

Richtlijn

# Zorg bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

Handvatten voor verpleegkundigen en  
verzorgenden voor het kiezen en  
onderbouwen van ADL-zorgopties

Versie december 2022



**De eigenaar van deze richtlijn is:**



**Deze richtlijn is ontwikkeld door:**



**Maastricht University**

**Deze richtlijn is gefinancierd door:**



**Geautoriseerd door:** Het V&VN bestuur\*; Patiëntenfederatie Nederland

\*Het V&VN bestuur autoriseert op basis van het inhoudelijk akkoord van de volgende V&VN afdelingen: Wijkverpleegkundigen, Verstandelijk Gehandicaptenzorg, Geriatrie & Gerontologie, Verzorgenden, Palliatieve Zorg en Neuro & Revalidatie

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar:  
[programmabureaus@venvn.nl](mailto:programmabureaus@venvn.nl)

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>Uitgangsvraag 1</b>	<b>12</b>
Op welke manier kan de zorgvrager door de zorgverlener optimaal betrokken worden bij het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg?	
Inleiding	13
Aanbevelingen	15
<b>Uitgangsvraag 2</b>	<b>30</b>
Hoe kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht en welke valide en betrouwbare instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?	
Inleiding	31
Aanbevelingen	32
<b>Uitgangsvraag 3</b>	<b>58</b>
Welke interventies kunnen in de Zorg bij ADL effectief worden ingezet om het comfort of de ADL-zelfstandigheid of van de zorgvrager te vergroten?	
Inleiding	59
Aanbevelingen	61
<b>Uitgangsvraag 4</b>	<b>81</b>
Op welke manier kan de mantelzorger op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden bij het leveren van ADL-zorg?	
Inleiding	82
Aanbevelingen	84
<b>Uitgangsvraag 5</b>	<b>89</b>
Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor het signaleren van gezondheidsrisico's en -problemen?	
Inleiding	90
Aanbevelingen	91
<b>Bijlagen</b>	<b>102</b>
Algemene achtergrondgegevens	103
Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep	104
Begrippenlijst	107
Autorisatie per uitgangsvraag	108
Zorgvrager-perspectief	109
Rol van de andere disciplines in de zorg bij ADL	110
Knelpuntinventarisatie en analyse	113
Verantwoording per uitgangsvraag	117
Juridische betekenis	158
Implementatie	159

Onderwerpen voor verder onderzoek  
Literatuurlijst

166  
170

# Samenvatting

Ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) is een van de kerntaken van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze zorgverleners ondersteunen bij (de) activiteiten die nodig zijn om zelfstandig te leven en zich comfortabel te voelen, waaronder activiteiten als aan- en uitkleden, wassen, eten en drinken, uiterlijke verzorging, toiletgang en mobiliteit. ADL-zorg wordt door zorgvragers gezien als de meest onmisbare vorm van zorg die geleverd wordt door verpleegkundigen en verzorgenden (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010; Schneider & Ruth-Sahd, 2015; Vollman, 2009).

Kenmerkend voor ADL-zorg is het generieke karakter. ADL-zorg is niet gebonden aan specifieke aandoeningen of specifieke zorgsettings (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010). Internationaal wordt deze vorm van zorg ook "Essentiële zorg genoemd". ADL-zorg wordt geleverd in verschillende zorgsettings, waaronder de wijkverpleging, het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, het verpleeghuis of de verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze richtlijn geeft handvatten voor goede ADL-zorg aan verpleegkundigen en verzorgenden in de vorm van aanbevelingen ingedeeld in 5 uitgangsvragen. Deze aanbevelingen zijn generiek toepasbaar voor alle settings waarin ADL-zorg aan volwassen zorgvragers met verschillende aandoeningen wordt verleend. Tegelijkertijd zijn alle aanbevelingen zo concreet mogelijk geformuleerd. Echter kan de toepasbaarheid van de aanbeveling – gezien het brede karakter van ADL-zorg – afhankelijk van de individuele zorgvrager en zorgsetting verschillen. Behoeften van zorgvragers op ADL-gebied kunnen, afhankelijk van de situatie, veranderen en dienen bij elk ADL-zorgmoment opnieuw bekeken te worden. Wanneer een aanbeveling in een bepaalde zorgsetting meer of minder van toepassing is, staat dit in de tekst vermeld. Hieronder wordt een selectie van de belangrijkste aanbevelingen per uitgangsvraag gepresenteerd. Het volledige aantal aanbevelingen met de passende toelichting over de uitvoering van de aanbeveling is in de desbetreffende uitgangsvraag terug te vinden.

# KERNAANBEVELINGEN



## 1.1 Kernaanbevelingen

TABEL 1: Kernaanbevelingen richtlijn Zorg bij ADL	
	<p style="text-align: center;">Zorgproces fase 1 t/m 3</p> <p style="text-align: center;">(1) Verzamelen van informatie (2) Vaststellen van wensen, behoeften en problemen (3) Vaststellen van doelen</p>
<b>Uitgangsvraag 1; aanbeveling 1</b>	Werk in alle ADL- zorg en contactmomenten met de zorgvrager zo veel mogelijk toe naar een relatie op basis van vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid.
<b>Uitgangsvraag 3; aanbeveling 1</b>	Breng de ADL-gerelateerde gewoontes en ervaren klachten van de zorgvrager (subjectieve gegevens) tijdens een (intake-) gesprek in kaart en leg deze vast in het zorgdossier.
<b>Uitgangsvraag 3; aanbeveling 2</b>	Gebruik de Barthel index (BI) om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers (objectieve gegevens) vast te stellen en te evalueren. Heb bij het interpreteren van de BI aandacht voor de plafondefecten. Wanneer zorgvragers bij intake bijvoorbeeld al hoog op de BI scoren, kan de meetbare vooruitgang beperkt zijn omdat de maximaal haalbare score dan bereikt wordt (plafondefect). Leg de Barthel Score vast in het zorgdossier.
<b>Uitgangsvraag 3; aanbeveling 7</b>	Breng de sociale en fysieke omgeving van de zorgvrager (contextgegevens) in kaart door middel van een gesprek met de zorgvrager en gerichte observaties van de woonomgeving en leg deze vast in het dossier.
<b>Uitgangsvraag 1; aanbeveling 3</b>	Betrek de zorgvrager bij het stellen van ADL-doelen door a) de (veranderende) drijfveren van de zorgvrager op het gebied van ADL te inventariseren; b) de zorgvrager te informeren over zaken die vanuit professionele expertise belangrijk zijn rondom de ADL-zorg; en c) de ADL-doelen zo veel mogelijk samen met de zorgvrager te formuleren.
<b>Uitgangsvraag 4; aanbeveling 1</b>	Ga in een gesprek met de mantelzorg na in hoeverre de mantelzorg zich competent voelt en de kennis en vaardigheden bezit om de zorgvrager in de ADL-zorg te ondersteunen.
	<p style="text-align: center;">Zorgproces fase 4 t/m 6</p> <p style="text-align: center;">(4) Vaststellen en plannen van activiteiten (5) Uitvoeren van activiteiten volgens planning (6) Evalueren en zo nodig bijstellen van zorg en ondersteuning</p>
<b>Uitgangsvraag 1; aanbeveling 4</b>	Betrek de zorgvrager in het maken van afspraken over zorgacties door a) te benadrukken dat de zorgvrager een stem heeft in de keuzes rondom ADL-zorg; b) deze opties te bespreken; en c) gezamenlijk zorgafspraken te maken.
<b>Uitgangsvraag 1; aanbeveling 5</b>	Betrek de zorgvrager bij het uitvoeren en evalueren van de uitgevoerde ADL-zorgacties.
<b>Uitgangsvraag 2; aanbeveling 4</b>	Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de interventies 'Persoonsgericht baden (Person centered bathing)' en 'Baden zonder strijd

TABEL 1: Kernaanbevelingen richtlijn Zorg bij ADL

	(bathing without a battle)' om agitatie en ongemak bij zorgvragers met dementie in verpleeghuizen te verminderen (Uitgangsvraag 2, Aanbeveling 4).
<b>Uitgangsvraag 2; aanbeveling 8</b>	Overweeg het toepassen van de principes van benadering van 'Bewegingsgerichte zorg (Function-Focused Care (FFC)) om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers met dementie in verpleeghuizen te vergroten.
<b>Uitgangsvraag 4; aanbeveling 3</b>	Ondersteun de mantelzorger tijdens ADL-zorgmomenten in afstemming met de mantelzorger en de zorgvrager.

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Zowel internationaal als in Nederland verandert de manier waarop we naar zorg kijken en hoe we zorg verlenen. In de afgelopen jaren is de aandacht voor persoonsgerichte zorg toegenomen. Hierbij kijken we steeds meer naar gezondheid en gedrag en minder naar ziekte en stoornissen. De individuele mogelijkheden en voorkeuren van de zorgvrager komen ook in de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden centraal te staan. Deze ontwikkelingen worden ook zichtbaar in de zorg bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Het ondersteunen bij ADL is één van de kerntaken van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. In deze richtlijn spreken we over ADL-zorg als het gaat om activiteiten als aan- en uitkleden, wassen, eten en drinken; uiterlijke verzorging, toiletgang en mobiliteit. Kenmerkend voor ADL-zorg is het generieke karakter. ADL-zorg is niet gebonden aan specifieke aandoeningen of specifieke zorgsettingen (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, et al., 2010). ADL-zorg wordt geleverd in verschillende zorgsettingen, waaronder de wijkverpleging, het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, het verpleeghuis of de verstandelijk gehandicaptenzorg. Zorgverleners ondersteunen daar waar nodig bij zelfzorgactiviteiten van een zorgvrager. Internationaal wordt deze vorm van zorg ook "Essentiële zorg genoemd".

ADL-zorg wordt gezien als de meest onmisbare vorm van zorg die geleverd wordt door verpleegkundigen en verzorgenden (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, et al., 2010; Schneider & Ruth-Sahd, 2015; Vollman, 2009). Met name voor mensen die ondersteuning bij ADL behoeven, is deze vorm van zorgverlening van groot belang. Het is een zeer persoonlijke en intieme vorm van zorgverlening die verder gaat dan enkel en alleen lichamelijke zorg. ADL-zorg is ook een sociaal proces dat vorm krijgt door een complex samenspel van factoren tussen de zorgvrager, zorgverlener en de zorgomgeving.

Vaak staat bij het verlenen van ADL-zorg het voorkomen of verminderen van ADL-afhankelijkheid en dus het verhogen van de ADL-zelfstandigheid centraal. Om het vermogen van zorgvragers om ADL-taken zo zelfstandig mogelijk uit te voeren te versterken, worden internationaal en in Nederland steeds meer interventies ontwikkeld, zoals 'bewegingsgerichte zorg' ('function-focused care'). Er is steeds meer belangstelling voor deze interventies gezien het vermogen of onvermogen van een zorgvrager om ADL uit te voeren kan worden beïnvloed door ziekte of handicap, wat uiteindelijk kan leiden tot een verhoogde ADL-afhankelijkheid. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat ADL-afhankelijkheid geassocieerd is met toegenomen eenzaamheid (Hacihasanoglu, Yildirim, & Karakurt, 2012), verminderde kwaliteit van leven (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, & Hamers, 2013), ziekenhuisopname (He et al., 2015; Helvik, Selbæk, & Engedal, 2013), institutionalisering (Gaugler, Duval, Anderson, & Kane, 2007) en verhoogd risico op sterfte (Hennessy et al., 2015; Ramos, Simoes, & Albert, 2001). Het behoud van ADL-onafhankelijkheid is hangt ook samen met de ervaren kwaliteit van leven, de waardigheid van een persoon, en de eigen waarneming (Ball et al., 2004). Verpleegkundigen en verzorgenden spelen een cruciale rol in het behoud van ADL-zelfstandigheid en het voorkomen en herstellen van beperkingen met betrekking tot ADL (den Ouden, Zwakhalen, Meijers, Bleijlevens, & Hamers, 2019; Grönstedt et al., 2013; van Hell-Cromwijk et al., 2021).

Naast het bevorderen van de ADL-zelfstandigheid proberen zorgverleners pijn en andere ongemakken tijdens het verlenen van ADL-zorg zo veel mogelijk te voorkomen (Kitson, Robertson-Malt, & Conroy, 2013; Siefert, 2002). Het vergroten van comfort van de zorgvrager tijdens de zorgverlening is hiervan dus een belangrijk onderdeel. Door het intieme karakter van de ADL-zorg - met name bij (gedeeltelijke) overname van activiteiten - kan deze vorm van zorg gepaard gaan met emotionele of fysieke belasting voor de zorgvrager (Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007).



Zorgvragers kunnen zich tijdens de ADL-zorg bijvoorbeeld blootgesteld, beschaamd of kwetsbaar voelen (van Dijk, Dijkstra, Dassen, & Sanderman, 2008; Volicer, Citrome, & Volavka, 2017). In sommige gevallen kan ADL-zorg ernstige gedragssymptomen uitlokken, zoals agitatie en agressie, die belastend en potentieel onveilig kunnen zijn voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener (Backhouse, Dudzinski, Killett, & Mioshi, 2020; P. Sloane et al., 2007).

Het verbeteren van ADL-functioneren of comfort van zorgvragers en het tegelijkertijd tegemoetkomen aan de fysieke, emotionele en relationele ADL-zorgbehoeften in de dagelijkse praktijk is complex en kan gepaard gaan met problemen en/of uitdagingen. Dit komt mede door het feit dat ADL-zorg vanuit wetenschappelijk oogpunt zwak onderbouwd is (Kitson, Muntlin Athlin, & Conroy, 2014). Problemen en/of uitdagingen tijdens de ADL-zorg ontstaan met name wanneer de geleverde zorg niet aansluit bij de wensen en behoeften van de zorgvrager. Onduidelijkheid over deze wensen en behoeften van de zorgvrager kunnen in de dagelijkse praktijk, o.a. op het moment dat de zorgvrager en/of mantelzorgers onvoldoende betrokken is/zijn bij de besluitvorming rondom ADL-zorg, tot problemen leiden. Dit gaat o.a. ten koste van de betrokkenheid en ervaren tevredenheid van zorgvragers en de kwaliteit van de zorgverlening. Desalniettemin biedt het leveren van ADL-zorg ook kansen voor zorgverleners. Zorgverleners ondersteunen zorgvragers bij activiteiten die dagelijks, soms zelfs meerdere keren per dag, uitgevoerd worden en dit vaak gedurende een langere periode. Deze ADL-zorgmomenten bieden zorgverleners de mogelijkheid om een beeld te vormen van de situatie van de zorgvrager en na te gaan of er sprake is van veranderingen die kunnen duiden op mogelijke gezondheidsrisico's. Kortom: ADL-zorg vormt het hart van de zorgverlening door verpleegkundigen en verzorgenden en is van cruciaal belang voor mensen met een ADL-zorgvraag. ADL-zorg biedt kansen voor het vergroten van ADL-zelfstandigheid en comfort en het opsporen van gezondheidsrisico's, maar gaat tegelijkertijd gepaard met praktische problemen, bijvoorbeeld wanneer de zorgverlening niet aansluit bij de behoeften en wensen van de zorgvrager en/of mantelzorgers.

### **Afbakening van het onderwerp**

Om tot een werkbare afbakening van het concept ADL te komen, zijn de elementen van de Katz Schaal (5-Items) (Sidney Katz, 1983) en Barthel Index (10-items) (Collin, Wade, Davies, en Horne (1988a) als uitgangspunt gebruikt. Deze ADL-aspecten zijn door de werkgroep aangevuld en geconcretiseerd. Dit heeft geresulteerd in onderstaande afbakening.

Tabel 2: Afbakening van het onderwerp Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

Aspect van ADL	Hierbij behorende (deel)-activiteiten
<b>1. Wassen</b>	Wassen aan een wasbak of op bed met bijvoorbeeld een washand, baden, douchen, (lichaamsdelen) afdrogen.
<b>2. Aan- en uitkleden</b>	Aan- en uitkleden van kledingstukken en steunkousen.
<b>3. Toiletgang</b>	De gang naar, en het veilig gebruik van, het toilet: uitkleden, op het toilet gaan zitten, de behoefte doen (urine en ontlasting), zichzelf schoonmaken na gebruik, toilet doorspoelen, opstaan, aankleden, gebruik en hanteren van incontinentiemateriaal, menstruele hygiëne. Gebruik van toiletalternatieven: toiletstoel (douche-of poststoel) bedpan, urinaal.
<b>4. Uiterlijke verzorging</b>	Zorg dragen voor eigen uiterlijk, waaronder: tandenpoetsen of verzorging van gebitten, gebruikelijke verzorging van vinger- en teennagels (nagelknippen), verzorging van haar (kammen, drogen, gebruik van producten), huidverzorging (gebruik van lotions of crèmes), gebruik van make-up of andere producten.
<b>5. Mobiliteit binnenshuis</b>	Verplaatsen in de woning, transfers, positioneren in bed of (rol-)stoel, traplopen, gebruik van loophulpmiddelen.
<b>6. Eten &amp; Drinken</b>	Het naar de mond brengen van (bereid) eten of drinken, hanteren van (aangepast) bestek of bekertjes.

### Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is het bieden van handvatten voor verzorgenden en verpleegkundigen voor het verlenen van goede ADL-zorg. Deze richtlijn bevat onderbouwde aanbevelingen over:

- (1) Hoe de zorgvrager in de ADL-zorg betrokken kan worden in het stellen van doelen, het maken van zorgafspraken en in de uitvoering;
- (2) Hoe de ADL-zorgvraag in kaart gebracht kan worden en welke valide en betrouwbare instrumenten hiervoor beschikbaar zijn;
- (3) Welke interventies effectief kunnen bijdragen aan het vergroten van ADL-zelfstandigheid en comfort;
- (4) Hoe mantelzorgers bij de ADL-zorg ondersteund kunnen worden;
- (5) Hoe ADL-zorg kan worden ingezet voor het signaleren van mogelijke gezondheidsproblemen.

