

Fysiotherapie en beweeginterventies voor verpleeghuisbewoners met dementie

Behoeften en voorkeuren van bewoners met dementie

Dennis Boer, Romée Nibbering, Charlotte Schmidt, Shanty Sterke, Eefje Sizoo, Wilco Achterberg en Thea Vliet Vlieland



Oefentherapie wordt veel ingezet bij mensen met dementie, vaak onder begeleiding van fysiotherapeuten, maar de therapietrouw is, met name in verpleeghuizen, vaak laag. Door middel van semigestructureerde interviews met twaalf verpleeghuisbewoners met dementie onderzochten we hun behoeften en voorkeuren met betrekking tot fysiotherapie en beweeginterventies. Deelnemers gaven aan een voorkeur te hebben voor een behandeling die beweging en begeleiding combineert, en gericht is op het behoud van het fysieke functioneren. Ze waren bereid om zelfstandig te oefenen, mits de veiligheid gewaarborgd is. Een goede afstemming tussen de fysiotherapeut en familie werd belangrijk gevonden, hoewel deelnemers aangaven liever te oefenen met niet-familieleden. Het inspelen op deze voorkeuren kan de indicatiestelling, vormgeving, effectiviteit en therapietrouw van beweeginterventies voor mensen met dementie in het verpleeghuis verbeteren.

Auteursgegevens: Dennis Boer, geriatriefysiotherapeut bij Zorgorganisatie Kennemerhart in Haarlem, promovendus aan Universiteit Leiden/LUMC en onderzoeker Hogeschool Leiden; Romée Nibbering, kwaliteitsadviseur bij Kennemerhart; Charlotte Schmidt, coördinator innovatie en onderzoek bij Kennemerhart; Shanty Sterke, fysiotherapeut bij zorgorganisatie Aafje en senior onderzoeker aan de Hogeschool Rotterdam; Eefje Sizoo, senior onderzoeker en docent specialisme ouderengeneeskunde aan het AmsterdamUMC; Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde Topaz en hoogleraar ouderengeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum; Thea Vliet Vlieland, hoogleraar doelmatigheid van revalidatieprocessen aan het Leids Universitair Medisch Centrum en onderzoeker Hogeschool Leiden.

Correspondentie: dennis.boer@kennemerhart.nl

Inleiding

Fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol in het verminderen van functionele achteruitgang van verpleeghuisbewoners met dementie. Een internationale werkgroep met experts op het gebied van inspanningsfysiologie en geriatrie heeft een richtlijn ontwikkeld met aanbevelingen voor lichamelijke activiteit en fysieke trainingen voor ouderen in verpleeghuizen.¹ Hoewel deze richtlijn benadrukt dat het belangrijk is om de behoeften en voorkeuren van bewoners in fysiotherapeutische behandelingen te integreren, biedt die geen gedetailleerde inzichten in de specifieke aard van deze behoeften en voorkeuren. Eerdere studies tonen aan dat verpleeghuisbewoners met dementie vaak in staat zijn om hun behoeften en voorkeuren met betrekking tot therapie en zorgbeslissingen te verwoorden.^{2,3} Maar er zijn aanwijzingen dat er niet altijd rekening wordt gehouden met deze behoeften, en dat bewoners met dementie vaak worden uitgesloten van medische besluitvormingsprocessen.⁴ Allereerst is een dergelijke uitsluiting ethisch gezien niet wenselijk. Daarnaast kan het niet betrekken van mensen bij de besluitvorming de therapietrouw ondermijnen, wat vervolgens de algehele effectiviteit van de interventie kan verlagen.^{5,6} Voor zover wij weten, hebben drie eerdere studies de percepties van verpleeghuisbewoners met dementie onderzocht met betrekking tot fysiotherapie of beweeginterventies onder begeleiding van een fysiotherapeut.⁷⁻⁹ In een studie werden mensen met dementie, waaronder drie verpleeghuisbewoners, en hun familieleden geïnterviewd. Hoewel deze studie zich primair richtte op persoonsgerichte zorg, werd ook het belang van wederzijds begrip en heldere communicatie tussen patiënten en fysiotherapeuten benadrukt.⁷ In een andere studie deelden tien verpleeghuisbewoners met dementie die een intensief oefenprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut hadden gevolgd, hun ervaringen. Ze

benadrukten het belang van effectieve communicatie, empathie en het afstemmen van de therapie op hun individuele behoeften.⁸ Twee jaar later bevestigde een follow-upstudie, waarin 21 verpleeghuisbewoners met dementie hetzelfde oefenprogramma hadden gevolgd, de eerdere bevindingen. Uit deze studie bleek opnieuw het belang van duidelijke communicatie en het integreren van de persoonlijke voorkeuren van bewoners in de fysiotherapeutische behandeling.⁹

