

# Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie

G.I.J.M. Kempen<sup>a</sup>

## **Psychosocial aspects of health and functioning in old age: from determinants towards intervention**

A central issue within the area of social gerontology refers to the explanation why some older people – despite medical problems – function quite well at an older age while others do not. This paper describes a conceptual approach that enables us to understand individual differences in daily functioning in the chronically ill, thus providing a starting point for the development of interventions to improve daily functioning in old age. More specifically, the role of self-efficacy expectancies and perceived control in daily functioning of older persons are elaborated. The presented studies show that both concepts are not predominant but contribute in a consistent way to old people's daily functioning. This knowledge has resulted in the development and evaluation of psychosocial interventions to improve functioning and to reduce disability. Two examples of such interventions are described: the reduction of fear of falling and self-management of patients with congestive heart failure. The development and evidence of interventions to improve daily functioning in old age are still in their infancy but are promising. The encouragement of the further development of such interventions may help to improve health care for older people as they may fit within the perspective of older people themselves and may reduce the need of care.

Keywords: psychosocial interventions, daily functioning, self-management, older people

Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40: 253-261

<sup>a</sup> Hoogleraar Sociale Gerontologie bij de Vakgroep Verpleging en Verzorging, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University

Correspondentie: Prof.dr. G.I.J.M. Kempen, Vakgroep Verpleging en Verzorging, CAPHRI School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: g.kempen@zw.unimaas.nl.

## Samenvatting

Een centrale vraag binnen de sociale gerontologie betreft hoe het is te verklaren dat sommige ouderen tot op hoge leeftijd – ongeacht de aanwezigheid van ziekte – op een redelijk niveau blijven functioneren, terwijl dit voor andere ouderen niet het geval is. Dit artikel schetst een conceptueel model dat inzicht geeft in de individuele uitwerking van (voornamelijk) chronische gezondheidsproblemen en daardoor aanknopingspunten biedt voor gerichte interventies voor het bevorderen van zelfredzaamheid bij ouderen. Meer specifiek wordt ingegaan op de rol die gevoelens van competentie en controle hierbij spelen. Uit het beschreven onderzoek blijkt dat gevoelens van competentie en controle weliswaar niet overheersend maar wel consistent in positieve zin bijdragen aan zelfredzaamheid en het functioneren van ouderen. Daarmee is een basis gelegd voor de ontwikkeling en evaluatie van psychosociale interventies die beide concepten en zelfredzaamheid in positieve zin kunnen beïnvloeden. Twee van dergelijke interventies worden gepresenteerd: vermindering van angst om te vallen en zelfmanagement bij chronisch hartfalen. Geconcludeerd wordt dat de ontwikkeling en de bewijskracht van dergelijke interventies pas in de kinderschoenen staan maar potentie hebben. Een verdere stimulans ervan kan bijdragen aan een meer adequate ouderenzorg omdat deze aansluit bij ouderen zelf en mogelijk de zorgvraag zal verminderen.

Trefwoorden: psychosociale determinanten; zelfredzaamheid; interventie; dagelijks functioneren; zelfmanagement

## Inleiding

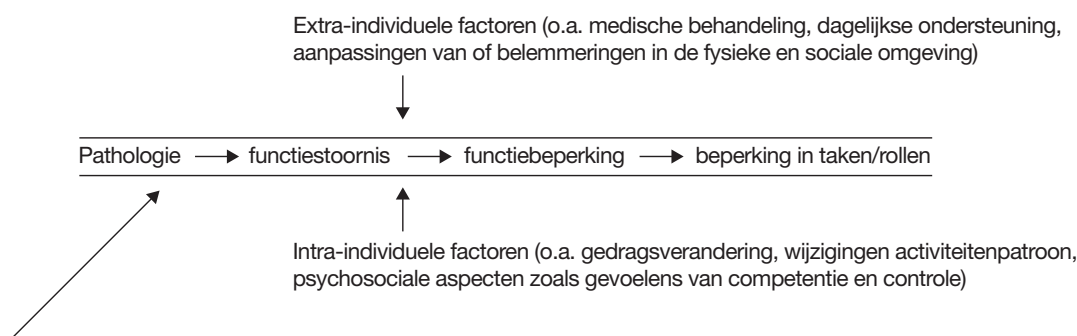
Met de vergrijzing neemt de prevalentie van ziekten en aandoeningen substantieel toe. Hoe is het te verklaren dat sommige ouderen tot op hoge leeftijd – ongeacht de aanwezigheid van een ziekte of een aandoening – op een redelijk niveau blijven functioneren, terwijl dat voor andere ouderen niet of veel minder het geval is? Uiteraard spelen biologische predisposities of genetische factoren een belangrijke rol, maar mogelijk ook andere factoren. Liggen de mogelijkheden voor primaire preventie van ziekten en aandoeningen bij ouderen vooral in de eerdere levensfasen, in het licht van de vergrijzing zal ook winst geboekt kunnen worden door de be-

vordering van tertiaire preventie: het bieden van mogelijkheden om de *gevolgen* van ziekten en aandoeningen voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven zo veel mogelijk te beperken. In een recent rapport van de Gezondheidsraad wordt in dit verband gesproken over *functioneringsgerichte* preventie: preventie die in aanvulling op of los van een ziektegerichte benadering functiebeperkingen kan voorkomen.<sup>1</sup>