### Doelgroep: Populatie en beoogde gebruikers

De primaire doelgroep betreft volwassen zorgvragers (18+) met een ADL-zorgvraag. De eindgebruikers van deze richtlijn zijn verzorgenden en verpleegkundigen die direct bij de ADL-zorg betrokken zijn. De aanbevelingen zijn geformuleerd voor verzorgenden en verpleegkundigen die in verschillende settings ADL-zorg verlenen. ADL-zorg kan in verschillende zorgsettings worden verleend, zoals ziekenhuizen, revalidatiecentra, de langdurige intramurale zorg in verpleeghuizen, GGZ-instellingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en de zorg voor mensen in de thuissituatie waaronder bijvoorbeeld ouderen, mensen met een chronische aandoening en mensen met een verstandelijke beperking. In alle settings kan ook sprake zijn van palliatieve zorg. Verpleegkundig specialisten zijn in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten.

### Werkwijze

Het onderwerp ADL-zorg is door V&VN - mede op basis van het project "Witte vlekken analyse van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland"- geprioriteerd voor een richtlijn. Deze richtlijn is ontwikkeld volgens de leidraad van de AQUA-Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (Zorginstituut Nederland, 2021). Het ontwikkeltraject van deze richtlijn is gestart in oktober 2018 met een knelpuntenanalyse. Deze knelpunten zijn op drie verschillende manieren geïnventariseerd: (1) binnen de werkgroep (2) buiten de werkgroep tijdens twee wereld-café bijeenkomsten en (3) buiten de werkgroep in de vorm van een QuickScan van relevante wetenschappelijke literatuur. Op basis van deze knelpunten zijn in nauwe samenwerking met de werk-, project en adviesgroep uitgangsvragen geformuleerd die in juni 2019 zijn geaccordeerd door de V&VN-beoordelingscommissie. Voor aanvullende informatie over de knelpuntenanalyse wordt verwezen naar bijlage 6. Deze richtlijn is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met een voor dit traject opgestelde project- en werkgroep. Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is gezocht naar wetenschappelijke en grijze literatuur. Waar mogelijk is voor de uitwerking van de uitgangsvragen de verbinding gelegd met bestaande richtlijnen of richtlijnen in ontwikkeling. Voor de totstandkoming van de specifieke uitgangsvragen wordt verwezen naar de bijlage.



# **Uitgangsvraag 1**

**Op welke manier kan de zorgvrager door de zorgverlener optimaal betrokken worden bij het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg?**

**december 2022**

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Bij ADL-zorg gaat het om het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die de zorgvrager op dagelijkse basis met een bepaalde mate van ondersteuning uitvoert. De ervaringen, expertise en voorkeuren van de zorgvrager op dat gebied zijn belangrijke bronnen die de zorgverlener kan gebruiken om persoonsgerichte ADL-zorg te leveren. Zorgverleners streven ernaar om de zorgvrager zo veel mogelijk te betrekken in de keuzes die in en rondom de ADL-zorg worden gemaakt. Naast de zorgvrager kan ook de mantelzorger – waar mogelijk in overleg met de zorgvrager – betrokken worden in de keuzes die in de ADL-zorg worden gemaakt. Hierbij gaat het om het kiezen voor ADL-doelen. Het gaat zowel om de afspraken die gemaakt worden om deze doelen te bereiken, alsook om de manier waarop de ADL-zorg wordt geleverd en geëvalueerd. De zorgvrager heeft een duidelijke stem in het kiezen van ADL-doelen. De zorgvrager geeft daarbij aan wat hij/zij belangrijk vindt en wat hij/zij zou willen bereiken samen met de zorgverlener. Wanneer duidelijk is wat het doel van de ADL-zorg is, wordt afgesproken hoe dit doel bereikt kan worden. Ook in het maken van afspraken over de manier waarop deze doelen in de praktijk worden bereikt heeft de zorgvrager iets te kiezen. Denk bijvoorbeeld aan: Wat wil en kan de zorgvrager zelf doen? Hoe en waar wil de zorgvrager ADL-zorg ontvangen (douche, bad, wastafel, bed)? Bij welke ADL-handelingen heeft de zorgvrager ondersteuning nodig? Wanneer de gemaakte afspraken daadwerkelijk in de praktijk worden uitgevoerd, kiezen de zorgvrager en zorgverlener gezamenlijk hoe en op welke wijze de gemaakte afspraken tijdens een zorgmoment uitgevoerd kunnen worden, afhankelijk van de behoefte en situatie van de zorgvrager op dat moment. De zorgvrager wordt door de zorgverlener zo veel mogelijk in staat gesteld om samen met de zorgvrager keuzes te maken in de ADL-zorg.

### Onderliggende knelpunten

Uit de uitgevoerde knelpuntenanalyse, die is gebaseerd op twee wereld-café bijeenkomsten, expertise uit de werkgroep en de wetenschappelijke literatuur, blijkt dat dat de geleverde zorg soms onvoldoende overeenkomt met de wensen en behoeften van zorgvragers. De zorgvrager lijkt onvoldoende betrokken te worden bij de keuzes die er in de ADL-zorg gemaakt worden. Ook kunnen bijvoorbeeld de ervaren werkdruk en de (ervaren) mogelijkheden binnen de organisatie zorgen voor een spanningsveld. Dit spanningsveld kan de afstemming tussen zorgvrager en zorgverlener beïnvloeden. Er zijn dus handvatten nodig om het perspectief van de zorgverlener en de zorgvrager dichter bij elkaar te brengen.

### Uitgangsvraag 1

Deze uitgangsvraag biedt handvatten voor zorgverleners om de zorgvrager meer te betrekken bij het stellen van ADL-doelen, het maken van zorgafspraken, uitvoeren en evalueren van zorg, om zodoende de overeenstemming tussen de geleverde en de gewenste ADL-zorg te vergroten. In deze uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende vraag:

**“Op welke manier kan de zorgvrager door de zorgverlener optimaal betrokken worden bij het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg?”**

### Werkwijze uitgangsvraag 1

Deze uitgangsvraag beschrijft vijf aanbevelingen die handvatten bieden voor het betrekken van de zorgvrager in de ADL-zorg. De aanbevelingen zijn inhoudelijk onderbouwd op basis van de wetenschappelijke en de expertise van de werkgroep. Uitgangspunt voor deze uitgangsvraag zijn de

basisprincipes van de handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken (Daniëls e.a., 2016), die het resultaat is van het project "Gezamenlijke besluitvorming", uitgevoerd door InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, in samenwerking met de Ondernemende Huisarts, het NHG, Huisartsopleiding VUmc en NCPF in opdracht van het Zorginstituut Nederland. Deze handreiking is door de werkgroep gekozen omdat deze de onderliggende theorie van gezamenlijke besluitvorming (Elwyn et al., 2012) vertaald heeft naar handvatten die aansluiten op het zorgproces. Aanvullend op deze handreiking zijn resultaten uit de wetenschappelijke literatuur omtrent het betrekken van zorgvragers in keuzes gebruikt om de aanbevelingen verder te onderbouwen. In de bijlage van deze uitgangsvraag is de verantwoording van deze uitgangsvraag opgenomen waarin de totstandkoming en gehanteerde werkwijze is beschreven en onderbouwd.

# Aanbevelingen

## Uitgangsvraag 1; Aanbevelingen op een rij

### DOEN

#### Aanbeveling 1: DOEN

Werk in alle ADL- zorg en contactmomenten met de zorgvrager zo veel mogelijk toe naar een relatie op basis van vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid.

#### Aanbeveling 3: DOEN

Betrek de zorgvrager bij het stellen van ADL doelen door 3a) de (veranderende) drijfveren voor verandering op het gebied van ADL van de zorgvrager tijdens een (intake-)gesprek te inventariseren; 3b) de zorgvrager te informeren over zaken die vanuit professionele expertise belangrijk zijn rondom de ADL-zorg; en 3c) de ADL-doelen zo veel mogelijk samen met de zorgvrager te formuleren.

#### Aanbeveling 4: DOEN

Betrek de zorgvrager in het maken van afspraken over ADL-zorgacties door 4a) te benadrukken dat de zorgvrager een stem heeft in de keuzes rondom ADL-zorg; 4b) deze opties te bespreken; en 4c) gezamenlijk zorgafspraken te maken.

#### Aanbeveling 5: DOEN

Betrek de zorgvrager bij het uitvoeren en evalueren van de uitgevoerde ADL-zorgacties.

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 2: OVERWEEG

Overweeg om in de vorm van een gesprek met de zorgvrager na te gaan of en op welke manier de zorgvrager betrokken wil zijn bij de ADL-zorg.

**De nadere toelichting en uitwerking van de aanbevelingen volgen onderstaand/hierna.**

## DOEN

### Aanbeveling 1

Werk in alle ADL- zorg en contactmomenten met de zorgvrager zo veel mogelijk toe naar een relatie op basis van vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid. Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Creëer vertrouwen door respectvol om te gaan met intieme zorgmomenten, waarborg de privacy van de zorgvrager en houdt je aan de afspraken die zijn/worden gemaakt.
- ✓ Durf waar mogelijk de controle los te laten om op gelijkwaardige basis met de zorgvrager samen te werken.
- ✓ Respecteer de wensen en behoeften van de zorgvrager op het gebied van ADL en stem de zorgverlening hier zoveel mogelijk op af.
- ✓ Wees je bewust van hoe je over kan komen (bijvoorbeeld taak-georiënteerd of directief) en welk effect dit op de zorgvrager kan hebben.

### Onderbouwing

Wanneer men als zorgverlener de zorgvrager wil betrekken bij de zorg en/of de besluitvorming (patiëntparticipatie), is een goede samenwerkingsrelatie tussen zorgvrager en zorgverlener essentieel. Dit geldt vooral in de ADL-zorg, omdat deze vorm van zorg intiem en persoonlijk van aard is en op allerlei manieren kan worden ingevuld. Uit literatuuronderzoek blijkt dat zorgverleners, bijvoorbeeld ook in de ziekenhuissetting, actief een samenwerkingsrelatie met de zorgvrager dienen op te bouwen (Tobiano, Marshall, Bucknall, & Chaboyer, 2015). In onderzoek wordt de samenwerkingsrelatie, onafhankelijk van de zorgsetting, beschreven door gedeelde macht en verantwoordelijkheid, vertrouwen, respect en positiviteit (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Tobiano et al. (2015) beschrijven dat, bijvoorbeeld in de ziekenhuissetting, gedeelde macht ook betekent dat de zorgverlener tot op zekere hoogte controle durft los te laten en zich dus "op ooghoogte" met de zorgvrager communiceert. Daarnaast kan een taakgerichte houding of routinematig werken deze samenwerkingsrelatie belemmeren in de ziekenhuissetting (Tobiano et al., 2015). Wederzijds vertrouwen en respect kunnen deze relatie in verloop van tijd versterken. Wanneer zorgvragers zich vertrouwd en gerespecteerd voelen, staan zij meer open voor het delen met en ontvangen van informatie van de zorgverlener (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018).

### Overwegingen vanuit de werkgroep:

De werkgroep kan zich vinden in de conclusies uit de literatuur en is het ermee eens dat er standaard toegewerkt zou moeten worden naar een goede samenwerkingsrelatie. Tegelijkertijd nuanceert de werkgroep ook, dat de "klik" tussen de zorgvrager en de zorgverlener medebepalend is voor een samenwerkingsrelatie en dat het ontbreken van deze "klik" de samenwerkingsrelatie ook mogelijk kan belemmeren. Het aanpassen van de eigen benaderingswijze in de richting van de zorgvrager is hierbij belangrijk. Dit vraagt om een andere mind-set waarin je als zorgverlener niet zonder inbreng van de zorgvrager keuzes maakt m.b.t. de gewenste zorgverlening. Door de zorgvrager zo veel mogelijk "op ooghoogte" te benaderen en toe te werken naar een samenwerkingsrelatie verschuiven de machtsverhoudingen en de afhankelijkheidspositie van de zorgvrager. De werkgroep is zich ervan bewust dat dit kan zorgen voor nieuwe dilemma's, met name wanneer de voorkeuren van zorgvragers en professioneel advies sterk uiteenlopen. Vertrouwen en een bestaande samenwerkingsrelatie vormen daarom de basis om ook in deze situaties tot oplossingen te komen.

Ook de zorgvragers uit de werkgroep zijn het hiermee eens en benadrukken het belang van het opbouwen van een vertrouwensband in een zorgrelatie.



**Conclusie:**

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener ook in de ADL-zorg de basis vormt voor een betrokkenheid van de zorgvrager bij het stellen van doelen, maken van afspraken en uitvoeren van de ADL-zorg. Deze relatie wordt gekenmerkt door vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid.
--------------------------------------	--

## OVERWEEG

### Aanbeveling 2

Overweeg om in de vorm van een gesprek met de zorgvrager na te gaan of en op welke manier de zorgvrager betrokken wil zijn bij de ADL-zorg.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Ga waar mogelijk in gesprek met de zorgvrager over de voorkeuren voor actieve betrokkenheid. Je kunt de mogelijkheden bespreken voor actieve betrokkenheid en duidelijk maken dat de zorgvrager het vormgeven van zijn/haar ADL-zorg mede kan bepalen. Vraag hierbij door, met oprechte aandacht voor het perspectief van de zorgvrager.
- ✓ Realiseer je dat de betrokkenheid, afhankelijk van bijvoorbeeld de leeftijd of ernst van de medische situatie, verminderd kan zijn. Je kunt samen met de zorgvrager afwegen bij welke stappen hij/zij betrokken wil zijn en hoe hij/zij invloed kan uitoefenen op de manier waarop de zorg wordt ingericht en uitgevoerd.
- ✓ Respecteer de keuze van de zorgvrager en wees je ervan bewust dat deze voorkeuren gedurende het proces - of per dag - kunnen veranderen. Je kunt er rekening mee houden dat zorgvragers aanvankelijk de verantwoordelijkheid om zelf beslissingen te nemen kunnen weigeren en dat ze van gedachten kunnen veranderen als ze eenmaal op de hoogte zijn van het scala aan opties die voor hen beschikbaar zijn. Ben je ervan bewust dat zorgvragers ook ervoor kunnen kiezen om de verantwoordelijkheid geheel bij de zorgverlener neer te leggen.
- ✓ Je kunt in dit gesprek ook stilstaan bij de rol van de mantelzorger en zijn/haar wensen met betrekking tot betrokkenheid bij de ADL-zorg. Doe dit waar mogelijk in afstemming met de zorgvrager. Je kunt daarbij aandacht hebben voor verschillende normen in ADL en gerelateerde culturele verschillen tijdens het gesprek en in de afstemming met de mantelzorger. Je kunt hierbij rekening houden met cultuurspecifieke ADL-gewoontes en rolverdelingen die van invloed kunnen zijn op de ADL.

### Onderbouwing

Uit de vijf gevonden literatuurstudies blijkt dat de bereidheid om actief betrokken te zijn bij de ADL-zorg afhankelijk is van de voorkeuren (Clark et al., 2009; Friesen-Storms, Bours, van der Weijden, & Beurskens, 2015; Tobiano et al., 2015; Truglio-Londrigan & Slyer, 2018) en/of mogelijkheden van de zorgvragers (Davis, Ziolkowski, & Veltkamp, 2017). Het kan gebeuren dat zorgvragers niet open staan voor een actieve betrokkenheid in de keuzes die hun zorg betreffen, bijvoorbeeld wanneer een zorgvrager zich in een acute fase van ziekte, bijvoorbeeld in het ziekenhuis, bevindt, zoals beschreven in de literatuurstudie van Clark et al. (2009). Ook uit het literatuuronderzoek van Davis et al. (2017) komt naar voren dat de ernst of progressie van een ziekte invloed heeft op de mate waarin bijvoorbeeld mensen met dementie kunnen participeren in keuzes. Ook de leeftijd van de zorgvrager kan hierbij een rol spelen.

Jongere zorgvragers lijken meer open te staan voor een actieve rol in de besluitvorming (Clark et al., 2009). Clark et al. (2009) zien een nieuwe generatie zorgvragers die in het recente verleden zijn blootgesteld aan meer participatieve vormen van interactie met zorgverleners en hogere communicatieverwachtingen hebben als een mogelijke verklaring hiervoor. Aan de andere kant kan het zijn dat naarmate mensen ouder worden, zij zich meer op hun gemak voelen wanneer zij het nemen van beslissingen overlaten aan hun zorgverleners.

Het is belangrijk dat de voorkeuren en mogelijkheden voor betrokkenheid van de zorgvrager door de zorgverlener geïnventariseerd worden (Clark et al., 2009; Davis et al., 2017; Friesen-Storms et al., 2015; Tobiano et al., 2015; Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Ondanks dat voorkeuren en mogelijkheden van zorgvragers voor betrokkenheid in keuzes kunnen verschillen, laat onderzoek

in Nederland zien dat zorgvragers over het algemeen meer betrokken willen worden dan op dit moment het geval is (Friesen-Storms et al., 2015). Aanvullend hierop blijkt uit de richtlijn mantelzorg dat de mantelzorger een belangrijke hulpbron kan zijn voor de zorg geleverd door verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2020a). Ook mantelzorgers hebben voorkeuren m.b.t. de eigen betrokkenheid bij de ADL-zorg. Deze voorkeuren kunnen in het belang van de zorgvrager worden ingezet en geïnventariseerd.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep:

Ook de werkgroep benadrukt dat de mate van betrokkenheid van de zorgvrager in de praktijk per setting en individuele zorgvrager kan verschillen. In de praktijk blijkt dat het betrekken van de zorgvrager niet altijd wenselijk of mogelijk is. De werkgroep onderstreept dat een maximale betrokkenheid van de zorgvrager, afhankelijk van de ernst van de situatie of aandoening, ook in de ADL-zorg niet altijd mogelijk en wenselijk is. Hierbij valt te denken aan levensbedreigende of acute zorgsituaties, bijvoorbeeld in de ziekenhuissetting. Een constante dialoog met de zorgvrager over de mogelijkheden voor actieve betrokkenheid blijft hierbij echter het uitgangspunt. De werkgroep geeft tevens aan, dat met name bij mensen die moeite hebben om eigen voorkeuren te uiten, een spanningsveld kan ontstaan tussen de belangen van zorgvrager, mantelzorger en zorgverlener. De werkgroep adviseert om zo veel mogelijk samen met de zorgvrager naar de betrokkenheid en rollen van zorgvrager, mantelzorger en zorgverlener te kijken.