.... sommige deelnemers dachten dat fysiotherapie altijd voortgezet moest worden, zelfs nadat de therapiedoelen waren bereikt

De bovengenoemde studies richtten zich voornamelijk op de ervaring van persoonsgerichte zorg⁷ en reflecties op een specifiek intensief oefenprogramma.^{8,9} Inzicht in de behoeften en voorkeuren van bewoners, waaronder die met betrekking tot de fundamentele elementen van lichaamsbeweging: Frequentie, Intensiteit, Tijd, Type, Volume en Progressie (FITT-VP-factoren),¹⁰ kan helpen bij het ontwikkelen van interventies die de dosering, effectiviteit, tevredenheid van bewoners en therapietrouw verbeteren.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de behoeften en voorkeuren van verpleeghuisbewoners met dementie met betrekking tot fysiotherapie en beweeginterventies.

Methode

Dit is een descriptief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews waarbij we uit de verzamelde data inductief concepten en theorieën hebben ontwikkeld. De Medische Ethische Commissie van

de afdeling Orthopedie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) heeft goedkeuring gegeven voor de uitvoering van het onderzoek. Voor het ontwerp en de rapportage hebben we de richtlijnen voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek (COREQ)¹¹ gevolgd.

Setting

Het onderzoek vond plaats bij bewoners uit drie verpleeghuizen die zijn aangesloten bij de zorgorganisaties Kennemerhart in Haarlem en Aafje in Rotterdam.

Deelnemers

Potentiële deelnemers waren verpleeghuisbewoners met dementie die op het moment van de werving fysiotherapie ontvingen. Inclusiecriteria waren: een diagnose van dementie, gedocumenteerd in het medische dossier, beheersing van de Nederlandse taal, en het vermogen om geïnformeerde toestemming te geven voor deelname aan een interview, zoals bepaald door zowel de afdelingsarts als de fysiotherapeut. Bewoners werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek als zij een andere pathologie dan dementie hadden die hun functionele status aanzienlijk beïnvloedde, gedrags- of communicatieproblemen vertoonden die deelname aan een interview belemmerden, verwachte gedragsproblemen (bijv. agitatie of wantrouwen) vertoonden bij het presenteren van het toestemmingsformulier en het onderzoeksprotocol, of als hun levensverwachting minder dan twaalf weken was.

Fysiotherapeuten selecteerden en informeerden de geschikte bewoners door een informatieblad te verstrekken en de onderzoeksprocedures mondeling toe te lichten. Bewoners kregen een bedenktijd van een week voordat ze formeel werden uitgenodigd om deel te nemen. Degenen die instemden met deelname kregen een brief ter ondertekening voor schriftelijke geïnformeerde toestemming. Met toestemming van de bewoners nam de hoofonderzoeker contact op met hun wettelijk vertegenwoordiger om de onderzoeksprocedures uit te leggen en een informatieblad te verstrekken. We hebben twee versies van het informatieblad opgesteld: een vereenvoudigde versie voor de bewoners, waarin we de formulering *hulp krijgen in hun dagindeling voor als het geheugen wat minder werkt* gebruiken in plaats van *dementie*, en een standaardversie voor de vertegenwoordigers (mantelzorgers) met de informatie over het onderzoek

zonder vereenvoudigde taal. In totaal werden 24 op basis van de inclusiecriteria geschikte bewoners benaderd.

Interviews

De interviews werden afgenomen tussen oktober en december 2023. De dataverzameling ging door totdat saturatie werd bereikt, gedefinieerd als het punt waarop er geen nieuwe codes of thema's meer opkwamen en de informatie die werd verzameld uit latere interviews consistent was met de eerder geïdentificeerde patronen.¹² Op basis van eerdere kwalitatieve onderzoeken werd verwacht dat saturatie zou optreden na acht tot vijftien interviews,^{13,14} wat werd bevestigd na het twaalfde interview. Daarom werden er geen extra interviews afgenomen nadat de dataverzamelingsfase was afgesloten. Op de dag van elk interview sloten onderzoekers aan bij koffiemomentjes en de lunch zodat bewoners vertrouwd konden raken met de onderzoekers.

.... het is gezellig in een groep. Maar als het om therapie gaat, zou ik liever een-op-een hebben

Alle interviews werden afgenomen in de privévertrekken van de deelnemers. Voorafgaand aan de interviews werden de doelstellingen en procedures van het onderzoek besproken, en de deelnemers werden eraan herinnerd dat er geen *foute* antwoorden waren. Ze werden verzekerd dat hun antwoorden vertrouwelijk zouden blijven en geen invloed zouden hebben op hun lopende fysiotherapie of zorg.

