iguchi A, Toba K, Hosoi T, Kita T; Members of Subcommittee for Aging. (2012) Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*. 12(1):16-22.
- 46 Meleis AI. (2016) Interprofessional Education: A Summary of Reports and Barriers to Recommendations. *J Nurs Scholarsh*. Jan;48(1):106-12.
- 47 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 4;376(9756):1923-58.
- 48 Haunch K, (2021) Understanding the staff behaviours that promote quality for older people living in long term care facilities: a realist review *International Journal of Nursing Studies*, 117:103905.
- 49 Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 50 Mezirow, J. (2000). Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory. In J. Mezirow (Ed.), *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*, 3-33.
- 51 Van Schalkwyk SC, Hafler J, Brewer TF, Maley MA, Margolis C, McNamee L, Meyer I, Peluso MJ, Schmutz AM, Spak JM, Davies D; Bellagio (2019) Global Health Education Initiative. Transformative learning as pedagogy for the health professions: a scoping review. *Med Educ*. 53(6):547-558.

## Colofon

### Uitgave

HZ University of Applied Sciences,  
november 2022

### Foto's

Gerda Andringa  
Shutterstock  
Hillary Peralty by Unsplash

### Grafische vormgeving

Janca Huysmans, [graphicjam.nl](http://graphicjam.nl)



**Gerda Andringa** groeide op in Zuidwolde, Drenthe. Ze studeerde Biologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. In 2000 promoveerde Gerda aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op nieuwe behandelstrategieën voor de ziekte van Parkinson. Zij werkte

vervolgens als gastwetenschapper bij het National Institute of Neurological Disorders and Stroke in Bethesda in de Verenigde Staten om in 2002 terug te keren als Universitair Docent bij de afdeling Medische Farmacologie van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Gerda heeft naast een liefde voor onderzoek, ook een passie voor onderwijs in en met de praktijk en werkte drie jaar als onderwijsontwikkelaar en projectmanager onderwijs voor professionals aan de Hogeschool Utrecht. Sinds 2008 werkt ze als Universitair (hoofd)docent Cognitieve Neurowetenschappen bij University College Roosevelt. Ze is een van de oprichters van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zeeland. De leerervaring van studenten vormt een belangrijk onderdeel van haar onderzoek; in 2020 ontving ze hiervoor de 'outstanding teacher award' van de Universiteit Utrecht. In 2020 is Gerda gestart met het Lectoraat Ouderenzorg bij de HZ University of Applied Sciences. Binnen het lectoraat onderzoekt Gerda, met en voor ouderen, zorgprofessionals, docenten en studenten, de effecten en implementatie van psychosociale en technologische interventies in de ouderenzorg. Hiermee wil Gerda bijdragen aan de kwaliteit van de ouderenzorg, nu en in de toekomst.

[g.andringa@hz.nl](mailto:g.andringa@hz.nl)