#### Conclusie:

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het inventariseren van voorkeuren voor betrokkenheid ook in de ADL-zorg een belangrijke stap is in het betrekken van de zorgvrager bij het stellen van doelen, maken van afspraken en uitvoeren van de ADL-zorg. Dit omdat de voorkeuren en mogelijkheden voor betrokkenheid in de ADL-zorg afhankelijk zijn van de leeftijd of ernst van de medische situatie.
--------------------------------------	--

**DOEN****Aanbeveling 3**

Betrek de zorgvrager bij het stellen van ADL doelen door 3a) de (veranderende) drijfveren voor verandering op het gebied van ADL van de zorgvrager tijdens een (intake-)gesprek te inventariseren; 3b) de zorgvrager te informeren over zaken die vanuit professionele expertise belangrijk zijn rondom de ADL-zorg; en 3c) de ADL-doelen zo veel mogelijk samen met de zorgvrager te formuleren.

**a) Breng de (veranderende) drijfveren op het gebied van ADL waar mogelijk tijdens een (intake) gesprek met de zorgvrager in kaart.**

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Bespreek met de zorgvrager dat er binnen de ADL-zorg mogelijkheden zijn voor actieve betrokkenheid en maak duidelijk dat de zorgvrager een nadrukkelijke stem heeft in het vormgeven van zijn/haar ADL-zorg. Realiseer je dat de betrokkenheid, afhankelijk van de leeftijd of ernst van de medische situatie, verminderd kan zijn.
- ✓ Realiseer je dat sommige zorgvragers hun verhaal al heel vaak hebben moeten vertellen. Sta hierbij stil en controleer of belangrijke informatie niet al in het zorgplan staat. Bekijk het zorgplan en ga na of het zorgplan op het gebied van ADL-zorg nog actueel is. Win waar mogelijk informatie over het ADL functioneren in bij andere disciplines, waaronder de ergo- of fysiotherapeut(e).
- ✓ Ga waar mogelijk in gesprek met de zorgvrager en ga samen op zoek naar wat de zorgvrager graag wil bereiken op het gebied van ADL. Wat zijn de wensen en drijfveren? Stel gerichte vragen, vraag door en vat het verhaal van de zorgvrager samen. Kijk en luister actief naar de zorgvrager en gebruik je eigen zintuigen om de ADL-situatie van de zorgvrager te begrijpen. Wat zie, voel, ruik, hoor je?
- ✓ Draag door een positieve houding en een empathische benadering bij aan een sfeer waarin de zorgvrager open kan communiceren - ook over intieme en persoonlijke zaken op ADL-gebied.
- ✓ Waar nodig, ondersteun de zorgvrager om zijn of haar perspectief m.b.t. de huidige en gewenste situatie op ADL-gebied tot uiting te brengen door gerichte vragen en/of non-verbale communicatietechnieken. Raadpleeg waar nodig de betrokken mantelzorger(s) van de zorgvrager, maar doe dat steeds in afstemming met de zorgvrager.
- ✓ Weeg samen met de zorgvrager af in welke stappen hij/zij betrokken wil zijn en hoe hij/zij invloed kan uitoefenen op de manier waarop de zorg wordt ingericht en uitgevoerd. Respecteer de keuze van de zorgvrager en wees je ervan bewust dat deze voorkeuren gedurende het proces - of per dag - kunnen veranderen.
- ✓ Houd er rekening mee dat zorgvragers aanvankelijk de verantwoordelijkheid om zelf beslissingen te nemen kunnen weigeren of dat ze van gedachten kunnen veranderen als ze eenmaal op de hoogte zijn van het scala aan opties die beschikbaar zijn voor hen. Ben je ervan bewust dat zorgvragers ook ervoor kunnen kiezen om de verantwoordelijkheid wél bij de zorgverlener neer te leggen of dit op een later moment wel verantwoordelijkheid willen nemen of andersom.

**Onderbouwing**

Bij het stellen van doelen is het van belang om het perspectief van de zorgvrager als vertrekpunt te gebruiken. Hierbij hoort ook het in kaart brengen van de verwachtingen van de zorgvrager en zorgverlener vanuit het zorgvragersperspectief. Dit om te begrijpen wat de zorgvrager belangrijk vindt en graag wil en wat de wensen en drijfveren voor verandering zijn (Daniëls, Vogelzang, den

Boer, & de Booys, 2016). Dit doet de zorgverlener door de zorgvrager zo veel mogelijk te ondersteunen in het vertellen van zijn/haar verhaal door het toepassen van passende gesprekstechnieken (doorvragen, open vragen, samenvatten en in te gaan op de huidige en gewenste situatie (Daniëls et al., 2016). De zorgverlener gaat hier samen met de zorgvrager op zoek naar wensen voor verandering en de onderliggende drijfveren hiervan (Daniëls et al., 2016). Afhankelijk van de persoonlijk situatie van de zorgvragers kan het voorkomen dat zij niet bereid zijn om emotionele veranderingen of intieme details met een zorgverlener te delen (Tobiano et al., 2015). Een respectvolle benaderingswijze wordt hierin door zorgvragers gewaardeerd (Tobiano et al., 2015).

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep benoemt het belang van het grondig in kaart brengen van het perspectief van de zorgvrager. Vanuit het zorgvrager perspectief wordt aangevuld dat zorgverleners zich ervan bewust dienen te zijn dat de zorgvrager zijn/haar verhaal mogelijk al vaker heeft gedaan in het verleden en er mogelijk niet voor open staat om (weer) zijn/haar verhaal te doen. Hierbij adviseren de zorgvragers binnen de werkgroep om voor een gesprek of contactmoment met de zorgvrager eerst te achterhalen welke relevante informatie in het dossier (zorgplan) is vermeld en welke aanvullende informatie specifiek nodig is. De werkgroep maakt onderscheid tussen het voeren van gesprekken met zorgvragers en andere manieren om het perspectief van de zorgvrager in kaart te brengen. Aanvullend op gesprekken kunnen gerichte observaties met oprechte aandacht voor de zorgvrager helpen om de zorgvrager te begrijpen en zijn/haar situatie juist in te schatten. Gerichte observaties kunnen indien wenselijk ook in samenwerking met andere zorgverleners zoals een ergo en/of fysiotherapeut worden uitgevoerd. Met name wanneer er sprake is van cognitieve beperkingen, kunnen non-verbale uitingen – ook tijdens de ADL-zorgverlening – inzicht geven in de voorkeuren en wensen van de zorgvrager. Hierbij kan de zorgverlener zijn/haar eigen zintuigen gebruiken.

Tevens wordt door de werkgroep benadrukt, dat ook de naasten van zorgvragers een rol kunnen hebben in het informeren van zorgverleners over voorkeuren van zorgvragers over betrokkenheid bij en de invulling van ADL-doelen. De werkgroep benadrukt dat er in de ADL-zorg extra aandacht moet zijn voor de gewoontes van de zorgvrager. (Oude) gewoontes van de zorgvrager m.b.t. het uitvoeren van de ADL kunnen inzicht geven in de situatie die men (weer) wil bereiken.

### Conclusie:

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het inventariseren van wensen, gewoontes en drijfveren op ADL-gebied een belangrijke stap is voor het gezamenlijk stellen van ADL-doelen. Gezien het intieme karakter van ADL adviseert de werkgroep hiervoor een gesprek met de zorgvrager en een respectvolle benaderingswijze. Bij zorgvragers die zich verbaal niet goed kunnen uiten adviseert de werkgroep het raadplegen van naasten en/of het uitvoeren van gerichte observaties tijdens ADL-handelingen met gebruik van alle zintuigen om een inschatting te verkrijgen van de wensen, gewoontes en drijfveren op ADL-gebied.
--------------------------------------	---

### b) Informeer de zorgvrager over onderwerpen die vanuit professionele expertise van belang zijn voor de zorgvrager en zijn ADL-situatie

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Ga in het gesprek of contactmoment met de zorgvrager na of de zorgvrager behoefte heeft aan aanvullende informatie op het gebied van ADL-zorg. Informeer de zorgvrager over het doel van ADL-zorg in het algemeen, waaronder:

- Het vergroten van de zelfredzaamheid van de zorgvrager (bijvoorbeeld gericht op het weer kunnen terugkeren naar de thuissituatie na verblijf in het ziekenhuis of revalidatiecentrum en daar weer voor zichzelf te kunnen zorgen);
  - Het behoud van de zelfredzaamheid van de zorgvrager (bijvoorbeeld gericht op het (zo lang mogelijk) thuis blijven wonen en voor zichzelf kunnen zorgen);
  - Het vergroten van comfort van de zorgvrager (bijvoorbeeld gericht op het verminderen en/of voorkomen van pijn, ongemak, onrust, en vermoeidheid tijdens de ADL-zorg).
- ✓ Bespreek mogelijke voor- en nadelen van de ADL-doelen met de zorgvrager.
  - ✓ Houd bij het geven van informatie rekening met de leeftijd, geletterdheid, cultuur en taal van de zorgvrager en pas jouw benaderingswijze en de hoeveelheid van de informatie hierop aan.
  - ✓ Check of de zorgvrager de informatie heeft begrepen.

## Onderbouwing

Daniëls et al. (2016) bevelen aan dat de zorgverlener de zorgvrager, afgestemd op zijn/haar situatie, informeert over onderwerpen die vanuit zijn/haar perspectief voor deze zorgvrager van belang kunnen zijn (denk aan het omgaan met de aandoening of aanpassingen in de omgeving die nodig zijn). Hierbij is het belangrijk dat de zorgverlener nagaat of de zorgvrager behoefte heeft aan aanvullende informatie (Daniëls et al., 2016). Bij het informeren van de zorgvrager is het van belang dat de manier van informeren past bij de zorgvrager. Wanneer zorgverleners op een respectvolle en oprechte wijze informatie delen, zonder het gebruik van vaktermen en in een taal die aansluit bij de zorgvrager, verhoogt dit de betrokkenheid van de zorgvrager en voorkomt verwarring en onduidelijke verwachtingen (Tobiano et al., 2015). In het delen van informatie is het verder van belang om de benaderingswijze aan te passen aan de leeftijd, geletterdheid, cultuur en taal van de zorgvrager, zodat de informatie ook goed door de zorgvrager begrepen en toegepast kan worden (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018)

## Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep staat achter de in de literatuur gevonden bevindingen. Aanvullend geeft de werkgroep aan dat ADL-zorg in de praktijk meestal is gericht op één van de volgende drie doelstellingen:

- (1) Het vergroten van zelfredzaamheid (bijvoorbeeld gericht op het weer kunnen terugkeren naar de thuissituatie na verblijf in het ziekenhuis of revalidatiecentrum en daar weer voor zichzelf te kunnen zorgen);
- (2) Het behoud van zelfredzaamheid (bijvoorbeeld gericht op het (zo lang mogelijk) thuis blijven wonen en voor zichzelf kunnen zorgen) voor het gevoel van eigenwaarde/eigen regie en voorkomen van hospitalisatie na opname;
- (3) Het vergroten van comfort van de zorgvrager (bijvoorbeeld gericht op het verminderen en/of voorkomen van onrust, pijn, ongemak en vermoeidheid tijdens de ADL-zorg).

Volgens de werkgroep geeft de zorgverlener in het contact met de zorgvrager informatie over de voor- en nadelen van deze doelstellingen.

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het belangrijk is om de zorgvrager te informeren over de voor- en nadelen van verschillende ADL-doelen. Bij het informeren adviseert de werkgroep een respectvolle manier van communiceren in een taal die aansluit bij de leeftijd, geletterdheid, cultuur, taal van de zorgvrager.
-----------------------------------	---

## c) Stel en formuleer ADL-doelen in samenwerking met de zorgvrager

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Breng het perspectief van de zorgvrager en van de zorgverlener samen.

- ✓ Zoek bij een verschil in verwachtingen naar een compromis.
- ✓ Ondersteun de zorgvrager in het zo veel mogelijk zelf formuleren van doelen nadat jij naar zijn/haar behoeften hebt geluisterd.
- ✓ Maak een onderscheid tussen doelen voor korte en lange termijn. Bespreek vervolgens de haalbaarheid van de doelen op de korte en lange termijn met de zorgvrager (en/of zijn naasten) en waar mogelijk samen met andere disciplines.
- ✓ Bespreek welke rol en inzet van de zorgvrager nodig is om de doelen te behalen.
- ✓ Formuleer doelen expliciet SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgeboden).
- ✓ Bespreek hoe en wanneer deze doelen geëvalueerd worden.

### Onderbouwing

Tobiano et al. (2015) bevelen aan, om het bespreken en opstellen van doelen zo veel mogelijk samen met de zorgvrager uit te voeren. Ook de handreiking van Daniëls et al. (2016) raadt aan, om de zorgvrager duidelijk te betrekken in het opstellen van doelen. De persoonlijke doelen van de zorgvrager vormen het uitgangspunt voor persoonsgerichte zorg (Daniëls et al., 2016). In de handreiking wordt geadviseerd beide perspectieven samen te voegen nadat het perspectief van de zorgvrager in kaart is gebracht en de zorgverlener over de mogelijkheden heeft geïnformeerd. Tot slot dienen de doelen zo veel mogelijk SMART geformuleerd te worden (Daniëls et al., 2016).

### Overweging vanuit de werkgroep

De werkgroep adviseert op zoek te gaan naar een compromis wanneer de wensen en drijfveren van de zorgvrager op het gebied van ADL-zorg niet overeenkomen met de praktische uitvoerbaarheid van de doelen, bijvoorbeeld omdat er sprake is van neurologische en/of cognitieve problemen. Ook kunnen ARBO-regels of (lichamelijke/professionele) grenzen van de zorgverlener of beperkingen in de financiële vergoedingen de mogelijkheden van de zorgverlening beïnvloeden. Voor een realistisch verwachtingspatroon adviseert de werkgroep ook om een verschil te maken tussen korte en lange termijn doelen. Bij het formuleren van doelen geven zorgvragers (en hun vertegenwoordigers) in de werkgroep aan dat het vanuit het zorgvragersperspectief met name van belang is het gevoel te geven dat naar de behoeften en wensen is geluisterd en dat deze begrepen zijn. Oprechte aandacht voor de wensen en behoeften van de zorgvrager op het gebied van ADL-zorg is hierbij van essentiële waarde.

### Conclusie

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat ADL-doelen zo veel mogelijk samen met de zorgvrager moeten worden opgesteld. Deze doelen dienen zo veel mogelijk vanuit het perspectief van de zorgvrager te worden geschreven en SMART geformuleerd te worden.
-----------------------------------	--

#### Voorbeeld: Gezamenlijk (bij)stellen SMART doelen voor de korte en lange termijn:

Mevrouw Smits is alleenstaand en woont sinds een aantal weken weer thuis nadat zij in het ziekenhuis een nieuwe heup heeft gekregen. De operatie is nu 3 weken geleden en mevrouw ontvangt elke dag thuiszorg voor het aantrekken van steunkousen. Uit een gesprek met mevrouw blijkt dat zij het in principe prettig vindt om hulp te ontvangen bij het aantrekken van steunkousen. Mevrouw voelt zich echter ook bezwaard. Mevrouw Smits geeft aan liever niet meer afhankelijk te willen zijn van het rooster van de thuiszorgorganisatie zodat zij weer haar eigen gang kan gaan. Voor mevrouw staat dus het terugwinnen van haar eigen zelfredzaamheid centraal. Voor mevrouw Smits zou een SMART geformuleerde ADL-doelstelling er als volgt uit kunnen zien:  
Doel Mevrouw Smits: Ik wil binnen twee weken tijdens een ADL-zorgmoment beide steunkousen aan en uit kunnen doen zonder pijn.

S: Volledig zelfstandig aan- en uittrekken van beide steunkousen.

M: De zorgverlener kan door een observatie toetsen of dit lukt en of mevrouw geen pijn ervaart.

A: Mevrouw wenst haar eigen zelfstandigheid terug.

R: Afhankelijk van het beweegbeleid van de orthopeed.

T: Binnen 2 weken.

Tijdens het gesprek met mevrouw wordt echter duidelijk dat dit doel praktisch nog niet uitvoerbaar is i.v.m. het beweegbeleid van de orthopeed en fysiotherapeut in het ziekenhuis. Hieruit komt naar voren dat mevrouw de flexiebewegingen in de heup nog zeker 3 weken dient te vermijden. Samen met mevrouw Smits zoekt de zorgverlener naar een compromis. Na dit gesprek consulteert de zorgverlener ook de fysio- en ergotherapeut van mevrouw. De fysiotherapeut adviseert de zorgverlener over de juiste leefregels na een heupoperatie en de ergotherapeut adviseert waar nodig over hulpmiddelen die het aan en uittrekken van steunkousen kunnen vergemakkelijken.

Het bovenstaande doel zal een lange-termijndoel worden. Voor de korte termijn spreken ze met elkaar af om samen toe te werken naar het zelfstandig aantrekken van steunkousen binnen het voorgeschreven beweegbeleid. Deze kortetermijndoelstelling ziet er als volgt uit:

Doel Mevrouw Smits: Ik kan binnen nu en 3 weken tijdens een ADL-zorgmoment beide steunkousen vanaf kniehoogte over de bovenbenen trekken zonder mijn heup te buigen en pijn te ervaren.

S: Optrekken van de steunkousen over de bovenbenen vanaf kniehoogte. Zorgverlener trekt de steunkousen over de voeten en onderbenen.

M: De zorgverlener kan door een observatie toetsen of dit lukt en of mevrouw geen pijn ervaart.

A: Mevrouw werkt toe naar het zelfstandig aantrekken van steunkousen op de lange termijn.

R: Doelstelling past binnen het beweegbeleid van de orthopeed.

T: Binnen 3 weken.



**DOEN****Aanbeveling 4**

Betrek de zorgvrager in het maken van afspraken over ADL-zorgacties door 4a) te benadrukken dat de zorgvrager een stem heeft in de keuzes rondom ADL-zorg; 4b) deze opties te bespreken; en 4c) gezamenlijk zorgafspraken te maken.