We ontwikkelden de interviewgids op basis van een eerdere studie over de behoeften en voorkeuren van mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie met betrekking tot fysiotherapie¹⁴ en de FITT-VP-factoren.¹⁰ Verder voegden we er vragen aan toe over de verwachtingen van bewoners met betrekking tot fysiotherapie. Er waren vier hoofdthema's: fysiotherapievormen, niet-fysiotherapeutische beweeginterventies, communicatie en betrokkenheid van familieleden. Twee auteurs (DB, RN) voerden de interviews uit, waarbij ze afwisselend de rol van interviewer en observator op zich namen. De observator lette op tekenen van ongemak en kon het interview zo nodig stopzetten. De observator maakte ook aantekeningen en gaf een samenvatting van de belangrijkste bevindingen aan de deelnemer aan het einde van het interview ter

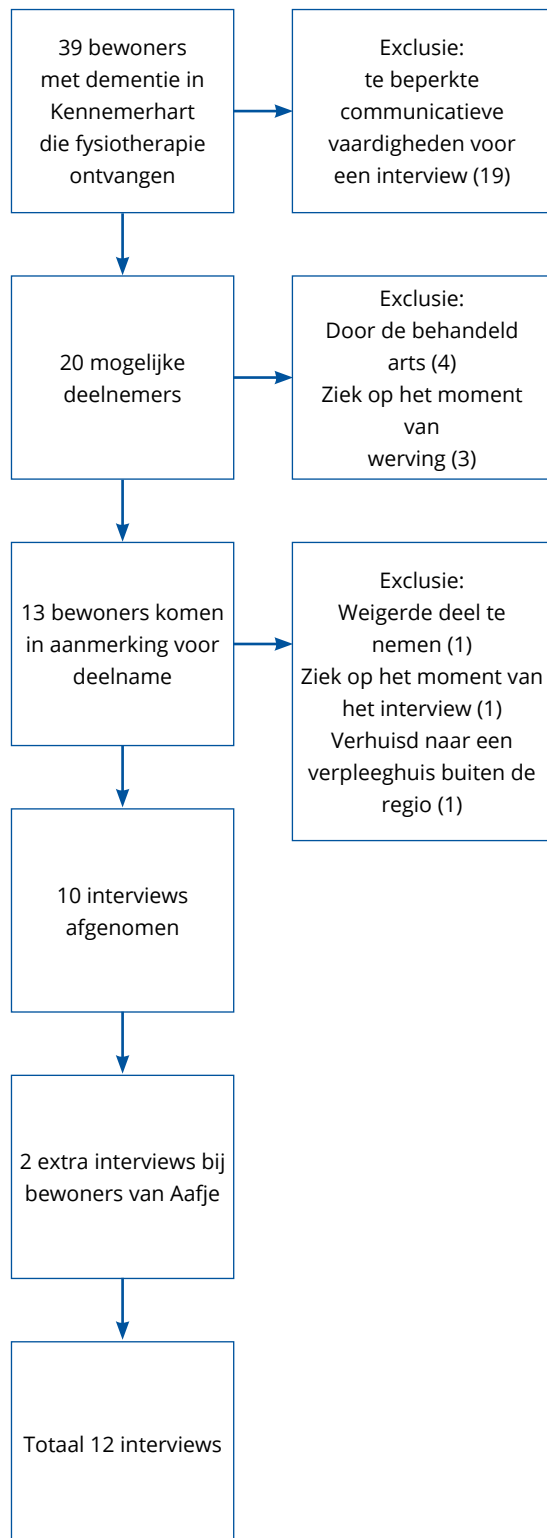
bevestiging van de nauwkeurigheid. Als er een bestaande relatie met een interviewer was, voerde de andere interviewer de sessie uit; dit gebeurde bij drie deelnemers. Mantelzorgers mochten het interview bijwonen als de bewoner dat wenste, wat in één geval gebeurde. De interviews werden opgenomen met Microsoft Teams en de opnames werden verwijderd na transcriptie. Alle onderzoeksgegevens werden vertrouwelijk behandeld in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).¹⁵

Data-analyse

De afdelingsarts leverde met toestemming van de deelnemer gegevens aan: leeftijd, geslacht, verblijfsduur in het verpleeghuis, aantal medicijnen, aantal comorbiditeiten, het type dementie, religieuze achtergrond en functionele status, beoordeeld met de Barthel Index.²⁶ De Barthel Index, met een scoremogelijkheid variërend van 0 tot 20, meet de onafhankelijkheid in dagelijkse activiteiten zoals verplaatsen, baden en aankleden, waarbij hogere scores duiden op grotere onafhankelijkheid.