Dit artikel schetst eerst een conceptueel model dat inzicht geeft in de individuele uitwerking van (voornamelijk) chronische gezondheidsproblemen voor het dagelijks functioneren van ouderen. Het biedt aanknopingspunten voor het verklaren en bevorderen van zelfredzaamheid bij ouderen. Vervolgens wordt meer specifiek ingegaan op de rol die gevoelens van competentie en controle spelen in het dagelijks functioneren van ouderen. Tot slot worden twee interventies beschreven die tot doel hebben dergelijke gevoelens in positieve zin te beïnvloeden om daarmee het dagelijks functioneren van ouderen te verbeteren.

## Van pathologie naar beperkingen: het proces van ‘disablement’

In de afgelopen decennia zijn in de literatuur verschillende conceptuele schema's ontwikkeld, die de *gevolgen* van ziekten en veroudering voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven beschrijven. De ‘International Classification of Impairments, Disability and Handicap’ – de ICIDH, later bewerkt tot de ‘International Classification on Functioning, Disability and Health’ – is hiervan de meest bekende.<sup>2,3</sup> In de ICIDH wordt verondersteld dat ziekte leidt tot functiestoornissen op orgaaniveau, die op hun beurt weer leiden tot functiebeperkingen waardoor belemmeringen bij de uitvoering van sociale rollen ontstaan. Een belangrijke verdienste van dit denkmodel was dat méér dan voorheen werd gekeken naar de gevolgen van ziekte in plaats van louter naar etiologie, primaire preventie en medische behandeling zoals in het klassieke medisch model gangbaar is. Echter, het hoeft niet zo te zijn dat bij verschillende personen dezelfde mate van ziekte of functiestoornissen leidt tot dezelfde mate van functiebeperkingen of handicap. Zo zijn er verschillen in relevantie van functieverlies: voor een fervent pianospeler zal reumatoïde artritis immers een andere *impact* hebben dan voor iemand die voornamelijk TV kijkt. Daarnaast verschillen individuen in de mate waarin zij mogelijkheden hebben om allerlei hulpbronnen (zoals sociale contacten en steun, persoonlijke vaardigheden, materiële mogelijkheden en dergelijke) in te zetten die de negatieve effecten van functiestoornissen op functiebeperkingen kunnen verzachten. Een van de eersten die dit hebben onderkend zijn Verbrugge en Jette bij de beschrijving van hun proces van *disablement*.<sup>4-6</sup> Dit conceptueel model



Risicofactoren  
(o.a. demografische kenmerken, sociaal-economische positie, leefstijlkenmerken, biologische predisposities)

**Figuur 1**

Het proces van disablement\*

\*Ontleend aan Verbrugge en Jette<sup>4</sup>

onderscheidt (zoals ook de oorspronkelijke ICIDH) vier hoofdconcepten in het proces van pathologie naar beperkingen in taken en rollen c.q. dagelijks functioneren (zie figuur 1).

Pathologie (*pathology*) verwijst naar biochemische en fysiologische verstoringen. In medische termen: ziekte, aandoening of letsel. Functiestoornissen (*impairments*) betreffen anatomische, fysiologische, mentale of emotionele afwijkingen, zoals verstoringen en afwijkingen in lichaamsfuncties van bloedsomloop, bewegingsapparaat of zenuwstelsel; het gaat hier met name om klachten en symptomen. Functiebeperkingen (*functional limitations*) reflecteren restricties in het uitvoeren van voor het dagelijks functioneren noodzakelijke fysieke en mentale handelingen los van de fysieke en sociaal-culturele context. Zij manifesteren zich op het niveau van het ‘organisme als geheel’ (denk aan fysieke mobiliteit, zintuiglijk waarnemen, verstaanbaar spreken, cognitieve en emotionele functies). Beperkingen in het uitvoeren van rollen en taken (*disability*) hebben daarentegen betrekking op gezondheidgerelateerde moeilijkheden die zich voordoen bij het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven, zoals het verrichten van verzorgende en huishoudelijke taken en het uitvoeren van werk, hobby’s en vrijwilligerswerk. Het onderscheid tussen functiebeperkingen enerzijds en beperkingen in taken en rollen anderzijds is gelegen in het feit dat eerstgenoemde beperkingen individuele capaciteiten weerspiegelen die geïsoleerd zijn uit de (sociale en fysieke) omgeving. Beperkingen in taken en rollen c.q. dagelijks functioneren worden daarentegen gezien als het vermogen om sociaal gedefinieerde taken en rollen uit te voeren in een specifieke sociaal-culturele en fysieke omgeving. Uiteindelijk kunnen beperkingen in taken en rollen leiden tot verminderd welzijn en een bedreiging vormen voor de kwaliteit van leven.