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen een sleutelrol vervullen in het begeleiden en adviseren van zorgvragers in de te maken keuzes (Clark et al., 2009; Friesen-Storms, Bours, van der Weijden, & Beurskens, 2015; Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Verpleegkundigen en verzorgenden beïnvloeden met grote waarschijnlijkheid het zelfvertrouwen van zorgvragers en de bereidheid om zelf regie te nemen m.b.t. zelfmanagement (Clark et al., 2009). Deze keuzes zijn dus niet alleen medisch van aard, maar kunnen ook gericht zijn op dagelijkse beslissingen rondom ADL-zorg, zoals bij mensen met dementie (Davis, Ziomkowski, & Veltkamp, 2017). Daniëls, Vogelzang, den Boer, and de Booy (2016) beschrijven op basis van de principes van gezamenlijke besluitvorming (Elwyn et al., 2012) een aanpak om samen met de zorgvrager tot zorgafspraken te komen. Deze aanpak bestaat uit drie fasen: (1) het benadrukken dat er iets te kiezen valt, (2) het vragen naar en benoemen van de verschillende opties, waarbij ook de voor- en nadelen van alle opties worden besproken en (3) het nemen van een gezamenlijk besluit (Daniëls et al., 2016, p. 9).

**a) Benadruk dat de zorgvrager een keuze heeft in het maken van afspraken wat betreft de uitvoering van de te ontvangen ADL-zorg.**

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Herhaal de vastgestelde doelen van de zorgvrager.
- ✓ Leg uit dat er iets te kiezen valt. Het feit dat er iets te kiezen valt door de zorgvrager biedt ruimte en perspectief voor de zorgvrager.
- ✓ Maak hierbij duidelijk dat bij het kiezen van verschillende opties in de ADL-zorg de voorkeuren van de zorgvrager een belangrijke rol spelen.

**Onderbouwing**

Het benadrukken dat er iets te kiezen valt voor de zorgvrager is de eerste stap in het model van (Elwyn et al., 2012). Deze stap wordt ook in andere geïdentificeerde bronnen als belangrijke stap (h)erkend (Daniëls et al., 2016; Friesen-Storms et al., 2015). Dit wordt in de literatuur ook “the choice talk” genoemd, die helpt om het probleem voor de zorgvrager verder te definiëren en gezamenlijk toe te werken naar oplossingsrichtingen (Friesen-Storms et al., 2015). De voorkeuren van de zorgvrager vormen hierin het vertrekpunt voor de te maken keuzes over zorgafspraken, waarbij het van belang is te benadrukken dat er iets te kiezen valt (Daniëls et al., 2016).

**Conclusie:**

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het benadrukken dat de zorgvrager een keuze heeft in het maken van ADL-zorgafspraken bijdraagt aan de betrokkenheid van de zorgvrager bij het maken van ADL-zorgafspraken.
--------------------------------------	---

**b) Bespreek de verschillende opties die er zijn om de ADL-zorg in te richten met de zorgvrager**

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Geef de zorgvrager de ruimte om zijn/haar wensen en voorkeuren voor zorgopties te uiten en neem deze serieus. Vraag de zorgvrager naar eigen ideeën voor zorgacties en ondersteun waar mogelijk bij het formuleren hiervan.
- ✓ Informeer de zorgvrager waar nodig over de ADL specifieke thema's zoals: de inzet van hulpmiddelen, risico's op het gebied van mobiliteit, voeding, huidverzorging en de rol van andere disciplines in de ADL-zorg (ergotherapie, fysiotherapie). Bespreek de voor- en nadelen en risico's van alle opties (ook buiten de eigen voorkeur). Bijvoorbeeld: Wat zijn voor- en nadelen van wassen in bed? Wat zijn voor en nadelen van gebruik van bepaalde hulpmiddelen? Wat zijn voor en nadelen van het zo veel mogelijk ADL-deelactiviteiten uitvoeren?

### Onderbouwing

In de handreiking van Daniëls et al. (2016) wordt na het benadrukken van het feit dat er iets te kiezen valt, aangeraden om te vragen naar de opties die de zorgvrager zelf ziet en daarnaast ook vanuit het perspectief van de zorgverlener de verschillende opties te benoemen. Dit is een randvoorwaardelijk onderdeel voor de volgende stap in het gezamenlijk tot zorgafspraken te komen (Daniëls et al., 2016). Hierbij wordt de zorgvrager gevraagd naar eigen ideeën over mogelijke zorgacties en wordt door de zorgverlener geïnformeerd over passende mogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan (Daniëls et al., 2016).

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep beveelt aan om de zorgvrager over de ADL specifieke thema's te informeren, waaronder de inzet van hulpmiddelen, risico's op het gebied van mobiliteit, voeding, huidverzorging en de rol van andere disciplines in de ADL-zorg (bijvoorbeeld ergotherapie en fysiotherapie). De werkgroep adviseert dat zorgverleners in het informeren over en betrekken bij zorgacties ook over mogelijke andere zorgverleners en diensten informeren die buiten hun eigen professie voor de zorgvrager zinvol kunnen zijn, bijvoorbeeld ergotherapie en fysiotherapie.

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het benadrukken dat de zorgvrager een keuze heeft in het maken van ADL-zorgafspraken bijdraagt aan de betrokkenheid van de zorgvrager bij het maken van ADL-zorgafspraken.
--------------------------------------	---

### c) **Neem samen met de zorgvrager een besluit over de zorgacties en leg deze vast in het zorgplan.**

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Besluit samen over opties en de acties die erbij horen.
- ✓ Ga na in hoeverre de af te spreken acties overeenkomen met de wensen en voorkeuren van de zorgvrager. Er kunnen zich altijd situaties voordoen waarin zorgvragers de acties te uitdagend vinden of deze acties niet aansluiten bij de verwachtingen. In beide gevallen dienen de doelen opnieuw bekeken en/of bijgesteld te worden of wordt gezocht naar een compromis.
- ✓ Overweeg ook om de mantelzorger, in afstemming met de zorgvrager, bij het maken van zorgafspraken te betrekken door na te gaan wat de wensen, verwachtingen en mogelijkheden van de mantelzorger zijn, om overbelasting te voorkomen. Hanteer in het gesprek met de mantelzorger een flexibele houding.
- ✓ Leg de afspraken vast in het zorgplan en vermeld wie verantwoordelijk is voor welke acties. Belangrijk bij het maken van deze afspraken is het plannen van een moment waarop deze afspraken geëvalueerd en waar nodig herzien worden.

### Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op de principes van Daniëls et al. (2016). Met de eigen voorkeuren van de zorgvrager als uitgangspunt, aangevuld met de besproken opties, neemt de zorgvrager

gezamenlijk met de zorgverlener een besluit over de uit te voeren zorgacties. Belangrijk in het maken van deze afspraken is het plannen van een moment wanneer deze afspraken worden geëvalueerd en waar nodig herzien. (Daniëls et al., 2016). Het samen vastleggen van zorgafspraken is onderdeel van de verpleegkundige verslaglegging en wordt opgenomen in het zorgplan, dat ook zoveel mogelijk met de zorgvrager kan worden uitgevoerd om de betrokkenheid te vergroten, bijvoorbeeld door overdracht aan bed (Tobiano et al., 2015).

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep vult op basis van praktijkervaring aan dat zich praktijksituaties kunnen voordoen waarin zorgvragers de acties (te) uitdagend vinden of deze acties niet (meer) aansluiten bij de verwachtingen. In het bespreken van mogelijke zorgacties adviseert de werkgroep om te streven naar een balans tussen de voorkeuren van de zorgvrager en de praktische uitvoerbaarheid. Verschillen in verwachtingen dienen bespreekbaar gemaakt te worden. In dit geval worden de doelen of mogelijke afspraken opnieuw bekeken en waar nodig bijgesteld. De werkgroep vult aan dat het bij het formuleren en vastleggen van zorgafspraken belangrijk is om te vermelden wie verantwoordelijk is voor de gemaakte afspraken en deze dient uit te voeren.

### Conclusie

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het gezamenlijk besluiten over zorgafspraken bijdraagt aan de betrokkenheid van de zorgvrager in het maken van ADL-zorgafspraken. Het vastleggen van deze afspraken en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze afspraken in het zorgplan is hierbij een belangrijk onderdeel.
--------------------------------------	--

## DOEN

### Aanbeveling 5

Betrek de zorgvrager bij het uitvoeren en evalueren van de uitgevoerde ADL-zorgacties.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Zorg dat alle afgesproken acties belegd worden bij de verantwoordelijke personen.
- ✓ Betrek de zorgvrager bij elk contact- en zorgmoment in het uitvoeren van de gemaakte afspraken. Betrek - ook zorgvragers met cognitieve beperkingen zoals dementie - bij dagelijkse beslissingen m.b.t. de ADL, bijvoorbeeld: welke kleren wil men aan, wat kan iemand zelf doen?
- ✓ Draag zorg voor een flexibele houding. Ondanks de afgesproken acties heeft de zorgvrager niet elke dag hetzelfde nodig. In de ADL-zorg is het inspelen op de situatie van de zorgvrager op het moment van zorgverlening belangrijk, om een voor de zorgvrager passende vorm van betrokkenheid te realiseren.
- ✓ Waak bij het maken van dagelijkse keuzes voor het zelf invullen van de voorkeuren van de zorgvrager. Het invullen van voorkeuren kan ten koste gaan van de door de zorgvrager ervaren autonomie, betrokkenheid en eigen regie. Reflecteer en evalueer na verloop van tijd met de zorgvrager over de voortgang en stel eventueel samen doelen en acties bij.
- ✓ Evalueer hoe de acties verlopen zijn en in hoeverre deze hebben bijgedragen aan het bereiken van het vastgestelde doel.

### Onderbouwing

Uit het uitgevoerd literatuuronderzoek van (Davis et al., 2017) blijkt dat bijvoorbeeld mensen met dementie in een vroeg stadium juist een stem hebben in de dagelijkse keuzes wat betreft hun persoonlijke ADL-zorg. Het onderzoek van Davis et al. (2017) beschrijft dat mensen met dementie in een vroeg stadium over het algemeen betrokken kunnen worden bij keuzes die in de directe zorgcontext plaatsvinden of ingebed zijn in een natuurlijke conversatie. Hierbij gaat het om het aangeven van eigen waarden en voorkeuren bij keuzes, zoals welke kleren men aan wil of wanneer men wil eten? (Davis et al., 2017). De zorgverlener schat hierbij bij elk zorgmoment opnieuw in wat de mogelijkheden voor betrokkenheid bij de dagelijkse keuzes kunnen zijn (Davis et al., 2017). Juist in de dagelijkse keuzes zou de zorgverlener ervoor moeten waken om op basis van eigen voorkeuren of invulling van de voorkeuren van de zorgvrager keuzes te maken voor de zorgvrager (Davis et al., 2017). Het invullen van voorkeuren kan volgens Davis et al. (2017) ten koste gaan van de ervaren autonomie, betrokkenheid en eigen regie van de zorgvrager met dementie in een vroeg stadium. De besluitvorming van mensen met dementie zou versterkt kunnen worden door gebruik te maken van technieken, zoals onderhandelen, compromissen sluiten, keuzes vereenvoudigen, visuele hulpmiddelen gebruiken (talking-mats), meer tijd geven voor een keuze en het echt kennen van de zorgvrager. Een verbeterde communicatie en dieper begrip kunnen de besluitvorming bij mensen met dementie te verbeteren (Davis et al., 2017).

Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat de afspraken in de praktijk afhankelijk van de dagelijkse situatie niet haalbaar zijn, of toch anders zijn dan verwacht, kunnen deze worden herzien of door de zorgverlener anders worden ingevuld (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Ook Daniëls et al. (2016) benadrukken het belang van een op de zorgvrager individueel afgestemde evaluatie van deze zorgafspraken. Onderdeel van deze evaluatie is het bepalen hoe de acties verlopen zijn en in hoeverre deze hebben bijgedragen aan het bereiken van het vastgestelde doel. Afhankelijk van de ervaring van de zorgvrager worden deze acties samen met de zorgvrager bijgesteld.

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep benadrukt dat de zorgvrager bij het maken van afspraken een professionele inschatting dient te maken t.a.v. de haalbaarheid van deze afspraken gebaseerd op de huidige situatie en voorkeuren van de zorgvrager op dat moment. In samenspraak met de zorgvrager kan van deze afspraken (altijd) worden afgeweken. Deze afwijkingen dienen in de verslaglegging

genoteerd te worden. Wanneer zorgafspraken in de praktijk worden uitgevoerd, is volgens de werkgroep een flexibele houding van de zorgverlener belangrijk. Ondanks de afgesproken en vastgelegde acties heeft de zorgvrager niet elke dag hetzelfde nodig. In de ADL-zorg is het inspelen op de situatie van de zorgvrager op het moment van zorgverlening belangrijk, om een voor de zorgvrager passende vorm van betrokkenheid te realiseren. De werkgroep beveelt aan om na verloop van tijd met de zorgvrager de voortgang te evalueren en de doelen en zorgafspraken waar nodig bij te stellen. Belevingsgericht werken wordt door de werkgroep als aanvullende techniek genoemd, om bijvoorbeeld zorgvragers met dementie te betrekken bij dagelijkse ADL-keuzes.

### Conclusie

Niveau 4: Meningen van experts	De werkgroep is van mening dat het betrekken van de zorgvrager in de uitvoering van de ADL-zorgacties van essentieel belang is. De werkgroep adviseert sterk om de zorgacties - ondanks de gemaakte en vastgelegde zorgafspraken - aan te laten sluiten bij de situatie van de zorgvrager op dat moment. Aanvullend is de werkgroep van mening dat het betrekken van de zorgvrager bij dagelijkse keuzes, zoals het uitzoeken van kleren en het aangeven hoe de zorgvrager verzorgd wil worden, een aan te bevelen strategie is om de betrokkenheid van de zorgvrager in de ADL-zorg te vergroten.
--------------------------------------	--



# **Uitgangsvraag 2**

**Hoe kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht en welke valide en betrouwbare instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?**

**december 2022**

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Wanneer mensen niet meer in staat zijn om hun ADL-activiteiten zelfstandig uit te voeren, ontstaat vaak een ADL-zorgvraag. Deze zorgvraag is vaak aanleiding en vertrekpunt voor de inzet van zorg. Als zorgverlener kun je de zorgvraag die ontstaat vanuit een ADL-zorgbehoefte op verschillende manieren in kaart brengen. Het verzamelen van gegevens begint meestal bij de intake, maar is een continu proces. Tijdens de gegevensverzameling krijg je als zorgverlener inzicht in die aspecten waarvoor ondersteuning nodig is. Als zorgverlener ondersteun je de zorgvrager op verschillende vlakken. Je brengt subjectieve, objectieve en contextuele gegevens in kaart (V&VN, 2020b). Ook andere disciplines, waaronder fysio- of ergotherapeuten, brengen relevantie ADL-gegevens in kaart die een waardevolle toevoeging kunnen zijn. Denk hierbij aan conclusies uit observaties van ADL of mobiliteitsassessments. Juist wanneer je de combinatie van deze gegevens inventariseert én vastlegt, ontstaat er een holistisch en compleet beeld van de ADL-zorgvraag.

### Onderliggende knelpunten:

Uit de voor deze standaard uitgevoerde knelpuntenanalyse blijkt dat de zorgvraag rondom ADL onvoldoende in kaart wordt gebracht. Het doel van deze uitgangsvraag is het aanreiken van handvatten om de ADL-zorgvraag in kaart te brengen. Hierbij gaat het om het in kaart brengen van subjectieve, objectieve en contextgegevens.

### Uitgangsvraag 2

Deze uitgangsvraag biedt handvatten voor zorgverleners om de ADL-zorgvraag in kaart te brengen. In deze uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende vraag: **“Hoe kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht en welke valide en betrouwbare instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?”**

# Aanbevelingen

## Uitgangsvraag 2; Aanbevelingen op een rij

### DOEN

#### Aanbeveling 1: DOEN

Breng de ADL-gerelateerde gewoontes en ervaren klachten (subjectieve gegevens) van de zorgvrager tijdens een (intake-) gesprek in kaart en leg deze vast in het zorgdossier.

#### Aanbeveling 2: DOEN

De Barthel index (BI); Gebruik de Barthel Index (BI) om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Heb bij het interpreteren van de scores van de BI aandacht voor de plafondeffecten. Wanneer zorgvragers bij intake bijvoorbeeld al hoog op de BI scoren kan de meetbare vooruitgang beperkt zijn omdat de maximaal haalbare score dan bereikt wordt (plafondeffect). Leg de score vast in het zorgdossier.

#### Aanbeveling 5: DOEN

De Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER); Het gebruik van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) wordt aanbevolen om de mate van ADL-zelfstandigheid van revaliderende zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Leg de score vast in het zorgplan.

#### Aanbeveling 8: DOEN

Breng door middel van een gesprek met de zorgvrager en gerichte observaties van de woonomgeving de sociale en fysieke omgeving van de zorgvrager (contextgegevens) in kaart en leg deze vast in het zorgplan.

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 3: OVERWEEG

De Katz-6 schaal en de Katz-10 schaal; Het gebruik van de Katz -schaal kan overwogen worden om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de beperkte mate van validiteit en betrouwbaarheid en de onduidelijkheid over responsiviteit en interpreteerbaarheid

#### Aanbeveling 4: OVERWEEG

De Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS); Het gebruik van de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) ADL-subschaal kan overwogen worden om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Leg de score vast in het zorgdossier.

#### Aanbeveling 7: OVERWEEG

De Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL)-scorelijst; Overweeg het gebruik van de PDL-scorelijst - ondanks het feit dat er geen gegevens beschikbaar zijn over de psychometrische eigenschappen - om de zorgzwaarte van zorgvragers op ADL-activiteiten te bepalen en om na te gaan of volledige of gedeeltelijke overname van zorg op basis van de PDL-methode is geïndiceerd. Leg de PDL-score vast in het zorgplan.



## **Aanbeveling 6: OVERWEEG**

De Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus) / Vragenlijst Dagelijks Functioneren HAQ-DI / VDF): Het gebruik van de HAQ-DI kan overwogen worden om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de beperkte mate van validiteit en betrouwbaarheid en de onduidelijkheid over responsiviteit en interpreteerbaarheid.