Na het afnemen van tien interviews in de eerste ronde werden de gegevens gecodeerd om saturatie te beoordelen. Op basis van de beoordeling van twee onderzoekers was er nog geen saturatie bereikt. Daarom werden twee extra deelnemers geworven in de tweede ronde. Na analyse van de interviews concludeerden de onderzoekers dat datasaturatie was bereikt, wat aangeeft dat voldoende informatie was verzameld om de onderzoeksvraag gedegen te beantwoorden.

De gegevens werden geanalyseerd met thematische analyse volgens de methodologie van Braun en Clarke.¹⁷ Transcripten werden herhaaldelijk door de onderzoekers (DB, RN) bekeken om vertrouwd te raken met de inhoud. Relevante gegevens werden onafhankelijk gecodeerd door middel van open codering. Codering werd uitgevoerd met AtlaS.ti software (versie 9, Scientific Software Development GmbH, Berlijn). Na de eerste onafhankelijke codering werd een consensusbijeenkomst gehouden tussen de twee onderzoekers om de codes te groeperen door middel van axiale codering. Als er geen consensus werd bereikt, werd een derde onderzoeker (CS) geraadpleegd. In een volgende consensusbijeenkomst werden de gegroepeerde codes gekoppeld om overkoepelende thema's te vormen. Deze thema's werden verder besproken en verfijnd in samenwerking met twee aanvullende auteurs (CS, SS) op basis van hun feedback.



Figuur 1: Stroomdiagram van het wervings- en inclusieproces.

Resultaten

In totaal werden twaalf bewoners geïnterviewd (zie Figuur 1 voor wervingsdetails). De kenmerken van de deelnemers en de specifieke details van de interviews worden samengevat in Tabel 1. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 75 tot 95 jaar, en de verblijfsduur in het verpleeghuis varieerde van 2 tot 86 maanden. Het aantal voorgeschreven medicijnen varieerde van 3 tot 10, terwijl het aantal comorbiditeiten varieerde van 2 tot 29. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten (min-max 13-58 min). De thematische analyse leidde tot 82 unieke codes, die werden samengevoegd in vier hoofdthema's: (1) percepties van fysiotherapie en voorkeuren voor fysiotherapiesessies, (2) perceptie voor wie fysiotherapie en lichaamsbeweging van toepassing is, (3) percepties en voorkeuren voor lichaamsbeweging zonder supervisie van de fysiotherapeut, en (4) communicatie tussen de fysiotherapeut en de bewoner en betrokkenheid van familie.

Thema 1: Percepties van fysiotherapie en voorkeuren voor fysiotherapiesessies

De meest voorkomende perceptie van fysiotherapie was dat het vooral bestaat uit oefeningen, met name gericht op lopen en het bewegen van de extremiteiten.

Kenmerken bewoners	n=12
Leeftijd, gemiddeld (±SD)	83,9 (6,6)
Vrouwen, n (%)	7 (58%)
Lengte verblijf in verpleeghuis, gemiddeld (±SD)	15,3 (23,2)
Aantal verschillende medicijnen, gemiddeld (±SD)	7,3 (3,4)
Aantal comorbiditeiten, gemiddeld (±SD)	11,7 (8,1)
Type dementie	
Alzheimer, n (%)	3 (25%)
Vasculair, n (%)	2 (16,7%)
Mixed, n (%)	3 (25%)
Alcohol-gerelateerd, n (%)	1 (8,3%)
Niet gespecificeerd, n (%)	3 (25%)
Functionele status (Barthel Index, gemiddeld (±SD))	12,3 (3,4)

Tabel 1: Kenmerken van de twaalf deelnemende bewoners. Afkortingen: n=aantal; SD=standaard deviatie.

De deelnemers gaven aan dat fysiotherapie volgens hen meestal gericht is op het op peil houden of verbeteren van hun lichamelijke conditie. Sommige deelnemers vonden het moeilijk om te benoemen of er een specifiek fysiotherapeutisch doel was, en de meesten konden niet aangeven hoe deze doelen vastgesteld worden of wie daar verantwoordelijk voor is.

‘Dat is belangrijk voor mij. Dat zij zegt: ‘Hé meneer, kunt u een beetje meer zo lopen?’
P11 (76-jarige man)

Daarnaast gaven verschillende deelnemers de voorkeur aan fysiotherapeuten die motiverend zijn en informatie en begeleiding geven tijdens de oefensessies.

‘Nou, ja, om zolang mogelijk te blijven bewegen. Ja. Dat is uiteindelijk het doel.’
P1 (90-jarige man)

Sommige deelnemers gaven de voorkeur aan een-op-een fysiotherapiesessies. Ze legden uit dat groepsfysiotherapie chaotisch kon worden of dat ze gewoon gewend waren aan individuele sessies. Andere deelnemers gaven de voorkeur aan groepsessies, omdat ze het prettig vonden om tijdens het bewegen in contact te zijn met medebewoners. Ongeacht de setting benadrukten de deelnemers het belang van voldoende persoonlijke aandacht.