Een voorbeeld uit de praktijk: Een vrouw van 74 jaar met de ziekte van Alzheimer (pathologie)

heeft problemen met de inprenting en de praxis (handelingsinzicht). Hierdoor vergeet zij hoe lang het eten op staat en kan zij het koffiezetapparaat niet meer bedienen (functiebeperking). Koken verloopt moeizaam en de zelfzorg komt onder druk te staan (beperking in taken/rollen).<sup>7</sup>

Het beschreven model dient te worden opgevat als een interactief proces. Zo kunnen beperkingen in het dagelijks leven ook weer van invloed zijn op functionele beperkingen, functiestoornissen en pathologie.

*Verzachtende en versterkende factoren in het proces van disablement*

Het verloop van het proces van *disablement* is niet voor iedere persoon identiek. De hoofdconcepten uit de *main pathway* (van pathologie naar beperkingen in taken en rollen) zijn weliswaar gerelateerd, maar determineren elkaar zeker niet volledig. Zo leidt dezelfde pathologie niet vanzelfsprekend tot dezelfde functiestoornissen of functiebeperkingen. *Risicofactoren*, en *extra-individuele* en *intra-individuele* factoren kunnen het proces van *disablement* versnellen dan wel vertragen en kunnen ook de richting ervan sturen (zie figuur 1). Risicofactoren zijn vaak al aanwezig voordat het ziekteproces start. Denk hierbij aan demografische kenmerken, sociaal-economische positie, leefstijlkenmerken voordat pathologie zich manifesteerde, biologische predisposities of genetische factoren; deze factoren lenen zich voor primaire preventie. De extra- en intra-individuele factoren spelen een rol als gezondheidsproblemen c.q. pathologie reeds hun intrede hebben gedaan en lenen zich meer voor tertiaire (of functioneringsgerichte) preventie. Ten aanzien van extra-individuele kenmerken kunnen tenminste drie aspecten worden onderscheiden. Medische behandeling en revalidatie (zoals medische ingrepen, fysiotherapie, medicatie) kunnen het effect van pathologie op het dagelijks functioneren verzachten. Daarnaast kan worden gedacht aan zogenaamde *care*

voorzieningen: dagelijkse ondersteuning in de vorm van professionele thuiszorg, dagbehandeling, diensten als 'tafeltje dekje' en specifieke hulpmiddelen. Ten slotte, ook aanpassingen of belemmeringen in de fysieke en sociale omgeving van een individu (sociale inbedding of bijvoorbeeld aanpassingen in de woning of in het openbaar vervoer) gelden als extra-individuele factoren. Intra-individuele factoren zijn als volgt in te delen. Allereerst kan een persoon een gedragsverandering gedurende het ziekteproces initiëren (bijvoorbeeld ten aanzien van leefstijl). Daarnaast kan het dagelijkse activiteitenpatroon worden gewijzigd (verandering van tempo, stoppen met bepaalde activiteiten of het vervangen van een activiteit door een andere). Tenslotte kan een heel scala aan psychische en sociale aspecten het *disablement*-procesmodel beïnvloeden; hierbij kunnen we denken aan cognitieve aanpassing, gevoelens van competentie en gevoelens van controle, psychosociale vaardigheden, 'coping', informele zorg en sociale ondersteuning. Doordat de risicofactoren en de extra- en intra-individuele kenmerken per individu verschillen, zullen gevolgen van veroudering – naast verschil in biomedische factoren - ook per individu verschillen. Het *disablement*-procesmodel geeft zo doende mogelijkheden de individuele uitwerking van (voornamelijk) chronische gezondheidsproblemen te verklaren en te begrijpen en biedt aanknopingspunten voor gerichte interventies.

De factoren die het *disablement*-procesmodel beïnvloeden zijn verschillend voor wat betreft de mate waarin ze beïnvloedbaar zijn. Zo zullen sommige risicofactoren nauwelijks of niet beïnvloedbaar zijn, denk aan geslacht, etniciteit of leeftijd. Andere factoren reflecteren concrete, compenserende interventies (medische ingreep, inschakelen van thuiszorg, mobiliseren van sociale steun, bevorderen van gevoelens van competentie en gevoelens van controle) of beïnvloedbare belemmeringen (obstakels in het verkeer of in huis). Medisch gerichte interventies kunnen voornamelijk in het linkergedeelte van de *main pathway* in figuur 1 worden gepositioneerd, sociale of gedragsgerichte interventies meer in het rechtergedeelte. Het gehele model is tot op heden nauwelijks empirisch getoetst. Wel worden onderdelen gebruikt als aanknopingspunt voor observationeel onderzoek of interventie.<sup>8</sup> Een van deze onderdelen betreffen gevoelens van competentie en controle. Hieronder volgen eerst bevindingen uit observationeel onderzoek omtrent de rol die gevoelens van competentie en controle spelen in het dagelijks functioneren. Daarna worden twee interventies beschreven die tot doel hebben dergelijke gevoelens in positieve zin te beïnvloeden om daarmee het dagelijks functioneren van ouderen te verbeteren.