## **NIET DOEN**

De nadere toelichting en uitwerking van de aanbevelingen volgen onderstaand/hierna.

## Deel 1 Subjectieve gegevens

Subjectieve gegevens zijn klachten en symptomen die de zorgvrager ervaart. Met name in de ADL-zorg is het belangrijk om het perspectief van de zorgvrager op de ervaren klachten en problemen in kaart te brengen om tot een holistische beschrijving van de zorgvraag te komen.

### Werkwijze Deel 1: Subjectieve gegevens

In deel 1 van deze uitgangsvraag wordt stilgestaan bij de subjectieve gegevens van de zorgvraag. De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging beschrijft subjectieve gegevens als klachten en symptomen die de zorgvrager ervaart. Samen met de werkgroep is onderstaande aanbeveling geformuleerd die handvatten geeft over hoe de subjectieve gegevens van de zorgvraag op het gebied van ADL kunnen worden verzameld.

**DOEN****Aanbeveling 1**

Breng de ADL-gerelateerde gewoontes en ervaren klachten (subjectieve gegevens) van de zorgvrager tijdens een (intake-) gesprek in kaart en leg deze vast in het zorgdossier.

Dit kan worden bereikt met de volgende aanpak:

- Sta in het gesprek stil bij de ADL-gewoontes van de zorgvrager. Inventariseer hiervoor hoe iemand gewend is/was om de ADL-handelingen uit te voeren. Bijvoorbeeld: hoe en waar was iemand gewend om zich te wassen of douchen, en welke materialen zijn hiervoor gebruikt?
- Inventariseer op welk gebied de zorgvrager moeilijkheden ervaart en welke klachten hierbij komen kijken. Sta stil bij wat de zorgvrager voelt en ervaart en waar iemand tegenaan loopt.
- Leg deze gegevens vast in het zorgplan van de zorgvrager.
- Betrek in overleg met de zorgvrager ook de mantelzorg in dit gesprek voor aanvullende informatie over bovenstaande aspecten.

**Onderbouwing vanuit de literatuur**

De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging beschrijft subjectieve gegevens als klachten en symptomen die de zorgvrager ervaart. Deze gegevens worden veelal verzameld door middel van een gesprek met de zorgvrager en/of zijn naasten. Uiteindelijk worden deze gegevens vastgelegd in het zorgdossier van de zorgvrager om tot een verpleegkundige diagnose (probleembeschrijving) te komen.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep geeft aan dat het op ADL-zorggebied met name belangrijk is om erachter te komen wat de gewoontes van de zorgvrager zijn/waren en hoe deze zich verhouden tot de huidige problemen die zich in de daadwerkelijke uitvoering van de ADL bij de zorgvrager voordoen. Door middel van een gesprek met de zorgvrager of zijn/haar naaste(n) kan men bijvoorbeeld ook gewoontes van de zorgvrager achterhalen. Hoe een zorgvrager gewend is om zich bijvoorbeeld te wassen of te douchen is bepalend voor de door de zorgverlener in te zetten acties en een belangrijk uitgangspunt. Deze gewoontes zijn onderdeel van de subjectieve gegevens die geïnventariseerd worden als basis voor de te leveren zorg. Naast de gewoontes worden de problemen, die de zorgvrager zelf in zijn/haar eigen zelfzorg ervaart, besproken en in het zorgplan genoteerd. Waar loopt de zorgvrager zelf tegenaan? Welke klachten of problemen doen zich voor in de uitvoering van ADL (bijvoorbeeld onzekerheid, pijn, moeheid)? Deze subjectieve gegevens worden door de zorgverlener vastgelegd in het zorgplan en zijn mede met de objectieve gegevens leidend voor de verpleegkundige diagnose.

Voorbeeld van ADL-specifieke subjectieve gegevens: Mevrouw Jansen, 82 jaar, met sarcopenie. Mevrouw voelt zich vermoeid en eenzaam (klachten/gevoel). Ze merkt dat ze steeds meer moeite heeft om zich zelfstandig te verzorgen, ze geeft aan steeds moeilijker rechtop te komen bij het opstaan vanuit het toilet of een stoel en dat het aankleden steeds meer moeite kost (symptomen). Na het wassen en aankleden in de ochtend moet mevrouw tot een half uur rusten voordat zij verder haar gebruikelijke dagritme kan oppakken. Zij voelt zich machteloos en is met name bij in en uit bad stappen bang om te vallen (gevoel).

## Conclusie

### NIVEAU 4: MENINGEN VAN EXPERTS

De werkgroep is van mening dat het in kaart brengen van de subjectieve gegevens door een (intake-)gesprek essentieel onderdeel uitmaakt van het in kaart brengen van de zorgvraag. Belangrijke ADL-relevante subjectieve gegevens zijn: problemen die de zorgvrager zelf ervaart in de ADL-zorg, ADL-gewoontes en wat de zorgvrager belangrijk vindt in de uitvoering van de ADL-zorg.

## Deel 2: Objectieve gegevens

Het vermogen ADL-activiteiten uit te voeren is mede afhankelijk van cognitieve (bijvoorbeeld redeneren, plannen), motorische (bijvoorbeeld evenwicht, behendigheid) en perceptuele (waaronder zintuiglijke) vaardigheden van de zorgvrager en zijn of haar naasten. Het is daarom van belang om deze vaardigheden inzichtelijk te maken door het vaststellen van de ADL-zelfstandigheid van de zorgvrager door gebruik te maken van specifieke ADL-meetinstrumenten. De resultaten die voortkomen uit de toepassing van deze meetinstrumenten kunnen helpen om een duidelijk beeld van de ADL-zorgvraag te krijgen. Vervolgens kunnen acties worden ingezet die aansluiten op de daadwerkelijke zorgvraag. Tevens helpt het vaststellen van de ADL-zelfstandigheid ook om na een bepaalde periode eventuele voor- of achteruitgang inzichtelijk te maken. Op deze wijze kan de informatie gebruikt worden voor periodieke evaluaties van de ADL-zorg. Deel twee van deze uitgangsvraag bevat aanbevelingen over zes meetinstrumenten die de ADL-zelfstandigheid (objectieve gegevens) in kaart brengen. Deze instrumenten zijn:

- (1) Barthel index
- (2) Katz-Schaal
- (3) Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS)
- (4) Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus)/ Vragenlijst Dagelijks Functioneren HAQ-DI/ VDF)
- (5) Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER)
- (6) PDL-scorelijst

Voorbeeld van ADL-specifieke objectieve gegevens: Mevrouw Janssen, 82 jaar, met sarcopenie.

De zorgverlener neemt een Barthel index bij mevrouw af. Zij scoort 14/20 punten op de Barthel Index, waaruit blijkt dat er enige hulpvraag op ADL-gebied ligt, maar dat mevrouw nog veel zelf kan uitvoeren. Tijdens de observatie valt de zorgverlener op dat mevrouw moeite heeft om haar evenwicht te bewaren wanneer ze op een been moet staan. Dit maakt met name het in en uit bad stappen minder gemakkelijk voor mevrouw, met enig risico op vallen.

### Werkwijze: Deel 2 Objectieve gegevens

De in deze uitgangsvraag uitgewerkte aanbevelingen zijn het resultaat van uitkomsten uit de wetenschappelijke literatuur, gecombineerd met expertise en praktijkervaringen uit de werkgroep. Op basis van de Nederlandse website meetinstrumentenindezorg.nl, de bestaande literatuur en de werkgroep zijn we tot een selectie van generieke meetinstrumenten gekomen die bruikbaar zijn om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers in kaart te brengen. De kwaliteit van deze meetinstrumenten is vervolgens nader bepaald door een literatuuronderzoek uit te voeren naar de psychometrische eigenschappen van deze Nederlandstalige meetinstrumenten. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de COSMIN-taxonomie om de informatie van de meetinstrumenten te ordenen en de waardes van de psychometrische eigenschappen te duiden (Mokkink et al., 2018). Aanvullend zijn de ervaringen van de werkgroep omtrent de hanteerbaarheid en praktische bruikbaarheid van deze instrumenten in de ADL-zorg toegevoegd aan de overwegingen. In deze uitgangsvraag is gekeken naar de volgende psychometrische eigenschappen van meetinstrumenten gebaseerd op de COSMIN Taxonomie (Mokkink et al., 2018). Tabel 3 is geen weergave van alle psychometrische eigenschappen, maar bevat de psychometrische eigenschappen die in deze uitgangsvraag aan bod komen

Tabel 3: Psychometrische eigenschappen beschreven in deze Uitgangsvraag (Mokkink et al., 2018)

DOMEIN	PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAP
<b>Validiteit</b>	Inhoudsvaliditeit: Bij de ontwikkeling van een meetinstrument wordt de inhoudsvaliditeit meestal

<p>De validiteit van een meetinstrument beschrijft de mate waarin een meetinstrument daadwerkelijk meet wat je beoogt te meten. In dit geval gaat het om het concept ADL-zelfstandigheid. Er zijn verschillende vormen van validiteit, waaronder inhouds-, criterium- en constructvaliditeit.</p>	<p>getoetst door te onderzoeken of de inhoud van het meetinstrument relevant, volledig en begrijpelijk is voor de beoogde doelgroep.</p> <p>Constructvaliditeit: Deze vorm van validiteit gaat na of de scores van een meetinstrument consistent zijn met vooraf opgestelde hypothesen over de samenhang met de scores van andere meetinstrumenten, die bijvoorbeeld vergelijkbare of tegenovergestelde constructen meten.</p> <p>Criteriumvaliditeit: De criteriumvaliditeit beschrijft de mate waarin het meetinstrument daadwerkelijk ADL-zelfstandigheid meet aan de hand van de gouden standaard.</p>
<p><b>Betrouwbaarheid</b> Bij betrouwbaarheid van meetinstrumenten gaat het om de mate waarin de meting vrij is van meetfouten.</p>	<p>Interne consistentie: Interne consistentie beschrijft de mate van onderliggende samenhang van items.</p> <p>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid beschrijft de mate van overeenstemming van scores tussen verschillende beoordelaars.</p> <p>Test-hertestbetrouwbaarheid: Deze vorm van betrouwbaarheid beschrijft de mate van overeenstemming tussen verschillende meetmomenten van dezelfde respondenten.</p>
<p><b>Responsiviteit</b> Responsiviteit verwijst naar het vermogen van een meetinstrument om verandering in de tijd te detecteren.</p>	
<p><b>Andere karakteristieken van meetinstrumenten</b></p>	
<p><b>Interpreteerbaarheid</b> Interpreteerbaarheid is de mate waarin men in de praktijk betekenis kan geven aan de scores of de verandering hiervan. Interpreteerbaarheid wordt niet geschaald onder de psychometrische eigenschappen van meetinstrumenten, maar wel gezien als belangrijk kenmerk van het instrument.</p>	<p>Vloer en plafondefecten: Deze effecten ontstaan wanneer een groot deel van de respondenten heel hoog scoort op de schaal (plafondefect) of heel laag (vloereffect).</p> <p>Minimaal klinisch relevante verschilwaarden (MIC's): Een ander onderdeel van interpreteerbaarheid is de interpreteerbaarheid van veranderingsscores door het rapporteren van minimaal klinisch relevante verschilwaarden.</p>
<p><b>Hanteerbaarheid</b></p>	<p>De hanteerbaarheid heeft te maken met de praktische uitvoerbaarheid. Hieronder vallen: benodigdheden, duidelijke handleiding, haalbare afnameduur, uitvoerbare scoring, et cetera. Deze aspecten zijn samen met de werkgroep besproken.</p>

**DOEN****Aanbeveling 2**

De Barthel index (BI); Gebruik de Barthel Index (BI) om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Heb bij het interpreteren van de scores van de BI aandacht voor de plafondeffecten. Wanneer zorgvragers bij intake bijvoorbeeld al hoog op de BI scoren kan de meetbare vooruitgang beperkt zijn omdat de maximaal haalbare score dan bereikt wordt (plafondeffect). Leg de score vast in het zorgdossier.

**Beschrijving van het instrument ; Doel/achtergrond**

De Barthel Index (BI) brengt de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart. Hiermee wordt bedoeld de mate van fysieke of verbale ondersteuning die een zorgvrager nodig heeft om zijn/haar ADL uit te voeren. Er bestaan verschillende versies van de BI. De oorspronkelijke Engelstalige versie van de BI is ontwikkeld door Mahoney en Barthel (1965) en is bedoeld voor personen met neurologische of musculoskeletale aandoeningen die neurorevalidatie ondergaan. Deze oorspronkelijke Engelstalige versie BI bestaat uit 10 items waarbij de focus ligt op de daadwerkelijke uitvoering van de ADL-activiteiten in de afgelopen 24-48 uur. De totaalscore kan variëren tussen de 0 en 100. In 1988 is een aangepaste versie van de BI ontwikkeld door Collin, Wade, Davies, en Horne (1988b). Collin et al. (1988b) hebben aanpassingen doorgevoerd in de score van de BI die kan variëren van 0 tot 20. Een hoge score duidt op een hoge mate van ADL-zelfstandigheid. Sinds de eerste publicatie van de BI in 1965 zijn de psychometrische eigenschappen van de BI frequent onderzocht. Met name voor de originele Engelstalige versie van Mahoney and Barthel is onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid. Systematische literatuurstudies bevestigen de kwaliteit van de Engelstalige BI versie van Collin et al. (1988b) wat betreft validiteit en betrouwbaarheid in geval van afname bij kwetsbare ouderen (Hopman-Rock, van Hirtum, de Vreede, & Freiberger, 2019; Pashmdarfard & Azad, 2020) en een goede interbeoordelaars-betrouwbaarheid bij afname bij zorgvragers met een CVA (Duffy, Gajree, Langhorne, Stott, & Quinn, 2013).

Op basis van de versie van Collin et al. (1988b) zijn twee Nederlandse versies ontwikkeld, waaronder de observatieversie van de BI, ontwikkeld door de Haan et al. (1993) en de interviewversie ontwikkeld door Post, Van Asbeck, Van Dijk, en Schrijvers (1995). Beide versies bevatten dezelfde 10 items en dezelfde manier van scoren. In de versie van Post et al. (1995) is de volgorde van de items aangepast en zijn de items geformuleerd als vragen voor de zorgvrager. Ook het item ‘transfer’ is in de interview versie van Post et al. (1995) gespecificeerd als ‘transfer van bed naar rolstoel en omgekeerd. Bovenstaande aanbeveling heeft betrekking op de versies ontwikkeld door Post et al. (1995) en de observatieversie ontwikkeld door de Haan et al. (1993).

**Afname**

De Barthel Index kan door een zorgverlener worden afgenomen aan de hand van een semigestructureerd interview (Post et al. (1995) of observatie (de Haan et al. (1993). Aanvullend hierop is het mogelijk om de BI in te vullen op basis van de meest geschikte informatiebron. Deze informatiebron kan de zorgvrager zelf zijn, maar ook andere zorgverleners of de directe sociale omgeving van de zorgvrager zoals mantelzorgers, gezinsleden of vrienden. Per activiteit (item) wordt op basis van dit interview een score gegeven door de zorgverlener. De scores variëren van 0-1 op een 2-puntsschaal tot 0-3 op een 4-puntsschaal. Een hogere score duidt op een hogere mate van zelfstandigheid. Uiteindelijk worden alle scores bij elkaar opgeteld hetgeen de totaalscore bepaald. In beide versies, van Post et al. (1995) en de Haan et al. (1993) is de maximale score 20.

### Afnameduur

De BI interviewversie van Post et al. (1995) heeft een gemiddelde afnameduur van 2-5 minuten.

### Verkrijgbaarheid

De Barthel -index is verkrijgbaar op de website van meetinstrumentenzorg.nl.

<https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/Barthel-index-meetinstr.pdf>.

### Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is primair gekeken naar de eigenschappen van de Nederlandse versie van de BI als meetinstrument om de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart te brengen (de Haan et al., 1993; Post et al., 1995).

### Validiteit

Constructvaliditeit: Een goede mate van constructvaliditeit van de Engelstalige versie BI is beschreven in eerder onderzoek (Hartigan, 2007; Hsueh, Lee, & Hsieh, 2001).

Ook de Nederlandse versie van de BI is onderzocht voor de afname in de geriatrische revalidatie (Bouwstra et al., 2019) en voor afname bij mensen met een CVA (Post, Visser-Meily, & Gispén, 2002) en bij mensen met een dwarslaesie (Post et al., 1995).

De constructvaliditeit van de BI in de geriatrische revalidatie is door Bouwstra et al. (2019) onderzocht met behulp van een ‘confirmatory factoranalyse’ (CFA). De COSMIN hanteert bij een CFA de volgende criteria voor goede constructvaliditeit: een Comparative Fit index (CFI) van >0.95, een Tucker Lewis Index TLI >0.95 of een Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) van <0.06. De resultaten van de CFA van Bouwstra et al. (2019) bevestigen grotendeels de constructvaliditeit voor de afname bij zorgvragers in de geriatrische revalidatie (CFI = 0.96, TLI = 0.95, RMSEA = 0.12).

De constructvaliditeit van de BI voor afname bij mensen met een CVA is onderzocht in de studie van Post, Visser-Meily, and Gispén (2002). Hiervoor is onderzocht in hoeverre de BI samenhangt met vergelijkbare instrumenten. In het kader van samenhang tussen meetinstrumenten beschouwt de COSMIN een correlatie van >0.70 als goed (Mokkink et al., 2018). De resultaten van Post et al. (2002) bevestigen een verwachte sterke samenhang van de BI met de Northwick Park Dependency Score (NPDS) (Spearman Bown  $r = -0.92^1$ ) van de BI in de afname bij mensen met een CVA.

Criteriumvaliditeit: De criteriumvaliditeit beschrijft de mate waarin het meetinstrument daadwerkelijk ADL-zelfstandigheid meet aan de hand van de gouden standaard (Mokkink et al., 2018).