‘Ja. Het is gezellig in een groep. Maar als het om therapie gaat, zou ik liever een-op-een hebben.’
P10 (84-jarige vrouw)

De deelnemers noemden een voorkeur voor minimaal twee fysiotherapiesessies per week, op vaste tijden en dagen. Een kaart of briefje met de geplande afspraken vonden ze handig. De bewoners gaven aan dat de sessies niet te lang of te kort moesten zijn: te lang zou leiden tot uitputting, terwijl te kort zou zorgen voor een gevoel van onvoldaanheid, alsof ze niets hadden bereikt.

‘Ik denk twee of drie keer. Dat vind ik het prettigst. Dan blijf je een beetje in een ritme.’
P12 (91-jarige vrouw)

Sommige deelnemers dachten dat fysiotherapie altijd voortgezet moest worden, zelfs nadat de

therapiedoelen waren bereikt. Anderen stelden een geleidelijke vermindering van therapie voor zodra het primaire gezondheidsprobleem was opgelost.

'Als iemand fit wil blijven, zie je... Mensen die nooit iets doen, zijn zo stijf als een bokking.'

P5 (88-jarige vrouw)

.... wanneer de therapeut komt, informeer ik ook de kinderen. Ik vind het belangrijk dat zij weten wat er gaat gebeuren

De meeste deelnemers gaven de voorkeur aan fysiotherapiesessies in een gymnastiekzaal (een ruimte in het verpleeghuis die is bedoeld voor lichamelijke oefeningen), vooral vanwege de beschikbaarheid van oefenapparatuur. De deelnemers stelden voor dat fysiotherapie ook in de gemeenschappelijke ruimte zou kunnen plaatsvinden, maar uitten zorgen over mogelijke overbelasting van zintuigen in drukke ruimtes. Deelnemers gaven specifiek de voorkeur aan therapielocaties anders dan hun slaapkamers, aangezien deze te persoonlijk werden gevonden voor dergelijke activiteiten.

'Hier heb je geen apparatuur. Dus, bij hem (de fysiotherapeut) heb je dat wel. Omdat ik ook moest leren lopen tussen die balken.'

P10 (84-jarige vrouw)

Thema 2: Perceptie voor wie fysiotherapie en lichaamsbeweging van toepassing is.

De algemene mening onder de deelnemers was dat fysiotherapie primair voor mensen met gezondheidsproblemen is. Ze vonden dat degenen zonder gezondheidsproblemen zelfstandig kunnen oefenen zonder de supervisie van een fysiotherapeut. Ze vonden ook dat fysiotherapie voor iedereen beschikbaar moet zijn, zolang de fysiotherapeut zijn vergoeding maar krijgt.

'Je ziet, de fysiotherapeuten die daar werken, willen natuurlijk hun geld verdienen. En of het nou van de patiënt of hun verzekering komt, dat maakt hen niet uit. Zolang ze maar betaald worden.'

P5 (88-jarige vrouw)

De deelnemers maakten onderscheid tussen fysiotherapie en gymnastiek- of oefengroepen, waarbij werd opgemerkt dat fysiotherapiesessies meestal intensiever zijn dan gymnastieklessen, die over het algemeen als recreatief worden beschouwd.

'De ene is meer pittig, de andere is rustiger. Dat is het verschil.'

P9 (86-jarige vrouw)

Thema 3: Percepties en voorkeuren voor lichaamsbeweging zonder supervisie van de fysiotherapeut

Sommige deelnemers gaven aan dat ze zelfstandig oefeningen doen, zonder de supervisie van een fysiotherapeut. Ze hielden vast aan hun eerder gevestigde oefenroutines, die ze vóór hun opname in het verpleeghuis hadden opgebouwd, en gaven aan geen hulp van de fysiotherapeut nodig te hebben. Hoewel sommige deelnemers oefeningen uitvoerden zonder directe supervisie van een fysiotherapeut, was er de wens om vooraf begeleiding te krijgen van een fysiotherapeut in de vorm van voorbeeldoefeningen of het verstrekken van schriftelijke instructies en illustraties om zelfstandige oefensessies te vergemakkelijken. Sommige deelnemers voerden geen onbegeleide oefeningen uit vanwege hun bezorgdheid om te vallen.

'Ik ben bang om te veel te doen... Omdat ik bang ben om te vallen. Ze moeten me gewoon vasthouden.'