### Psychosociale determinanten van zelfredzaamheid: gevoelens van competentie en controle

In 1992 is in Groningen gestart met de *Groningen Longitudinal Aging Study* (NESTOR/GLAS).<sup>9,10</sup> Een centrale onderzoeksvraag betrof de rol die psychosociale determinanten spelen bij zelfredzaamheid van zelfstandig wonende ouderen. Op dat moment was daar weinig over bekend. GLAS bestond uit vijf onderdelen: (a) een cross-sectionele studie onder 5.279 personen van 57 jaar en ouder in noord-Nederland in 1993; (b) een follow-up studie hiervan onder 1.765 ouderen in 2001; (c) een longitudinale studie onder 753 lichamelijk kwetsbare ouderen geselecteerd uit de cross-sectionele studie tussen 1993 en 1996; (d) een cross-sectionele studie naar fysieke en cognitieve fitheid onder 624 ouderen, at random geselecteerd uit de cross-sectionele studie in 1993 en (e) acht prospectieve cohortstudies onder ouderen die na de cross-sectionele studie tot 2000 een belangrijke lichamelijke, mentale of sociale gebeurtenis meemaakten: vallen met letsel aan de extremiteiten, kanker, chronisch hartfalen, myocard infarct, herseninfarct, depressie en overlijden of ernstige ziekte van de partner; de identificatie van de betreffende gebeurtenissen vond plaats aan de hand van een (morbiditeits)-registratiesysteem (Registratie Netwerk Groningen) dat door meewerkende huisartsen in de drie noordelijke provincies werd gebruikt.

In de afgelopen tien jaar zijn de bevindingen uit GLAS gepubliceerd waarin onder andere de rol van gevoelens van competentie en gevoelens van controle als intra-individuele hulpbronnen in het proces van *disablement* uitvoerig zijn onderzocht. Met gevoelens van competentie worden *opvattingen* (cognities) bedoeld die individuen hebben over de mate waarin zij bepaald gedrag dat ze willen realiseren ook feitelijk kunnen realiseren. Gevoelens van controle hebben betrekking op *attributies*: in hoeverre denkt men situaties waarin men zich bevindt te kunnen sturen. Van gevoelens van competentie en gevoelens van controle wordt in de literatuur verondersteld dat ze van invloed zijn op (veranderingen in) gedrag,<sup>11</sup> en dus ook op dagelijks functioneren en zelfredzaamheid van ouderen.

Voor wat betreft de cross-sectionele studie binnen GLAS lieten de resultaten zien dat zowel gevoelens van competentie als gevoelens van controle onafhankelijk van chronische ziekten samenhangen met verschillende aspecten van dagelijks functioneren, zoals lichamelijk, sociaal en rolfunctioneren.<sup>12</sup> De follow-up studie toonde aan dat gevoelens van competentie en controle in 1993 significant voorspellend zijn voor zelfredzaamheid in 2001.<sup>13,14</sup> De longitudinale studie onder lichamelijk kwetsbare ouderen bevestigde de hypothese dat gevoelens van competentie en controle beschermend werken tegen functionele achteruitgang: lichamelijk kwetsbare ouderen met relatief hoge niveaus van gevoelens van

competentie en gevoelens van controle rapporteerden significant minder achteruitgang in dagelijks functioneren over een periode van twee jaar dan ouderen met relatief lage niveaus.<sup>15</sup> De ‘fitheidsstudie’ bevestigde het *disablement* model in zoverre dat beperkingen in taken en rollen (*disability*) worden beïnvloed door gevoelens van competentie en controle onafhankelijk van functionele beperkingen (*functional limitations*) – zie figuur 1.<sup>16</sup> De GLAS-cohortstudies bij ouderen met hartfalen, een myocardinfarct of een val toonden aan dat prospectief gemeten effecten van gevoelens van controle en competentie het beloop in dagelijkse functioneren c.q. functioneel herstel in positieve zin beïnvloeden.<sup>17-19</sup> Eveneens is in de GLAS-‘hartfalen’-cohortstudie onderzocht in hoeverre gevoelens van competentie en controle mediëren in relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid of functioneren. Hieruit bleek dat het effect van sociaal-economische status op de incidentie van hartziekte in sterkere mate wordt gemedieerd door gevoelens van controle dan door klassieke risicofactoren zoals roken en hypertensie.<sup>20</sup> De invloed van sociaal-economische status op veranderingen in dagelijkse functioneren na hartziekte werd daarentegen gemedieerd door gevoelens van competentie.<sup>21</sup>

Uit bovenstaande bevindingen kan de conclusie worden getrokken dat gevoelens van competentie en gevoelens van controle weliswaar niet overheersend maar wel duidelijk consistent in positieve zin bijdragen aan de zelfredzaamheid en het dagelijks functioneren van ouderen. Dit heeft vanaf 2000 in Maastricht geleid tot de ontwikkeling en evaluatie van interventies die het proces van *disablement* bij ouderen, en meer specifiek gevoelens van competentie en controle als determinanten van dagelijks functioneren, in positieve zin kunnen beïnvloeden.