In de studie van Post et al. (1995) is de hoogte en aanwezigheid van de laesie bij mensen met een dwarslaesie als criterium gebruikt om de samenhang met de BI te bepalen. In het kader van criteriumvaliditeit beschouwt de COSMIN een correlatie van 0.70 als goed (Mokkink et al., 2018). Uit de studie van Post et al. (1995) blijkt dat de score van de BI samenhangt met de hoogte van de dwarslaesie (Spearman Brown  $r = 0.69$ ), hetgeen de criteriumvaliditeit van de BI in de afname bij mensen met een dwarslaesie bevestigt.

### Betrouwbaarheid

Een hoge mate van betrouwbaarheid van de Engelstalige versies van BI is beschreven in de reviews van Hartigan (2007), Duffy et al. (2013) en Hopman-Rock et al. (2019).

---

<sup>1</sup> De Spearman Brown correlatiewaarde is negatief als gevolg van omgekeerde schalen: hogere BI-scores wijzen bijvoorbeeld op een lagere ADL, terwijl hogere NPDS-scores wijzen op een hogere mate van ADL-zelfstandigheid.



### Interne consistentie:

In de studie van Bouwstra et al. (2019) is de interne consistentie onderzocht voor de afname van de BI in de geriatrische revalidatie. De COSMIN-criteria voor goede interne consistentie beschouwen een Cronbachs alfa waarde van  $\geq 0.70$  als goed. Bouwstra et al. (2019) rapporteren een Cronbach's alfa van  $\alpha = 0.83$ . Er is dus sprake van een goede mate van interne consistentie van de BI bij afname in de geriatrische revalidatie.

Ook in de studie van Post et al. (1995) werd de interne consistentie van de BI onderzocht in de afname bij mensen met een dwarslaesie. Post et al. (1995) beschrijven een Cronbach's alfa van  $\alpha = 0.87$  wat duidt op een goede mate van interne consistentie van de BI bij afname bij mensen met een dwarslaesie.

### Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de BI is onderzocht in de studie van Bouwstra et al. (2019). Om te toetsen of meerdere zorgverleners in het afnemen van de BI bij een zorgvrager tot eenzelfde resultaat zouden komen werd de Interclasscorrelatie (ICC) tussen de verschillende beoordelaars berekend. De COSMIN-criteria voor goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid beschrijft een ICC van  $\geq 0.70$  als goed. Uit de studie van Bouwstra et al. (2019) blijkt dat er duidelijke overeenstemming (ICC agreement = 0.96,) was tussen de beoordelaars (n=37). Er is dus sprake van een zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de BI bij afname in de geriatrische revalidatie.

### **Responsiviteit**

Post et al. (2002) analyseerden de responsiviteit van BI door de verandering in scores tussen de BI en de Northwick Park Dependency Score (NPDS) tussen opname en ontslag met elkaar te vergelijken. De resultaten uit deze analyse laten een significante verandering van BI-scores voor en na opname voor revalidatie zien met een Z-waarde -4.20 (p=0.000). De BI lijkt hierin minimaal beter te scoren dan de NPDS met een Z-waarde van -4.06 (p=0.000). Er is dus sprake van een goede mate van responsiviteit van de BI voor de afname in de revalidatie bij mensen met een CVA. Echter dienen deze resultaten gezien de kleine steekproef van deze studie met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

### **Interpreteerbaarheid**

Vloer- en plafondeffecten: In de studie van (Bouwstra et al., 2019) is gekeken naar de vloer- en plafondeffecten door het percentage te berekenen van zorgvragers met de slechtst mogelijke score (0) aan het begin en het einde van hun revalidatieperiode. Het plafondeffect van de BI werd beoordeeld door berekening van het percentage patiënten met de hoogst mogelijke score (20) aan het begin en het eind van hun revalidatieperiode. Een significant vloer- of plafondeffect werd geacht aanwezig te zijn wanneer het percentage hoger was dan 15. Bouwstra et al. (2019) rapporteren de laagst mogelijke BI-score bij een zorgvrager (0.5%) op baseline en bij ontslag. Er lijkt dus geen sprake te zijn van een vloereffect. De hoogst mogelijke score werd gevonden bij 4 zorgvragers (2.2%) op baseline en bij 39 zorgvragers bij ontslag (22%). Bouwstra et al. (2019) rapporteren dat dit vanuit klinisch oogpunt geen probleem hoeft te zijn omdat de BI gericht is op het beoordelen van basis ADL-taken en niet van hogere functionele activiteiten. Bouwstra et al. (2019) geven echter ook aan dat men in de geriatrische revalidatie andere functionele metingen zou moeten gebruiken als men patiënten wil onderscheiden over het gehele bereik van fysiek functioneren. Er lijkt sprake te zijn van plafondeffecten van de BI bij afname in de geriatrische revalidatie.

Post et al. (1995) rapporteren een minimale BI score bij twee respondenten en de maximale score bij 53 (16.7%) van de zorgvragers met een dwarslaesie. Er lijkt sprake te zijn van plafondeffecten van de BI bij afname bij mensen met een dwarslaesie. Ook de studie van (Post et al., 2002) bevestigt de plafondeffecten van de BI bij afname bij mensen met een CVA.

**Overwegingen uit de werkgroep**

De werkgroep herkent de BI als een hanteerbaar instrument waarmee in de praktijk de ADL-zelfstandigheid in kaart wordt gebracht voor alle ADL-relevante doelgroepen en settingen. In de praktijk wordt de BI vaak met behulp van verschillende bronnen ingevuld (bijvoorbeeld dossieronderzoek, gesprekken, observaties, overleg met naasten en collega's uit andere disciplines). Het afnemen en scoren van de BI wordt door de werkgroep als haalbaar ervaren. Tegelijkertijd nuanceert de werkgroep dat de manier van scoren in de BI soms als 'zwart-wit' wordt ervaren. Door de bestaande score-categorieën lijkt de ruimte voor een genuanceerde scoring van de uitvoering van ADL beperkt. De BI lijkt dus - mede door de plafondeffecten - minder goed toepasbaar te zijn bij zorgvragers met een redelijk grote mate van ADL-zelfstandigheid. Wanneer er sprake is van plafondeffecten en zorgvragers bijvoorbeeld al op een hoog niveau scoren op de BI, dan kan overwogen worden om te kiezen voor een ander instrument, bijvoorbeeld de USER. Aanvullend geeft de werkgroep aan dat het item 'traplopen' ervoor kan zorgen dat zorgvragers niet de maximale score van de BI kunnen bereiken. Wanneer een zorgvrager geen trappen hoeft te lopen in zijn/haar omgeving (bijvoorbeeld bij een gelijkvloerse woning), scoort de zorgvrager op de BI per definitie slechter ondanks dat hij/zij geen beperkingen in ADL-zelfstandigheid hoeft te ondervinden. Om deze reden adviseert de werkgroep ook de scores van de BI altijd in de individuele context van de zorgvrager te duiden en samen met de intake en anamnese-gesprekken tot een holistische beschrijving van de zorgvraag te komen.

**Conclusie:**

+/+	<b>Validiteit</b> De Nederlandse versie van de BI heeft een goede mate van constructvaliditeit voor de afname bij zorgvragers in de geriatrische revalidatie (Bouwstra et al., 2019) en bij mensen met een CVA (Post et al., 2002).
+/+  +	<b>Betrouwbaarheid</b> <u>Interne consistentie:</u> De Nederlandse versie van de BI heeft een goede mate van interne consistentie bij afname in de geriatrische revalidatie (Bouwstra et al., 2019) en bij afname bij mensen met een dwarslaesie (Post, Van Asbeck, Van Dijk, & Schrijvers, 1995) <u>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:</u> Er is sprake van een zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de BI bij afname in de geriatrische revalidatie (Bouwstra et al., 2019).
+	<b>Responsiviteit</b> Er is sprake van een goede mate van responsiviteit van de BI voor de afname in de revalidatie bij mensen met een CVA (Post et al., 2002).
-	<b>Interpreteerbaarheid</b> Er lijkt sprake te zijn van de aanwezigheid van plafondeffecten bij afname van de BI in de geriatrische revalidatie (Bouwstra et al., 2019), bij mensen met en dwarslaesie (Post et al., 1995) en mensen met een CVA (Post et al., 2002).
+	<b>Hanteerbaarheid</b> De werkgroep beschouwt de BI als een hanteerbaar instrument op basis van de afnameduur, benodigdheden, beschikbaarheid van de handreiking en manier van scoring.

**OVERWEEG****Aanbeveling 3**

De Katz-6 schaal en de Katz-10 schaal; Het gebruik van de Katz -schaal kan overwogen worden om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de beperkte mate van validiteit en betrouwbaarheid en de onduidelijkheid over responsiviteit en interpreteerbaarheid

**Beschrijving van het instrument; Doel/achtergrond**

De Katz ADL-schaal is ontwikkeld om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers te beoordelen. De originele Katz-schaal is ontwikkeld door Katz en bestaat uit 6 ADL-aspecten die de mate van zelfstandig functioneren aangeven (S. Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). Sinds de eerste publicatie in 1963 is de Katz 6-schaal verschillende keren aangepast en vertaald. De originele Engelstalige versie van de Katz-6 is uitvoerig op validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit getest. Systematische literatuurstudies bevestigen de kwaliteit van de Engelstalige versie van de Katz-6 schaal wat betreft validiteit en betrouwbaarheid bij afname bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen (Hopman-Rock et al., 2019; Pashmdarfard & Azad, 2020) en zorgvragers met een CVA (Pashmdarfard & Azad, 2020).

In Nederland zijn drie versies van de Katz beschikbaar, een Katz-6, Katz-10 en Katz-15 schaal. Vergeleken met de Katz-6 heeft de Katz-10 schaal een item over het wassen van handen en gezicht. Het item voor mobiliteit “transfer van bed naar stoel” is vervangen door 3 andere items waaronder het “verplaatsen binnenshuis op gelijke vloer” , “verplaatsen buitenshuis” en “traplopen” . De Katz-15 schaal bevat naast ADL-items ook onderdelen van de Lawton-IADL schaal (Lawton & Brody, 1969). Door de focus op IADL valt deze Katz-15 buiten de scope van deze richtlijn.

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek voor de Nederlandstalige meetinstrumenten kon alleen informatie worden gevonden over de Katz 6-schaal (Reijneveld, Spijker, & Dijkshoorn, 2007) en de Katz-10 schaal(Laan et al., 2014) als interview of zelf-report versie.

**Afname**

Katz-6 schaal: Oorspronkelijk is de Katz-6 schaal ontwikkeld als observatieschaal waarin de zorgverlener op basis van uitgevoerde activiteiten de mate van ADL-zelfstandigheid scoort. De totaalscore van de Katz 6-Schaal varieert van A: Onafhankelijk voor de zes items; B: Afhankelijk voor 1 van de zes items; C: Afhankelijk voor wassen en 1 bijkomend item; D: Afhankelijk voor wassen, kleden en 1 bijkomend item; E: Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek en 1 bijkomend item; F: Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek, verplaatsen en 1 bijkomend item tot; G: Afhankelijk voor alle items 0 en 6 (S. Katz et al., 1963).

Katz-10 schaal: De Katz-10 schaal wordt door de zorgvrager zelf ingevuld waarbij hij/zij een inschatting geeft van zijn eigen functioneren. In de Katz-10 schaal versie wordt ook het aantal fysieke beperkingen geteld, wat een score van 0 tot 10 oplevert (Reijneveld et al., 2007).

**Afnameduur**

Katz-6 schaal: De website meetinstrumentenindezorg.nl geeft een indicatie voor een afnameduur van 5-10 minuten van de Engelstalige Katz 6-schaal bij zorgvragers in het ziekenhuis (Wallace & Shelkey, 2008).

Katz-10 schaal: Er is geen informatie getraceerd over de afnameduur van de Katz-10 schaal.

**Verkrijgbaarheid**

De Katz-6-schaal is beschikbaar via de website meetinstrumentenindezorg.nl.

### Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is uitsluitend gekeken naar de eigenschappen van de Nederlandse versie van de Katz 6-schaal (Reijneveld et al., 2007) en de Katz 10-schaal (Laan et al., 2014) als meetinstrument om de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart te brengen.

### Validiteit

De inhoudsvaliditeit wordt meestal bij ontwikkeling van een meetinstrument getoetst door te onderzoeken of de inhoud van het meetinstrument relevant, volledig en begrijpelijk is voor de beoogde doelgroep (Mokkink et al., 2018). De inhoudsvaliditeit van Nederlandse versie is niet aanvullend onderzocht.

Constructvaliditeit: Deze vorm van validiteit gaat na of de scores van een meetinstrument consistent zijn met vooraf opgestelde hypothesen over de samenhang met de scores van andere meetinstrumenten die bijvoorbeeld vergelijkbare of tegenovergestelde constructen meten (Mokkink et al., 2018). Een goede mate van constructvaliditeit van de Engelstalige versie van de Katz-schaal is beschreven in eerder onderzoek (Hopman-Rock et al., 2019).

Katz 6-schaal: In de studie van Reijneveld et al. (2007) is gekeken naar de constructvaliditeit van de Katz 6-schaal voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Hiervoor zijn de uitkomsten van de Katz 6-schaal vergeleken met andere negatieve gezondheidsuitkomsten. In het kader van samenhang tussen meetinstrumenten beschouwt de COSMIN een correlatiescore van  $>0.70$  als goed (Mokkink et al., 2018). Er werd een relatief lage samenhang gevonden met de SF-36 subschaal fysiek functioneren ( $r = -0.52$ ); de SF-36 subschaal mentaal functioneren ( $r = -0.27$ ), de SF-36 subschaal sociaal functioneren ( $r = -0.17$ ), de SF-36 subschaal vitaliteit ( $r = -0.37$ ), kwaliteit van leven gemeten met de EQ-5D ( $r = -0.46$ ) en kwetsbaarheid gemeten met de Frailty Index ( $r = 0.21$ )<sup>2</sup>. Gezien de gebruikte sub-schalen gedeeltelijk ook ADL-zelfstandigheid onafhankelijke constructen meten, lijkt de beperkte samenhang tussen ADL-zelfstandigheid verwacht. De constructvaliditeit van de Nederlandse versie van de Katz-6 schaal bij thuiswonende kwetsbare ouderen is voldoende aangetoond.

Katz-10 schaal: De constructvaliditeit van de Nederlandstalige versie van de Katz 10-schaal is onderzocht in de studie van Laan et al. (2014). In deze studie is bij Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouderen gekeken of de uitkomsten van de Katz 6-schaal overeenkomen met vijf andere meetinstrumenten. Uit de uitgevoerde analyse blijkt dat de scores op de Katz 6-schaal in beperkte mate samenhangen met de uitkomsten van twee (gedeeltelijk) overeenkomstige instrumenten, namelijk de mobiliteits-subschaal van de Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) indicator (Spearman Brown correlatiecoëfficiënt: 0,64) en de subschaal fysiek functioneren van de SF-36 Health survey (Spearman Brown:  $r = 0,60$ ). Er is een matige samenhang met drie andere metingen: CES-D depressieve symptomen (Spearman Brown:  $r = 0,41$ ), SF-36 rol prestaties (Spearman Brown:  $r = -0,44$ ) en de aanwezigheid van chronische aandoeningen (Spearman Brown: 0.35). De gestelde hypothesen door Reijneveld et al. (2007) zijn hierin bevestigd. Er is dus sprake van voldoende constructvaliditeit bij afname van de Katz 10-item (Laan et al., 2014) schaal bij ouderen van Marokkaanse, Turkse of Nederlandse afkomst.

### Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de Engelstalige versies van verschillende versies van de Katz-schaal is beschreven in de review van Hartigan (2007).

---

<sup>2</sup> De Spearman Brown correlatiewaarde is negatief als gevolg van omgekeerde schalen: hogere Katz-scores wijzen bijvoorbeeld op een lagere ADL, terwijl hogere SF-36 scores wijzen op een betere kwaliteit van leven.

**Interne consistentie:** Interne consistentie beschrijft de mate van onderliggende samenhang van items en valt bij de COSMIN-taxonomie onder betrouwbaarheid (Mokkink et al., 2018).

**Katz-6 schaal:** In de studie van Laan et al. (2014) is de interne consistentie berekend met een Kuder-Richardson-20 (KR-20). De gerapporteerde KR20 coëfficiënt is  $r=0.55$ , hetgeen duidt op een relatief lage interne consistentie voor de Katz 6-item schaal bij afname bij kwetsbare ouderen.

**Katz 10-schaal:** Ook hebben Laan et al. (2014) de mate van interne consistentie onderzocht door de Cronbachs alfa te berekenen. Uit de berekening blijkt een Cronbach's alfa van  $\alpha = 0.93$ . Deze studie toont een hoge mate van interne consistentie van de Katz-10 schaal in de afname bij ouderen van Marokkaanse, Turkse of Nederlandse afkomst.

### Overwegingen uit de werkgroep over de hanteerbaarheid

De werkgroep is weinig bekend met de Katz-6 of Katz-10 schaal en geeft aan dit meetinstrument in de praktijk nauwelijks te gebruiken om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers voor alle ADL-relevante doelgroepen en settingen vast te stellen.

### Conclusies

+/+	<p><b>Validiteit</b></p> <p><u>Constructvaliditeit</u></p> <p>Katz-6 schaal: De constructvaliditeit van de Nederlandse versie van de Katz-6 schaal bij thuiswonende kwetsbare ouderen is voldoende aangetoond (Laan et al., 2014).</p> <p>Katz-10: De constructvaliditeit van de Nederlandse versie van de Katz-10 schaal bij ouderen van Marokkaanse, Turkse of Nederlandse afkomst (Reijneveld, Spijker, &amp; Dijkshoorn, 2007).</p>
-/+	<p><b>Betrouwbaarheid</b></p> <p><u>Interne consistentie:</u></p> <p>Katz-6 schaal: Er is sprake van een relatief interne consistentie voor de Katz 6-item schaal bij afname bij kwetsbare ouderen (Laan et al., 2014).</p> <p>Katz-10 schaal: Er is sprake van een hoge mate van interne consistentie van de Katz-10 schaal in de afname bij ouderen van Marokkaanse, Turkse of Nederlandse afkomst. (BRON)</p>
?	<p><b>Responsiviteit</b></p> <p>De mate van responsiviteit van de Katz-6 schaal en de Katz-10 schaal in de Nederlandse zorgpraktijk is onbekend.</p>
?	<p><b>Interpreteerbaarheid</b></p> <p>De mate van interpreteerbaarheid van de Katz-6 schaal en de Katz-10 schaal in de Nederlandse zorgpraktijk is onbekend.</p>
?	<p><b>Hanteerbaarheid</b></p> <p>De werkgroep kan geen informatie geven over de hanteerbaarheid van de Katz gezien het beperkte gebruik van deze schaal in de praktijk.</p>

## OVERWEEG

### Aanbeveling 4

De Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS); Het gebruik van de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) ADL-subschaal kan overwogen worden om de mate van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Leg de score vast in het zorgdossier.