P12 (91-jarige vrouw)

De meerderheid van de deelnemers gaf aan het geen probleem te vinden om te oefenen onder begeleiding van iemand anders dan een fysiotherapeut, als die maar verstand van zaken had en op de veiligheid lette. De meesten wilden liever niet onder supervisie van een familielid oefenen. Ze noemden als redenen dat familieleden te druk waren met hun eigen verantwoordelijkheden of te ver weg woonden. Deelnemers gaven de voorkeur aan het doorbrengen van kwaliteitsvolle tijd met familie voor plezierige activiteiten, in plaats van dat familieleden toezicht houden of aanwezig zijn tijdens gestructureerde oefensessies.

'Ze hebben geen tijd om hier te zijn. Ze hebben hun werk ook.'

P3 (83-jarige vrouw)

Thema 4: Communicatie tussen de fysiotherapeut en de bewoner en betrokkenheid van familie.

De meeste deelnemers gaven de voorkeur aan een vriendschappelijke, vertrouwde en persoonlijke relatie met de fysiotherapeut. Sommigen gaven de voorkeur aan informeel aangesproken te worden in plaats van formeel. Hoewel communicatie bij voorkeur informeel en vriendschappelijk is, moet de relatie wel professioneel blijven.

*'Ik zou hem beginnen aan te spreken als 'Meneer.'
Maar ik zou waarschijnlijk al snel vragen of ik
zijn voornaam mag gebruiken.'*

P9 (86-jarige vrouw)

De deelnemers benadrukten het belang van de fysiotherapeut die rekening houdt met hun beperkingen tijdens fysiotherapie en wanneer ze communiceren, zoals langzaam en duidelijk spreken en oogcontact onderhouden tijdens gesprekken.

*'Ik ben niet meer zo snel. Ik ben trager. Hij (de
fysiotherapeut) mag me niet dwingen om dit of
dat te doen. Ik moet het op mijn eigen tempo
kunnen doen.'*

P8 (91-jarige vrouw)

De meeste deelnemers gaven de voorkeur aan voor regelmatige betrokkenheid van familieleden of mantelzorgers in de fysiotherapie, in de vorm van updates over de voortgang van de therapiesessies.

*'Wanneer de therapeut komt, informeer ik ook
de kinderen. Ik vind het belangrijk dat zij weten
wat er gaat gebeuren.'*

P12 (91-jarige vrouw)

Discussie

Deze studie identificeerde vier belangrijke thema's die de voorkeuren van verpleeghuisbewoners met lichte tot matige dementie met betrekking tot fysiotherapie en gerelateerde oefeninterventies weerspiegelen. De thema's omvatten: (1) percepties van fysiotherapie en voorkeuren voor fysiotherapiesessies; (2) percepties voor wie fysiotherapie en lichaamsbeweging van toepassing is; (3) percepties en voorkeuren voor lichaamsbeweging zonder supervisie van de fysiotherapeut; en (4) communicatie tussen de

fysiotherapeut en de bewoner en betrokkenheid van familie.

Voor zover wij weten is ons onderzoek de eerste studie die specifiek de behoeften en voorkeuren van verpleeghuisbewoners met betrekking tot fysiotherapie en lichaamsbeweging buiten het kader van een specifieke interventie onderzoekt. Vorige onderzoeken onderzochten de ervaringen van bewoners die al fysiotherapie hadden ontvangen.⁷⁻⁹ Hoewel een directe vergelijking lastig is, kwamen er bepaalde overeenkomsten, verschillen en nieuwe inzichten naar voren. Net als eerdere studies benadrukken onze bevindingen het belang van effectieve communicatie en een empathisch begrip van de beperkingen van bewoners.

Wat betreft oefendoelen gaven deelnemers in onze studie aan fysiek actief te willen blijven en afhankelijkheid uit te stellen, wat overeenkomt met de bevindingen van twee Scandinavische studies.^{8,9} Een ander opvallend punt is dat zowel bewoners in onze studie als in de Scandinavische studies geen duidelijke voorkeur uitten voor wie de supervisie zou moeten geven bij de interventie, mits de supervisor competent is en de veiligheid waarborgt. Dit suggereert het potentieel voor toekomstig onderzoek naar een model waarbij fysiotherapeuten een meer coachende rol aannemen, terwijl de praktische aspecten van therapie worden gedelegeerd aan getrainde assistenten. Op deze wijze kunnen fysiotherapeuten hun gespecialiseerde expertise inzetten in situaties waarin fysiotherapeutische kennis onmisbaar is, terwijl meer praktische taken kunnen worden overgedragen aan andere betrokkenen binnen het zorgsysteem rondom de bewoner. Gegeven de stijgende zorgkosten^{18,19} zou zo'n model de financiële druk kunnen verminderen, terwijl de zorgkwaliteit behouden blijft en meer persoonsgericht wordt. Omdat deelnemers geen sterke voorkeur aangaven voor een specifieke supervisiestijl, zou een toekomstige studie kunnen onderzoeken of veiligheid, tevredenheid en klinische uitkomsten vergelijkbaar zijn als fysiotherapeuten zich primair richten op coaching in plaats van op directe interventie.