### De mogelijkheden voor zelfmanagement

Eén van de mogelijkheden om het proces van *disablement* in positieve zin te beïnvloeden is het bevorderen van zelfmanagement.<sup>22</sup> Zelfmanagement houdt in dat de betreffende persoon de zorg voor zijn gezondheid en functioneren, in alle facetten, zelf aanstuurt. Gevoelens van competentie en gevoelens van controle zijn hierbij van cruciaal belang. Aanvankelijk werd zelfmanagement vooral gedefinieerd vanuit medisch en/of verpleegkundig perspectief. In meer recente benaderingen wordt zelfmanagement breder ingevuld en omvat het het gehele spectrum van het proces van *disablement*. Het gaat hierbij niet alleen om het leren hanteren van ziektegerelateerde symptomen en gedrag, zoals bijvoorbeeld het innemen van medicijnen, het volgen van een dieet of andere leefstijladviezen. Ook het blijvend kunnen participeren in dagelijkse activiteiten en sociale rollen – verzorgend en huishoudelijk van aard, hobby’s, participatie

in (vrijwilligers)werk - en vooral ook het leren hanteren van emotionele veranderingen als gevolg van (chronische) gezondheidsproblemen en beperkingen – zoals een veranderend toekomstperspectief, het bijstellen van doelen en dergelijke – zijn een cruciaal onderdeel van een adequate zelfmanagementaanpak.<sup>6,22</sup> Vandaar dat binnen dit bredere perspectief van zelfmanagement onderscheid wordt gemaakt tussen medisch zelfmanagement, rolmanagement en emotioneel zelfmanagement.

#### *Vermindering in angst om te vallen: een voorbeeld*

Een zelfmanagementaanpak die in de afgelopen jaren binnen het CAPHRI onderzoeksprogramma ‘Innovaties in de zorg voor ouderen’ van de Universiteit Maastricht in samenwerking met de thuiszorgorganisaties in Zuid-Limburg is ontwikkeld, betreft ‘Zicht op Evenwicht’ (voorheen uitgevoerd onder de naam ‘Beter in Balans’). Deze interventie is gericht op het verminderen van angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag en beoogt daarmee het dagelijks functioneren van ouderen te bevorderen.<sup>23</sup> Angst om te vallen wordt vooral een probleem als het leidt tot (onnodige) belemmeringen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De prevalentie van angst wordt geschat tussen 20% en 55%, afhankelijk van meetmethode en onderzoeksgroep.<sup>23</sup> De interventie ‘Zicht op Evenwicht’ betreft een groeps cursus, in eerste instantie bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen die angst hebben om te vallen en die daarvoor activiteiten vermijden. De cursus bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten - met circa tien deelnemers - van ieder twee uur op een centrale locatie en een herhalingsbijeenkomst na zes maanden (zie kader voor de onderdelen van de cursus).

Tijdens de cursus leren ouderen onder begeleiding van een getrainde verpleegkundige de valproblematiek en hieraan gekoppelde angst op adequate wijze te hanteren in hun dagelijkse doen en laten. Door middel van het verhogen van gevoelens van competentie en gevoelens van controle, hier toegespitst op vallen, wordt beoogd het dagelijks functioneren in fysiek, mentaal en sociaal opzicht te verbeteren en het proces van *disablement* te remmen. Immers, ervaringen met een val (hetzij van de oudere zelf, hetzij van iemand uit de omgeving) kunnen aanleiding zijn om sociale en fysieke activiteiten uit de weg te gaan waardoor de kans op sociale isolatie, eenzaamheid en immobiliteit wordt verhoogd. In de praktijk blijkt dat mensen die angst hebben om te vallen veel van hun dagelijkse activiteiten met wat kleine aanpassingen op een veilige manier kunnen blijven doen.<sup>5</sup> Bijvoorbeeld door gebruik te maken van eenvoudige hulpmiddelen, door meer veilige gewoontes aan te leren en/of door de eigen conditie en spierkracht goed op peil te houden. Het blijkt hierbij belangrijk mensen bewust te maken van de gedachten

### Kader 1 Globale inhoud cursus Zicht op Evenwicht<sup>23</sup>

Bijeenkomst 1: Introductie van de cursus

- Bespreken van gedachten over vallen
- Kennismaken met 'helpende' en 'niet-helpende' gedachten

Bijeenkomst 2: Hoe denkt u over vallen?