### Beschrijving van het instrument; Doel/achtergrond

Met de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) wordt de zelfredzaamheid met betrekking tot Activiteiten van Dagelijks Leven (ADL) en beperkingen in Instrumentele of Huishoudelijke Activiteiten van Dagelijks Leven (HDL) in kaart gebracht. De oorspronkelijke versie van de GARS ontwikkeld door Kempen en Suurmeijer (1990) bestaat uit 18 items waaronder 11 ADL-items en 7 Huishoudelijke Activiteiten Dagelijks Leven (HDL), oftewel Instrumentele Activiteiten Dagelijks Leven (IADL) items.

### Afname

De GARS is mondeling alsook schriftelijk af te nemen. In de oorspronkelijke versie van de GARS (Kempen and Suurmeijer, 1990) werden de 18 items gescoord op een 5-puntsschaal. In de latere versie van Suurmeijer et al. (1994) is voor de antwoordcategorieën een 4-puntsschaal gehanteerd, variërend van “kan ik geheel zelfstandig zonder enige moeite” (1) tot “kan ik niet zelfstandig, maar alleen met hulp” (4) (Suurmeijer et al., 1994). De totaalscore kan variëren tussen de 18 (duidend op geen beperkingen) en 72 (duidend op ernstige beperkingen).

### Afnameduur

In de literatuur is geen informatie gevonden over de afnameduur van de GARS-schaal. De website meetinstrumenteninzorg.nl geeft een indicatie voor een afnameduur van 5-10 minuten.

### Verkrijgbaarheid

De GARS is verkrijgbaar op de website van meetinstrumenteninzorg.nl.

### Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is uitsluitend gekeken naar de eigenschappen van de GARS als meetinstrument om de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart te brengen.

### Validiteit

De inhoudsvaliditeit van GARS voor mensen met reuma is bevestigd in eerder uitgevoerde studies waaronder (Oude Voshaar, ten Klooster, Taal, & van de Laar, 2011; Swinkels, Dijkstra, & Bouter, 2005).

Constructvaliditeit: De constructvaliditeit van de GARS-18 werd onderzocht in de studie van Suurmeijer et al. (1994) bij een onderzoekspopulatie van mensen met reuma. Hiervoor is de samenhang van de GARS gemeten met andere instrumenten die lichamelijke problemen en subjectieve gezondheid meten. In het kader van samenhang tussen meetinstrumenten beschouwt de COSMIN een correlatiescore van bijvoorbeeld spearman brown van  $>0.70$  als goed (Mokkink et al., 2018). De ADL-subschaal van de GARS vertoont zoals verwacht een sterk een verband met de Fysieke Mobiliteit subschaal van de Nottingham Profile (Spearman Brown  $r = 0.77$ ) en de somatische symptomen subschaal van de Karnofsky Performance Status Schaal (Spearman Brown:  $r = 0.64$ ). Een sterke samenhang tussen de GARS-ADL en algemenere instrumenten kon zoals verwacht niet worden aangetoond voor de Overall Evaluation of Health (OEH) ( $-0.39$ ), en de Somatic Symptoms Subschaal van de General Health Questionnaire (GHQ-SS)

(Spearman Brown:  $r=0.26$ )<sup>3</sup>. Er is dus sprake van voldoende constructvaliditeit van de GARS bij afname bij mensen met reuma.

Metzelthin et al. (2011) vonden eveneens een beperkte correlatie tussen GARS-ADL subschaal en de Groningen Frailty Indicator (GFI), Spearman (Spearman Brown:  $r= 0.54$ ), de Tilburg Frailty Indicator (TFI) (Spearman Brown:  $r= 0.58$ ) en de Sherbrooke Postal Questionnaire (Spearman Brown:  $r= 0.41$ ) die kwetsbaarheid van kwetsbare ouderen meten. Ook de correlaties van de gehele GARS schaal met de beschreven instrumenten was  $\leq 0.70$ . De matige correlaties konden verwacht worden gezien de beschreven instrumenten twee onafhankelijke constructen meten, waarbij de GARS-ADL zich richt op ADL-zelfstandigheid en de andere instrument op kwetsbaarheid. Er is dus sprake van een voldoende mate van constructvaliditeit van de GARS voor de afname bij thuiswonende kwetsbare ouderen.

#### Betrouwbaarheid:

Interne consistentie: De interne consistentie van de GARS is in de studie van Suurmeijer et al. (1994) bepaald door de rho waardes voor betrouwbaarheid vanuit de principes van Item Response Theorie (IRT) te berekenen. Deze lieten een sterke mate van interne consistentie zien door een rho-waarde van 0.94 voor de totale score van de GARS en een rho-waarde van 0.90 voor de ADL-schaal van de GARS. Er is dus sprake van een goede mate van interne consistentie van de GARS voor de afname bij mensen met reuma.

#### Overwegingen uit de werkgroep over de hanteerbaarheid:

De werkgroep geeft aan maar voor een deel bekend te zijn met de GARS-schaal en geeft aan dat dit meetinstrument in de praktijk nauwelijks gebruikt lijkt te worden in de ADL-relevante zorgsettings om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen.

#### Conclusie:

+/+	<p><b>Validiteit</b>  <u>Constructvaliditeit</u>: Er is sprake van een voldoende mate van constructvaliditeit van de GARS voor de afname bij mensen met reuma (Suurmeijer et al., 1994) en thuiswonende kwetsbare ouderen (Metzelthin et al., 2011).</p>
+	<p><b>Betrouwbaarheid</b>  <u>Interne consistentie</u>: Er is sprake van een goede mate van interne consistentie van de GARS voor de afname bij mensen met reuma (Suurmeijer et al., 1994).</p>
?	<p><b>Responsiviteit</b>  De mate van responsiviteit van de GARS in de Nederlandse zorgpraktijk is onbekend.</p>
?	<p><b>Interpreteerbaarheid</b>  De mate van interpreteerbaarheid van de GARS in de Nederlandse zorgpraktijk is onbekend.</p>
?	<p><b>Hanteerbaarheid</b>  De werkgroep kan geen informatie geven over de hanteerbaarheid van de GARS gezien het beperkte gebruik van deze schaal in de praktijk.</p>

<sup>3</sup> Hierbij is wel te vermelden dat de data afkomstig uit dit artikel data bevat uit de Landen: Nederland, Frankrijk, Zweden en Noorwegen. Gegevens uitsluitend voor de Nederlandse populatie zijn niet vermeld.

**DOEN****Aanbeveling 5**

De Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER); Het gebruik van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) wordt aanbevolen om de mate van ADL-zelfstandigheid van revaliderende zorgvragers vast te stellen en te evalueren. Leg de score vast in het zorgplan.

**Beschrijving van het instrument; Doel/achtergrond**

De Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) is een meetinstrument om het resultaat van de klinische revalidatie te meten. Het brengt de volgende aspecten in kaart: lichamelijk functioneren (mobiliteit, zelfzorg), cognitief functioneren en aanvullende domeinen van pijn, vermoeidheid en stemming. USER is ontwikkeld en geïmplementeerd in Nederland als een uitkomstmaat binnen de klinische revalidatie. De USER is in 2009 voor het eerst gepubliceerd door Post, van de Port, Kap, en Berdenis van Berlekom (2009). In 2019 verscheen een aangepaste versie (Post, Willems, van de Port, van Berlekom, en de Jong (2019).

**Afname**

De USER is mondeling alsook schriftelijk af te nemen door betrokken zorgverleners. De items binnen de domeinen mobiliteit, zelfzorg en cognitief functioneren (totaal 30 items) worden gescoord op een schaal van 0 tot 5, gebaseerd op de hoeveelheid moeite, hulp en het gebruik van hulpmiddelen. De items rolstoel rijden (item 7) en incontinentie (item 13 en 14) worden met behulp van een afwijkend scoresysteem gescoord (zie handleiding) (Post, Willems, van de Port, van Berlekom, & de Jong, 2019). De items binnen de domeinen pijn, vermoeidheid, en stemming (items 25 t/m 30), worden gescoord op een schaal van 0 tot 100, afhankelijk van de ernst van de klacht.

**Afnameduur**

De afnameduur van de USER wordt ingeschat op ongeveer 10 minuten (Post, van de Port, Kap, & Berdenis van Berlekom, 2009).

**Verkrijgbaarheid**

De USER is verkrijgbaar op de website het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht: <https://www.kcrutrecht.nl/producten/user/>.

**Onderbouwing**

Voor deze uitgangsvraag is uitsluitend gekeken naar de eigenschappen van de USER als meetinstrument om de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart te brengen.

**Validiteit**

**Constructvaliditeit:** In de studie van Post et al. (2009) is de constructvaliditeit van de USER bepaald door de uitkomsten van de verschillende USER-subschalen te vergelijken met de scores van vergelijkbare instrumenten of sub-schalen. In het kader van samenhang tussen meetinstrumenten beschouwt de COSMIN een correlatiescore van bijvoorbeeld Spearman brown van >0.70 als goed (Mokkink et al., 2018). Uit de analyses blijkt dat sterke samenhang werd gevonden tussen de scores bij opname en ontslag op fysiek en cognitief functioneren van de USER, de Barthel Index en FIM (r variërend van 0,84-0,94). Correlaties tussen USER-pijn, vermoeidheid en stemmingsscores en SF-36 scores tussen de 0,58-0,84. Ook specifiek voor de ADL-relevante subschaal 'zelfzorg' is een sterke samenhang gevonden met de FIM-selfcare (r variërend tussen 0.91-0.87). Deze correlaties zijn in lijn met de verwachte samenhang van de scores. Er is dus sprake van voldoende constructvaliditeit van de USER voor de afname in de klinische revalidatie.



Ook de studie van Thiessen, Stijn, Fengler, Post, en Visser-Meily (2013) bevestigde de constructvaliditeit van de USER. Zij vonden een sterke samenhang tussen de USER en de Barthel index bij zorgvragers die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis opgenomen werden met een correlatiecoëfficiënt van 0,97,  $p < 0.05$  bij een eerste meting en 0,98,  $p < 0.05$  bij de tweede meting. Er is dus sprake van een goede mate van constructvaliditeit van de USER bij de afname in de neurologische revalidatie.

### Betrouwbaarheid

**Interne consistentie:** Het onderzoek van Post et al. (2009) toonde aan dat de interne consistentie van de USER goed was voor de ADL-relevante schalen: mobiliteit (0.89/ 0.85), zelfzorg (0.83/0.80) en stemmingsschalen (0.75/0.72), maar onvoldoende voor de drie cognitieve schalen (communicatie (0.54/0.59), cognitie (0.77/0.74) en gedrag (0.74/0.72). Er is dus sprake van goede mate van interne consistentie van de USER voor de afname in de klinische revalidatie.

### Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

Post et al. (2009) onderzochten tevens de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER aan de hand van Intraclasscoëfficiënt (ICC). Een ICC van ten minste 0,75 wijst op voldoende interbeoordelaars-betrouwbaarheid (Mokkink et al., 2018). Een hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd gevonden voor de subschalen mobiliteit (ICC= 0.95) en zelfverzorging (ICC= 0.92) binnen het fysieke domein. Ook de ICC berekend over het cognitieve domein was hoog (ICC= van 0.97). De ICC-waarden van de subschalen pijn/vermoeidheid (ICC= 0.79) en stemmingsschalen (ICC= 0.78) waren iets lager maar scoorden eveneens zeer goed. Er is dus sprake van goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER voor de afname in de klinische revalidatie.

### Responsiviteit

De COSMIN beschouwt een overeenkomst met de vooraf opgestelde hypothesen of een AUC van  $\geq 0.70$  als criteria voor goede responsiviteit (Mokkink et al., 2018). De studie van Post et al. (2009) heeft de responsiviteit onderzocht van alle metingen aan de hand van de effectgrootte (ES) en het gestandaardiseerde responsgemiddelde (SRM). Analyses bevestigen dat er een duidelijke (significante) verschilscore is tussen opname en ontslag op de USER bij mensen met een CVA na revalidatie. Deze schaal doet het beter dan andere meegenomen schalen (FIM, SF36). Ook in de voor de ADL-zorg relevante subschaal ‘zelfzorg’ is een goede mate van responsiviteit aangetoond met een Z-waarde van -12.91 wat duidt op een goede mate van responsiviteit. Ook de studie van Thiessen et al. (2013) bevestigt deze resultaten voor de neurorevalidatie.

### Hanteerbaarheid

De studie van van Stuijvenberg, de Groot, en Smit (2018) laat zien dat zowel zorgverleners als zorgvragers in de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) een meerwaarde zien in het gebruik van de USER ten opzichte van de Barthel index. Met name het domein ‘subjectieve klachten’ wordt zowel door GRZ-zorgmedewerkers als revalidanten beschouwd als relevant en van toegevoegde waarde (van Stuijvenberg et al., 2018).

### Overwegingen uit de werkgroep over de hanteerbaarheid:

De werkgroep geeft aan maar beperkt bekend te zijn met de USER en geeft aan dat dit meetinstrument in de praktijk niet frequent gebruikt lijkt te worden om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen. Leden van de werkgroep die bekend zijn met de USER geven aan deze te gebruiken om een gedifferentieerder beeld te krijgen van het ADL-functioneren van de zorgvrager in de revalidatiesetting.

### Conclusie

+ / +	<b>Validiteit:</b>
-------	--------------------

	<p><b><u>Constructvaliditeit:</u></b> Er is sprake van een voldoende tot goede mate van constructvaliditeit van de USER bij afname in de klinische (Post et al., 2009) en neuro-revalidatie (Thiessen, Stijn, Fengler, Post, &amp; Visser-Meily, 2013) .</p>
+	<p><b><u>Betrouwbaarheid:</u></b> <b><u>Interne consistentie:</u></b> Er is sprake van een goede mate van interne consistentie van de USER voor de afname in de klinische revalidatie (Post et al., 2009).</p>
+	<p><b><u>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:</u></b> Er is sprake van een goede mate van Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER voor de afname in de klinische revalidatie (Post et al., 2009).</p>
+/+	<p><b><u>Responsiviteit:</u></b> Er zijn aanwijzingen voor goede responsiviteit van de USER bij afname in de klinische (Post et al., 2009) en neuro-revalidatie (Thiessen et al., 2013)</p>
?	<p><b><u>Interpreteerbaarheid:</u></b> De mate van interpreteerbaarheid van de USER in de Nederlandse zorgpraktijk is onbekend.</p>
+	<p><b><u>Hanteerbaarheid:</u></b> Er zijn aanwijzingen voor goede toepasbaarheid van de USER in de geriatrische revalidatie zorg. De werkgroep ziet de meerwaarde van de USER ook in de gehele neuro-revalidatie.</p>

**NIET DOEN****Aanbeveling 6**

De Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus) / Vragenlijst Dagelijks Functioneren HAQ-DI / VDF): De HAQ-DI kan niet worden aanbevolen om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers vast te stellen.

**Beschrijving van het instrument; Doel/achtergrond**

De Nederlandse consensus Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) is een door de zorgvrager zelf in te vullen vragenlijst, die het uitvoeren van ADL meet.

Oorspronkelijk baseert deze versie zich op de Engelstalige Health Assessment Questionnaire (HAQ) ontwikkeld door Fries, Spitz, Kraines, en Holman (1980) voor mensen met artritis. Deze versie is later naar het Nederlands vertaald door van der Heijde, van Riel, en van de Putte (1990). Uiteindelijk is er met behulp van consensus besloten om deze vragenlijst en drie bestaande vergelijkbare vragenlijsten samen te voeren tot de HAQ-DI (Boers, Jacobs, van Vliet Vlieland, & van Riel, 2007). De HAQ-DI bestaat in totaal uit 3 categorieën:

- i. Activiteiten (8 onderdelen, 20 items): (1) Aankleden en verzorging: 2 items (2) Opstaan: 2 items, (3) Eten: 4 items, (4) Lopen: 2 items, (5) Hygiëne: 3 items, (6) Reiken: 2 items, (7) Grijpkracht: 3 items, (8) Activiteiten: 3 items,
- ii. Hulpmiddelen (15 items),
- iii. Hulp van anderen (8 items)

De versie van de HAQ-DI van Boers en collega's is de versie die in deze aanbeveling besproken wordt (Boers et al., 2007). Een overzicht van alle voorafgaande versies en verdere modificaties is te vinden in het toelichtingsformulier van de HAQ-DI in de database: Meetinstrumenteninzorg.nl.

**Afname**

In categorie I (Activiteiten) beoordeelt de zorgvrager de moeite die het heeft gekost om bepaalde activiteiten uit te voeren op basis van de uitgevoerde activiteiten in de afgelopen week. In deze categorie vult de zorgvrager de mate van moeite in op basis van een 4 punts-schaal (0=zonder enige moeite, 1= met enige moeite, 2=met veel moeite, 3=Onmogelijk uit te voeren).

In categorie II (hulpmiddelen) kruist de zorgvrager de hulpmiddelen aan die hij/zij gewoonlijk gebruikt bij de uitvoering van bepaalde activiteiten. Hierbij wordt het totaal aantal gebruikte hulpmiddelen gedeeld door het aantal mogelijke hulpmiddelen om een score te berekenen. Het gebruik van hulpmiddelen heeft uiteindelijk mogelijke gevolgen voor de scores van categorie I: Bij gebruik van een hulpmiddel voor een activiteit wordt de score van de desbetreffende activiteit verhoogd tot 2 (met veel moeite). Wanneer de betreffende activiteit al met 2 of 3 gescoord is, blijft deze onveranderd. Dezelfde principes gelden voor categorie III: Hulp van anderen. De totaalscore wordt berekend door alle scores bij elkaar op te tellen en door het aantal ingevulde activiteiten te delen. Hiervoor moeten minimaal 6 van de 8 activiteiten zijn ingevuld.