De bevindingen van ons onderzoek verschillen in vergelijking met eerdere studies. De deelnemers in de Scandinavische studies gaven specifiek de voorkeur aan groepsoefeningen, terwijl onze deelnemers weliswaar ook aangaven groepsoefeningen leuk te vinden, maar de voorkeur gaven aan individuele fysiotherapiesessies. Dit verschil kan worden toegeschreven aan de

woonsituatie van de deelnemers. In de Scandinavische studies woonden de deelnemers in privévertrekken en gaven zij gevoelens van eenzaamheid aan, terwijl onze deelnemers verbleven in kleinschalige woonvormen met een gemeenschappelijke huiskamer. Hoewel we niet expliciet eenzaamheid onderzochten, is het aannemelijk dat bewoners in een gedeelde, kleinschalige setting minder eenzaamheid ervaren, wat hun behoefte aan sociale interactie tijdens beweegactiviteiten mogelijk vermindert.

.... veel van de door deelnemers geuite voorkeuren kunnen in de praktijk worden geïntegreerd, wat mogelijk de therapietrouw ten goede komt

De deelnemers in de studie van Hall et al.⁷, uitgevoerd in Groot-Brittannië, uitten ontevredenheid over de ontvangen fysiotherapie, waarbij ze factoren noemden zoals onvoldoende middelen en een gebrek aan gepersonaliseerde zorg. Dit staat in contrast met de voorkeuren van de deelnemers in onze studie, die over het algemeen tevredenheid uitten over de geboden diensten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil ligt in de verschillen tussen zorgsystemen. Een overzicht van de beschikbaarheid van fysiotherapie wijst uit dat ongeveer 11% van de bewoners van Britse verpleeghuizen fysiotherapie ontvangt,²⁰ vergeleken met 23% in Nederland, wat waarschijnlijk invloed heeft op het niveau van tevredenheid.²¹

Onze studie is uitgevoerd en gerapporteerd volgens de richtlijnen voor kwalitatief onderzoek. Bovendien hebben we bij het opstellen van het studieprotocol en de uitvoering van de methoden zorgvuldig rekening gehouden met literatuur over ethische aspecten en onderzoek bij mensen met dementie, wat waarschijnlijk de validiteit van onze bevindingen versterkt. Het primaire doel van onze studie was om de behoeften en voorkeuren van bewoners met betrekking tot fysiotherapie-interventies te onderzoeken. Dat kan helpen bij het ontwikkelen van beweeg- en fysiotherapierichtlijnen. Wij geloven dat ons onderzoek tot nieuwe inzichten heeft geleid wat betreft de voorkeur van bewoners met betrekking tot frequentie (2-3 keer per week), intensiteit (zwaar genoeg dat bewoners voelen dat ze zich inspannen hebben),

locatie (ruimte met voldoende oefenmateriaal, niet op de slaapkamer) en groepsgrootte (individueel voor fysiotherapie, in groepen voor algemeen bewegen) en betrokkenheid van familie bij oefenactiviteiten (familie wel op de hoogte houden, maar niet onder toezicht van familie oefenen).

Aangezien de deelnemers werden geworven terwijl zij fysiotherapie ontvingen, erkennen we dat er mogelijk sprake is van recentheidsbias: deelnemers reflecteerden mogelijk meer op hun huidige ervaringen dan dat zij exclusief hun voorkeuren voor toekomstige interventies weergaven. We hebben geen kwantitatieve gegevens verzameld over duur, intensiteit of gerelateerde aspecten, omdat deelnemers deze moeilijk konden verwoorden. Omwille van de goede verstandshouding tussen de interviewer en de geïnterviewde, hebben de onderzoekers ervoor gekozen om dit onderwerp niet verder te verkennen.

De resultaten van onze studie kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van toekomstige fysiotherapie- en beweeginterventies. Veel van de door deelnemers geuite voorkeuren kunnen in de praktijk worden geïntegreerd, wat mogelijk de therapietrouw ten goede komt. Bovendien bieden de bevindingen inzicht in hoe bewoners de rol van de fysiotherapeut in hun leven zien. De behoefte aan begrip en persoonlijk advies, die als belangrijk naar voren kwam bij de deelnemers, is nog geen prominent onderdeel van de kwaliteitsstandaarden binnen de fysiotherapie. Het is daarom wenselijk om meer aandacht te besteden aan communicatietechnieken die aansluiten bij deze kwetsbare doelgroep.