- Inzicht krijgen in 'helpende' en 'niet-helpende' gedachten over vallen
- Het omzetten van 'niet-helpende' in 'helpende' gedachten

Bijeenkomst 3: Lichaamsbeweging vermindert de kans op vallen

- Inzicht krijgen in het belang van lichaamsbeweging
- Bespreken van de positieve invloed van lichaamsbeweging op het valrisico
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 4: Voorkom dat u valt en kom op voor uzelf

- Bespreken van manieren om valincidenten te voorkomen
- Bespreken van het belang van opkomen voor zichzelf
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 5: Omgaan met bezorgdheid om te vallen

- Het maken van een actieplan om meer te gaan bewegen
- Het omzetten van 'niet-helpende' in 'helpende' gedachten
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 6: Risicovol gedrag

- Bewust worden van risicovol gedrag
- Manieren leren om de gevolgen van een val te beperken
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 7: Risico's in en om het huis

- Opsporen van risico's in en om het huis
- Aanpakken van risico's in en om het huis
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 8: Veilig gedrag

- Het veranderen van risicovol gedrag in veilig gedrag
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

Bijeenkomst 9: Herhalingsbijeenkomst

- Uitwisselen van ervaringen
- Opfrissen van de belangrijkste onderdelen van de cursus
- Het uitvoeren van eenvoudige lichamelijke oefeningen

die ze hebben over vallen. Sommige opvattingen die ze hebben kunnen helpen om goed te blijven functioneren, maar andere gedachten kunnen iemand hierin belemmeren. Een voorbeeld van zo'n belemmerende gedachte is: 'ik kan maar beter zo weinig mogelijk meer gaan wandelen, dan is de kans om te vallen het kleinst'. Deze gedachte werkt demotiverend en is feitelijk onjuist want lichaamsbeweging zorgt voor het op peil houden van de lichamelijke conditie en heeft daardoor juist een beschermende invloed op valpartijen. In de cursus leren ouderen onder meer aan de hand van cognitieve herstructurering belemmerende gedachten om te zetten in behulpzame gedachten. De gedachte 'ik kan maar beter zo min mogelijk bewegen' kan bijvoorbeeld vervangen worden door: 'lichaamsbeweging is gezond en door regelmatig te bewegen verklein ik de kans op vallen'.<sup>5</sup> Tijdens de cursus komen verder allerlei onderwerpen aan bod met betrekking tot het eigen gedrag, risicofactoren en de omgeving in relatie tot vallen. De ouderen leren telkens voor hun eigen specifieke probleemsituatie een oplossing te vinden. De groep biedt deelnemers de mogelijkheid om van elkaar te leren en elkaar te helpen om te gaan met het probleem. Door middel van de cursus wordt getracht de actieradius en sociale participatie van ouderen te vergroten.

De cursus kan opgevat worden als een cognitief-gedragsmatige groepsinterventie waarbij aandacht wordt besteed aan cognitieve herstructurering, probleemoplossing en lichamelijke oefeningen aan de hand van sociaal leren. In een bijbehorend gerandomiseerd evaluatieonderzoek is nagegaan of het volgen van de cursus positieve effecten heeft op angst om te vallen, vermijdingsgedrag, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven (direct na de cursus, en zes maanden en twaalf maanden na de cursus).<sup>23</sup> De resultaten uit het onderzoek zijn bemoedigend. Angst om te vallen blijkt tot een jaar na de start van de cursus verminderd te blijven. Dit geldt ook voor vermijdingsgedrag voor de tijdstippen 'direct na de cursus' en 'zes maanden na de cursus'; na twaalf maanden blijkt het effect nog bijna significant te zijn. Daarnaast zijn positieve effecten te zien op gevoelens van competentie, gevoelens van controle, sociale steun, depressieve symptomen, ADL-beperkingen en herhaald vallen bij ouderen.<sup>23</sup> Hoewel de cursus op zich goed uitvoerbaar is, wordt 40% van de doelgroep echter niet (goed) bereikt, met name vanwege gezondheidsproblemen en angst om te vallen in combinatie met het bezoeken van de centrale cursuslocatie. Daarom wordt momenteel juist voor deze moeilijk bereikbare doelgroep – naast de groepscursus – vanuit de Universiteit Maastricht in samenwerking met de regionale thuiszorgorganisaties Orbis Thuis in Sittard, GroenekruisDomicura in Maastricht en Meander Thuiszorg in Heerlen, een aangepaste versie ontwikkeld en geëvalueerd voor in de thuissituatie (drie huisbezoeken

en vier telefonische contacten).<sup>24</sup> Verder is in 2008 met ondersteuning van ZonMw in samenwerking met het Trimbos Instituut gestart met een project om de groepscursus 'Zicht op evenwicht' landelijk te implementeren.