Conclusie

Wij onderzochten de behoeften en voorkeuren van verpleeghuisbewoners met dementie met betrekking tot fysiotherapie en bewegingsinterventies. Naast voorkeuren over de frequentie, duur, type, locatie, groepsgrootte en betrokkenheid van familie bij oefenactiviteiten, gaven deelnemers aan behoefte te hebben aan informatie van de fysiotherapeut en aan coaching, evenals aan het onderhouden van een professionele maar vriendelijke relatie. De meeste deelnemers gaven aan dat oefensessies ook onder begeleiding van niet-fysiotherapeuten konden plaatsvinden, mits veiligheid en kwaliteit gewaarborgd zijn. Hoewel bewoners hun familieleden graag op de hoogte houden van hun fysiotherapie, hadden zij geen behoefte om samen met hen te

oefenen. In toekomstige studies en in de huidige praktijk zou het goed zijn om rekening te houden met de voorkeuren van de bewoners. Het integreren van deze voorkeuren kan bijdragen aan zowel een betere therapietrouw als een grotere effectiviteit van de behandeling. Aangezien bewoners geen directe fysiotherapeutische begeleiding tijdens het oefenen nodig achten, mits veiligheid gegarandeerd is, verdient de rol van de fysiotherapeut verdere evaluatie. Een verschuiving van de rol van de fysiotherapeut van een traditionele hands-on aanpak naar een meer toezichhoudende of coördinerende rol kan bijdragen aan strategieën voor het verbeteren van de kosteneffectiviteit van de zorg.

Referenties

1. **Souto P De, Morley JE, Chodzko-zajko W, et al.** Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities : A Taskforce Report. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:381-92.
2. **Van Der Roest HG, Meiland FJM, Marocchini R, et al.** Subjective needs of people with dementia: A review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2007;19:559-92.
3. **Shiells K, Pivodic L, Holmerová I, et al.** Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review. *Aging Ment Health* 2020; 24: 1553-68.
4. **Miller LM, Whitlach JC, Lyons KS.** Shared decision-making in dementia : A review of patient and family carer involvement. *Dementia* 2014; 15: 1141-57.
5. **Vseteckova J, Deepak-Gopinath M, Borgstrom E, et al.** Barriers and facilitators to adherence to group exercise in institutionalized older people living with dementia: a systematic review. *European Review of Aging and Physical Activity*; 15. Epub ahead of print 9 November 2018. DOI: 10.1186/s11556-018-0200-3.
6. **Di Lorito C, Bosco A, Booth V, et al.** Adherence to exercise interventions in older people with mild cognitive impairment and dementia : A systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep* 2020;19:101139.
7. **Hall AJ, Burrows L, Lang IA, et al.** Are physiotherapists employing person-centred care for people with dementia? An exploratory qualitative study examining the experiences of people with dementia and their carers. *BMC Geriatr* 2018;18: 1–10.
8. **Olsen CF, Telenius EW, Engedal K, et al.** Increased self-efficacy: The experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia - A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:1–12.
9. **Lindelöf N, Lundin-Olsson L, Skelton DA, et al.** Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: 'While it's tough, it's useful'. *PLoS One* 2017;12:1-14.
10. **Bushman BA.** Developing the P (for Progression) in a FITT-VP Exercise Prescription. *ACSM Health & Fitness Journal*; 22, www.acsm-healthfitness.org (2018).
11. **Tong A, Sainsbury P, Craig J.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19:349-57.
12. **Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al.** Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018; 52: 1893-907.
13. **Guest G, Bunce A, Johnson L.** How Many Interviews Are Enough ? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods* 2006;18:59-82.
14. **Boer DE, Sterke S, Schmidt CB, et al.** The perceptions, needs and preferences of informal caregivers of nursing home residents with dementia regarding physical therapy: A qualitative study. *Geriatr Nurs (Minneapolis)* 2022;44:167-75.
15. The European Parliament and of the Council. Regulation on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement on such data (General Data Protection Regulation). *Official Journal of the European Union*; 119.
16. **Collin C, Wade DT, Davies S, et al.** The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;10:61-3.
17. **Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77–101.
18. **Schot van der A, Prins M, Hartstra E, et al.** Monitor Woonvormen Dementie. Utrecht, www.trimbos.nl/webwinkel (2020).
19. World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends, http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/ (2015).
20. **Brett L, Noblet T, Jorgensen M, et al.** The use of physiotherapy in nursing homes internationally: A systematic review. *PLoS One*; 14. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0219488.
21. **Boer D, Sterke S, Schmidt C, et al.** The structure and process of physiotherapy services for nursing home residents with dementia in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc.* Epub ahead of print 24 July 2024. DOI: 10.1111/jgs.19084.