*Zelfmanagement en hartziekte*

Een ander initiatief vanuit het CAPHRI onderzoeksprogramma 'Innovaties in de zorg voor ouderen' in Maastricht betreft de evaluatie van een zelfmanagementinterventie bedoeld voor ouderen met hartziekten, in het bijzonder chronisch hartfalen. Hartfalen heeft substantiële

<b>Tabel 1</b> <b>Overzicht van onderwerpen die aan bod komen in de Nederlandse versie van het 'Chronic Disease Self-Management Program'.<sup>25,26</sup></b>						
<i>Zes wekelijkse groepsbijeenkomsten</i>						
<i>Cursusonderwerpen</i>	<i>Week 1</i>	<i>Week 2</i>	<i>Week 3</i>	<i>Week 4</i>	<i>Week 5</i>	<i>Week 6</i>
Overzicht van zelfmanagement en chronische aandoeningen	•					
Een actieplan maken	•	•	•	•	•	•
Ontspanning/Cognitieve symptoommanagement	•		•	•	•	•
Feedback/Probleemoplossen		•	•	•	•	•
Emoties		•				
Fitness/Beweging		•	•			
Beter ademen			•			
Vermoeidheid			•			
Voeding				•		
Wilsverklaring				•		
Communicatie				•		
Medicijnen					•	
Beslissingen omtrent behandeling nemen					•	
Somberheid					•	
Behandelteam informeren						•
Samenwerken met uw behandelaar						•
Toekomstplannen						•

gevolgen voor het dagelijks functioneren en welzijn en het gebruik van zorgvoorzieningen. Voor patiënten is het cruciaal op een zo adequaat mogelijke wijze om te (leren) gaan met deze ziekte en deze een plaats te geven in het dagelijks leven. Zelfmanagementvaardigheden kunnen hierbij belangrijke hulpmiddelen zijn (denk aan omgaan met vermoeidheid, aanleren van ademhalingstechnieken, communicatievaardigheden, hanteren van emoties, uitvoeren van lichamelijke en sociale activiteiten, adequaat hanteren van medicijnen en voeding en dagelijks monitoren van zoutinname en gewicht). In samenwerking met onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen is in de afgelopen jaren een Nederlandse versie van het 'Chronic Disease Self-Management Program' (CDSMP) ontwikkeld.<sup>22,25</sup> Dit cursusprogramma, dat bestaat uit zes wekelijkse groepsbijeenkomsten van circa 2,5 uur, is aangepast voor de Nederlandse situatie.<sup>25,26</sup> Conceptueel en theoretisch is de insteek van de cursus vergelijkbaar met de cursus 'Zicht op Evenwicht'. De groepen worden begeleid door een chronisch zieke patiënt (als rolmodel) en een verpleegkundige die beiden voor dit doel zijn getraind. In tabel 1 worden beknopt de onderwerpen weergegeven die in de zes groepsbijeenkomsten aan bod komen.

In samenwerking met de (transmurale) afdelingen Cardiologie van zes ziekenhuizen in Limburg en Noord-Brabant zijn de effecten van de cursus op dagelijks functioneren en kwaliteit van leven van patiënten met hartfalen onderzocht in een gerandomiseerde studie.<sup>26</sup> Direct na de cursus blijken er significant positieve effecten te zijn voor cognitieve symptoommanagement, zelfzorggedrag, lichaamsbeweging en (cardiaal-gerelateerde) kwaliteit van leven; na zes en twaalf maanden blijken deze effecten echter niet meer significant. Voor gevoelens van competentie en gevoelens van controle werden geen significante effecten gevonden. Verder bleek dat de cursus praktisch gezien goed uitvoerbaar is.<sup>26</sup> In

tegenstelling tot onderzoek in Nederland,<sup>25</sup> is in buitenlandse studies aangetoond dat het programma ook effectief is in groepen patiënten met verschillende ziekten en aandoeningen.<sup>27-29</sup> Nagedacht moet worden op welke wijze het CDSMP-programma aangepast kan worden zodat het een toegevoegde waarde heeft binnen de context van de Nederlandse gezondheidszorg.

### Tot slot

Over determinanten van zelfredzaamheid bij ouderen is informatie beschikbaar.<sup>1</sup> Er is echter relatief weinig bekend over rol van psychosociale factoren zoals gevoelens van competentie en controle in het proces van disablement. Kennis hierover geeft mogelijkheden voor het ontwikkelen van interventies en programma's op het terrein van tertiaire of functioneringsgerichte preventie bij ouderen. Daarnaast is er de noodzaak instrumenten en methoden te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden om enerzijds hulpbronnen (zie ook Van Bilsen<sup>30</sup>) voor verschillende doelgroepen en/of domeinen te versterken en anderzijds restcapaciteiten van ouderen - die altijd in min of meerdere mate aanwezig zijn - te verbeteren. De ontwikkeling en evaluatie van dergelijke instrumenten en methoden staan pas in de kinderschoenen. Het stimuleren hiervan kan zeker bijdragen aan een meer adequate ouderenzorg omdat deze aansluit bij ouderen zelf en via verbeterd dagelijks functioneren mogelijk de zorgvraag zal verminderen. Van eminent belang hierbij is een oriëntatie in de zorg die niet gestuurd wordt door het aanbod maar die nauw aansluit bij (on)mogelijkheden, voorkeuren en doelen van ouderen zelf.

### Dankbetuiging

De auteur bedankt Pascal van Bilsen, Jolanda van Haastregt, Louk Hollands en Noémi van Nie voor hun bijdragen aan een eerdere versie van dit artikel.

### Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- 2 WHO. International Classification of Impairments, Disability and Handicaps. Genève: World Health Organization, 1980.
- 3 WHO. ICIHD-2. International Classification on Functioning, Disability and Health. Genève. [te downloaden van [www.who.int/icidadh](http://www.who.int/icidadh)], 2000.
- 4 Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1-14.
- 5 Kempen GIJM. Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement. *Epidemiologisch Bulletin* 2006; 41: 27-32.
- 6 Kempen GIJM. Een beetje mens vergrijst niet. Maastricht: Inaugurale rede Universiteit Maastricht, 2003.
- 7 Verburg D, Kempen GIJM, Sipsma D. Sociale geriatric, contextuele geneeskunde voor de oudere mens. In: *Handboek Sociale Geriatric*, pp 13-23. Edited by HJ Luijendijk and AJB Verkaik. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.
- 8 Gool CH van, Kempen GIJM, Penninx BWJH, Deeg DJH, Beekman ATF, Eijk JThM van. Impact of depression on disablement in late mid-



- dle aged and older persons. Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Soc Sci Med* 2005; 60: 25-36.
- 9 Kempen GIJM, Ormel J (redactie). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
  - 10 Kempen GIJM, Brilman EI, Ormel J. Groningen Longitudinal Aging Study. Een onderzoek naar het dagelijks functioneren, het welbevinden en de zorgbehoefte van ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1998; 29: 141-9.
  - 11 Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman, 1997.
  - 12 Kempen GIJM, Jelicic M, Ormel J. Personality, chronic medical morbidity, and health related quality of life among older persons. *Health Psychology* 1997; 16: 539-46.
  - 13 Kempen GIJM, Ranchor AV, Ormel J, Sonderen E van, Jaarsveld CHM van, Sanderman R. Perceived control and long-term changes in disability in late middle-aged and older persons. An eight-year follow-up study. *Psychol Health* 2005; 20: 193-206.
  - 14 Kempen GIJM, Ranchor AV, Sonderen E van, Jaarsveld CHM van, Sanderman R. Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons. Are these the same? *J Gerontol Psy Sci* 2006; 61B: 95-101.
  - 15 Kempen GIJM, Sonderen E van, Ormel J. The impact of psychological attributes on changes in disability among low-functioning older persons. *J Gerontol Psy Sci* 1999; 54B: P23-P29.
  - 16 Kempen GIJM, Heuvelen MJG van, Sonderen E van, Brink RHS van den, Kooijman AC, Ormel J. The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1161-72.
  - 17 Kempen GIJM, Sanderman R, Miedema I, Meyboom-de Jong B, Ormel J. Functional decline after congestive heart failure and acute myocardial infarction and the impact of psychological attributes. A prospective study. *Qual Life Res* 2000; 9: 439-50.
  - 18 Kempen GIJM, Ormel J, Scaf-Klomp W, Sonderen E van, Ranchor AV, Sanderman R. The role of perceived control in the process of older peoples' recovery of physical functions after fall-related injuries. A prospective study. *J Gerontol Psy Sci* 2003; 58B: 35-41.
  - 19 Jaarsveld CHM van, Ranchor AV, Sanderman R, Ormel J, Kempen GIJM. The role of premorbid psychological attributes in short- and long-term adjustment after cardiac disease. A prospective study in the elderly in The Netherlands. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1035-1045.
  - 20 Bosma H, Jaarsveld CHM van, Tuinstra J, Sanderman R, Ranchor AV, Eijk JThM van, Kempen GIJM. Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socioeconomic differences in heart disease in older persons. *Soc Sci Med* 2005; 60: 737-45.
  - 21 Barbareschi G, Sanderman R, Kempen GIJM, Ranchor AV. The mediating role of perceived control on the relationship between socioeconomic status and functional changes in older patients with coronary heart disease. *J Gerontol Psy Sci* 2008; 63B: 353-61.
  - 22 Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1-7.
  - 23 Zijlstra GAR. *Managing concerns about falls. Fear of falling and avoidance of activity in older people*. Maastricht: Proefschrift Universiteit Maastricht, 2007.
  - 24 Dorresteyn TAC, Zijlstra GAR, Vlaeyen JWS, Kempen GIJM (abstract). Vermindering van psychisch dysfunctioneren en angst om te vallen bij kwetsbare ouderen: ontwikkeling van een cognitief-gedragsmatige training. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2008; 39: 43.
  - 25 Elzen HA. *Self-management for chronically ill older people*. Groningen: Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2006.
  - 26 Smeulders ESTF. *Heart failure self-management: balancing between medical and psychosocial needs. Evaluation of a cognitive-behavioural self-management group programme*. Maastricht: Proefschrift Universiteit Maastricht. In druk.
  - 27 Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter PL, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999; 37: 5-14.
  - 28 Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 2001; 39: 1217-23.
  - 29 Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent DD, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* 2001; 4: 256-62.
  - 30 Bilsen PMA. *Care for the elderly. An exploration of perceived needs, demands and service use*. Maastricht: Proefschrift Universiteit Maastricht, 2007.