**Afnameduur**

Er is geen informatie gevonden voor de afnameduur van de HAQ-DI.

**Verkrijgbaarheid**

De HAQ-DI is verkrijgbaar op de website meetinstrumenteninzorg.nl:

<https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/HAQ-DI-meetinstr.pdf>

### Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is uitsluitend gekeken naar de eigenschappen van de HAQ-DI als meetinstrument om de mate van ADL-zelfstandigheid in kaart te brengen. De studie van Cuperus, Mahler, Vliet Vlieland, Hoogeboom, en van den Ende (2015) werd geïdentificeerd als studie die informatie bevat over de psychometrische eigenschappen van de HAQ-DI versie van (Boers et al., 2007). In deze studie is de HAQ-DI getest bij mensen met artritis. Echter is de correctie in de scoring voor het gebruik van hulpmiddelen in deze studie niet toegepast (Cuperus et al., 2015).

### Validiteit

**Inhoudsvaliditeit:** De inhoudsvaliditeit van de HAQ-DI werd door Cuperus et al. (2015) bepaald door de HAQ-DI te vergelijken met de ICF codes. Hierbij werd de inhoudsvaliditeit arbitrair als goed beschouwd wanneer alle 10 ICF-activiteiten gedekt waren door de HAQ-DI. Zij kwamen tot de conclusie dat zeven van de tien ICF-codes die de meest relevante beperkingen in activiteiten meten, gedekt werden door de HAQ-DI-items bij mensen met artritis. Activiteiten die niet werden gedekt waren lichaamshouding, recreatie en autorijden. Aanvullend is door Cuperus et al. (2015) de inhoudsvaliditeit bepaald door zorgverleners (n=17) een inschatting te laten maken van de relevantie van de items voor zorgvragers met artritis. Items werden als niet relevant beschouwd wanneer gezondheidswerkers verwachtten dat items moeilijk uit te voeren waren voor  $\leq 50\%$  van de zorgvragers. Uiteindelijk achtten zorgverleners negen items van de HAQ-DI relevant voor  $\leq 50\%$  van de zorgvragers met artritis, en 11 items als relevant voor  $> 50\%$  van de zorgvragers met artritis. De minst relevante items waren het optillen van een beker naar de mond, het wassen van haar, het wassen van het lichaam en het openen van autodeuren. Belangrijke activiteiten die vaak beperkt zijn bij zorgvragers met artritis werden niet beoordeeld door de HAQ-DI. Op basis van deze resultaten lijkt de mate van inhoudsvaliditeit van de HAQ-DI twijfelachtig

**Constructvaliditeit:** De constructvaliditeit van de HAQ-DI is bepaald door vooraf gedefinieerde hypothesen over de verwachte samenhang tussen de HAQ-DI-scores en van gerelateerde en niet-gerelateerde maten te bepalen. Cuperus et al. (2015) beschouwen responsiviteit als een maat voor longitudinale validiteit. Om deze reden is de responsiviteit van de HAQ-DI onder meer bepaald door vooraf bepaalde hypothesen te testen aan de hand van veranderingsscores. Negen van de tien hypothesen konden worden bevestigd. De samenhang tussen de HAQ-DI-scores en het EQ-5D was uiteindelijk lager dan verwacht met een Spearman brown coëfficiënt van 0,23. Er is dus sprake van een goede mate van constructvaliditeit van de HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis.

### Betrouwbaarheid

**Interne consistentie:** In Cuperus et al. (2015) is een confirmatory factor analyse uitgevoerd om de interne consistentie van de HAQ-DI te bepalen. De COSMIN-criteria voor goede interne consistentie beschouwen een Cronbach's alfa waarde van  $\geq 0.70$  als goed, mits er evidence is voor interne consistentie (Mokkink et al., 2018). Deze CFA voldeed in eerste instantie niet aan de vooraf vastgestelde fit-criteria. Met een aangepast model is uiteindelijk een goede fit vastgesteld met de gegevens: RMSEA = 0.057, CFI = 0.98 en 2/df ratio = 1.48. Cronbach's  $\alpha$  was 0,90 (ondergrens van het 95% CI 0,88), wat duidt op een goede interne consistentie.

**De Test-hertestbetrouwbaarheid** werd door Cuperus et al. (2015) conform de COSMIN criteria als voldoende beschouwd bij een intraclass correlatie coëfficiënt (ICC) van  $\geq 0,70$  (Mokkink et al., 2018).

De ICC (2,1) was 0,81 (95% CI 0,71, 0,88), wat wijst op een goede betrouwbaarheid van HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis. De BlandAltman plot toonde een gemiddeld verschil van 0,05 (95% CI 0,03, 0,13) tussen baseline en follow-up en de grenzen van overeenstemming varieerden van 0,54 tot 0,65 punten. De Smallest detectable change (SDC) bedroeg 0,60 punten. Dit duidt op een goede mate van betrouwbaarheid van de HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis.

### Responsiviteit

Door Cuperus et al. (2015) zijn in het kader van de responsiviteitsanalyse twee hypothesen geformuleerd over de grootte van de “Area under the curve” (AUC’s). Responsiviteit werd als positief beschouwd indien >75% van de hypothesen werden bevestigd. Vier van de 10 hypothesen (40%) omtrent de responsiviteit van de HAQ-DI werden bevestigd. De hypothesen m.b.t. de AUC’s zijn niet bevestigd door (Cuperus et al., 2015). Er is dus sprake van beperkte responsiviteit van HAQ-DI in de afname bij mensen met artritis.

### Interpreeteerbaarheid

Interpreeteerbaarheid is de mate waarin men in de praktijk betekenis kan geven aan de scores of de verandering hiervan (Mokkink et al., 2018). Interpreeteerbaarheid wordt in de COSMIN niet geschaald onder de psychometrische eigenschappen meetinstrumenten, maar wel gezien als belangrijk kenmerk van het instrument.

Vloer- en plafondeffecten: Cuperus et al. (2015) beoordeelden de aanwezigheid van vloer- en plafondeffecten op baseline voor elke HAQ-DI categorie. Vloer- en plafondeffecten werden als aanwezig beschouwd wanneer bij meer dan >15% van de best of de slechts mogelijke score geobserveerd werd. Cuperus et al. (2015) beschrijven plafondeffecten in de categorieën eten, aankleden en grijpen, en een vloereffect in de categorie hygiëne. Plafondeffecten suggereren dat de HAQ-DI activiteiten meet die ofwel niet relevant zijn of te gemakkelijk uit te voeren zijn voor mensen met artritis.

MIC’s: De MIC scores zijn door Cuperus et al. (2015) bepaald met behulp van de ‘anchor-based methode’. De MIC voor verbetering was 0,25 punten, wat erop duidt dat belangrijke veranderingen niet kunnen worden onderscheiden van meetfouten. De HAQ-DI lijkt daarom niet geschikt voor het monitoren van zorgvragers met artritis in de dagelijkse klinische praktijk.

### Conclusie

?/+	<p><b>Validiteit:</b></p> <p><u>Inhoudsvaliditeit</u>: De mate van inhoudsvaliditeit van de HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis is twijfelachtig. (Cuperus, Mahler, Vliet Vlieland, Hooageboom, &amp; van den Ende, 2015)</p> <p><u>Constructvaliditeit</u>: Er is sprake van een goede mate van constructvaliditeit van de HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis. (Cuperus et al., 2015)</p>
+/+	<p><b>Betrouwbaarheid:</b></p> <p><u>Interne consistentie</u>: Er is sprake van een goede mate van interne consistentie van de HAQ-DI in de afname bij mensen met artritis. (Cuperus et al., 2015)</p> <p><u>Test-hertest betrouwbaarheid</u>: Er is sprake van een goede mate van betrouwbaarheid van de HAQ-DI voor de afname bij mensen met artritis. (Cuperus et al., 2015)</p>
-	<p><b>Responsiviteit</b>: Er is sprake van beperkte responsiviteit van HAQ-DI in de afname bij mensen met artritis. (Cuperus et al., 2015)</p>
-/-	<p><b>Interpreeteerbaarheid:</b></p> <p><u>Vloer- en Plafondeffecten</u>: Plafondeffecten suggereren dat de HAQ-DI-activiteiten meet die ofwel niet relevant zijn of te gemakkelijk uit te voeren zijn voor mensen met artritis.</p> <p><u>MIC’s</u>: De HAQ-DI lijkt niet geschikt voor het monitoren van zorgvragers met artritis in de dagelijkse klinische praktijk.</p>
?	<p><b>Hanteerbaarheid</b>: De werkgroep kan geen informatie geven over de hanteerbaarheid van de HAQ-DI gezien het beperkte gebruik van deze schaal in de praktijk.</p>

**OVERWEEG****Aanbeveling 7**

De Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL)-scorelijst; Overweeg het gebruik van de PDL-scorelijst - ondanks het feit dat er geen gegevens beschikbaar zijn over de psychometrische eigenschappen - om de zorgzwaarte van zorgvragers op ADL-activiteiten te bepalen en om na te gaan of volledige of gedeeltelijke overname van zorg op basis van de PDL-methode is geïndiceerd. Leg de PDL-score vast in het zorgplan.

**Beschrijving van het instrument; Doel/achtergrond**

PDL staat voor Passiviteiten van het Dagelijks Leven. PDL heeft zeven aandachtsgebieden: (1) Liggen (2) Zitten, (3) Hygiëne/wassen (4) Aankleden, (5) Verschoneren, (6) Verplaatsen, (7) Voeding (Stichting PDL, 2020).

**Afname**

De 7 items van de PDL-scorelijst worden gescoord op een schaal van 0 (De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig) tot 3 (De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen). Uiteindelijk worden alle scores van de lijst bij elkaar opgeteld. De totaalscores kunnen variëren van 0 - 21. De PDL-scorelijst geeft een indicatie voor wanneer de zorg met behulp van de PDL-methode geïndiceerd kan zijn. Hierbij suggereert een score van  $\geq 18$  een volledige overname van activiteiten op basis van de PDL-methodiek. Een score van  $\leq 18$  suggereert geen volledige inzet van PDL, maar mogelijk wel op onderdelen van activiteiten (Stichting PDL, 2020).

**Afnameduur**

Er is geen informatie gevonden over de afnameduur van de PDL-scorelijst.

**Verkrijgbaarheid**

De PDL-scorelijst is verkrijgbaar op de website van stichtingpdl.nl.  
<https://stichtingpdl.nl/download/3/downloads/771/pdl-scorelijst-2020>.

**Onderbouwing**

Er is geen informatie gevonden over de psychometrische eigenschappen van de PDL-scorelijst, waaronder validiteit en betrouwbaarheid.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep geeft aan positieve ervaringen te hebben met de PDL-scorelijst en deze ook in de praktijk te gebruiken. Deze lijst is primair bedoeld om zorgzwaarte te meten. De 7 items/aandachtsgebieden van de PDL-scorelijst komen echter sterk overeen met de ADL-aspecten van deze richtlijn. Om deze reden is ervoor gekozen om deze lijst ter overweging mee te nemen in deze richtlijn.

**Conclusie**

?	Validiteit: Het is onbekend of de PDL-scorelijst valide is in het meten van de zorgzwaarte en indiceren van zorg op basis van de PDL-methodiek.
?	Betrouwbaarheid: Het is onbekend of de PDL-scorelijst betrouwbaar is in het meten van de zorgzwaarte en indiceren van zorg op basis van de PDL-methodiek.
?	Responsiviteit: Het is onbekend of de PDL-scorelijst responsief is in het meten van de zorgzwaarte en indiceren van zorg op basis van de PDL-methodiek.

?	Interpreteerbaarheid: De mate van interpreteerbaarheid van de PDL-scorelijst in de praktijk is onbekend.
?	Hanteerbaarheid: De werkgroep ziet de meerwaarde van de PDL-scorelijst in de praktijk met name bij zorgvragers met een grote ADL-zorgafhankelijkheid.

## Deel 3 Contextgegevens:

Contextgegevens zijn onder andere gegevens over de omgeving, waaronder de fysieke en sociale omgeving van de zorgvrager. Het verzamelen van deze gegevens is met name in de ADL-zorg belangrijk voor het in kaart brengen van een holistische ADL-zorgvraag.

### Werkwijze Deel 3: Contextgegevens

In deel 3 van deze uitgangsvraag wordt stilgestaan bij de contextgegevens van de zorgvraag. De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging beschrijft contextgegevens als: “gegevens over de omgeving, achtergrond en (risico)factoren van de cliënt, die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand of het welbevinden”. Samen met de werkgroep is onderstaande aanbeveling geformuleerd, die handvatten geeft over hoe de contextgegevens van de zorgvraag op het gebied van ADL kunnen worden verzameld.



**DOEN****Aanbeveling 8**

Breng door middel van een gesprek met de zorgvrager en gerichte observaties van de woonomgeving de sociale en fysieke omgeving van de zorgvrager (contextgegevens) in kaart en leg deze vast in het zorgplan.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- Sta in het gesprek stil bij de sociale omgeving van de zorgvrager. Welke hulpbronnen zijn hier beschikbaar die op het gebied van ADL kunnen helpen?
- Observeer de woonomgeving van de zorgvrager en heb hierbij aandacht voor de ruimtes en voorwerpen die te maken hebben met ADL. Denk hier bijvoorbeeld aan: de wc, bad- woon- en slaapkamer (risico)factoren om bijvoorbeeld vallen te voorkomen.
- Betrek waar nodig de ergo- en of fysiotherapeut om de woonsituatie (fysieke omgeving) in kaart te brengen en zo nodig adviezen te geven rondom aanpassingen, hulpmiddelen en manieren om de (ADL-)zorg voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener te optimaliseren.

**Onderbouwing**

De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging beschrijft contextgegevens zoals gegevens over de omgeving, achtergrond en (risico)factoren van de cliënt, die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand of het welbevinden.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep geeft aan dat de thuis- of verblijfsituatie waarin de zorgvrager zich op dat moment bevindt duidelijk bepalend kan zijn voor de problemen die zich wel of niet voordoen in de uitvoering van dagelijkse activiteiten. Daarom is het van belang om in de fase waarin gegevens verzameld worden belangrijke contextgegevens op te nemen in de verslaglegging. Hierbij valt te denken aan onder andere de gezins- en woonsituatie van de zorgvrager (fysieke omgeving, sociale omgeving). Denk hierbij aan welke problemen zich voordoen wanneer de zorgvrager zich in de natte cel wil verzorgen? Zijn de ruimtes passend voor de zorgvrager? In hoeverre is ondersteuning door het netwerk van de zorgvrager mogelijk? In hoeverre maakt de zorgvrager gebruik van hulpmiddelen?

Voorbeeld van ADL-specifieke contextgegevens: Mevrouw Janssen, 82 jaar, met sarcopenie. Mevrouw Janssen is 82 en haar huisarts heeft recentelijk sarcopenie bij mevrouw gediagnosticeerd waardoor haar spiermassa en spierfunctie langzaam afnemen. Mevrouw is alleenstaand. Haar buurvrouw komt enkele keren per week op bezoek om samen te koken en te kletsen. Mevrouw woont in een appartement in een groter appartementencomplex. Haar woning is niet aangepast, in haar badkamer bevinden zich geen beugels, behalve in bad. Aangezien er geen douche aanwezig is, gebruikt mevrouw het bad om zich te wassen.

**Conclusie**

<b>Niveau 4: Meningen van experts</b>	De werkgroep is van mening dat het in kaart brengen van de contextgegevens, met name de gegevens omtrent de fysieke en sociale omgeving, door een (intake-)gesprek en observaties essentieel onderdeel uitmaken van het in kaart brengen van de ADL-zorgvraag.
---	--



# **Uitgangsvraag 3**

**Welke interventies kunnen in de Zorg bij ADL effectief worden ingezet om het comfort of de ADL-zelfstandigheid of van de zorgvrager te vergroten?**

**december 2022**

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Verpleegkundigen en verzorgenden ondersteunen zorgvragers met een ADL-zorgvraag bij het uitvoeren van ADL. Het vermogen van zorgvragers om de ADLs uit te voeren kan door ouderdom, ziekte of beperkingen afnemen, wat kan leiden tot ADL-afhankelijkheid. Afhankelijkheid op het gebied van ADL kan verschillende gevolgen hebben, zoals verminderde kwaliteit van leven (Beerens et al., 2013), verhoogde eenzaamheid (Hacihasanoglu et al., 2012), of ziekenhuis- of verpleeghuisopname, (He et al., 2015; Helvik et al., 2013). Het is dus van belang om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers zo veel mogelijk te behouden of bevorderen. Dit is voor de verpleegkundige en verzorgende dus een cruciale taak (den Ouden et al., 2015; Grönstedt et al., 2013; van Hell-Cromwijk et al., 2021)

ADL-zorg kan er ook op gericht zijn de zorgvrager zo comfortabel mogelijk te verzorgen, bijvoorbeeld bij mensen met dementie of mensen met ernstige lichamelijke beperkingen. In dit geval staat het verhogen van comfort centraal. Hierbij streeft de zorgverlener naar verlichting van emotionele en fysieke onrust. Deze vormen van ongemak of discomfort kunnen zich in de ADL-zorg uiten in de vorm van weerstand, agitatie en andere vormen van onbegrepen gedrag (Zuidema et al., 2007), doordat zorgvragers zich kwetsbaar (Jackson & Kozłowska, 2018) of machteloos voelen (van Dijk et al., 2008).

### Onderliggende knelpunten

In de praktijk doen zich echter problemen voor in het ondersteunen van de zelfstandigheid en verhogen van comfort van zorgvragers tijdens de ADL-zorg. Uit de knelpuntenanalyse die voor deze richtlijn uitgevoerd is door middel van twee wereld-café bijeenkomsten, raadplegen van werkgroepleden en de wetenschappelijke literatuur, blijkt dat ADL-zorg wetenschappelijk slecht is onderbouwd (Beerens et al., 2013; Hallberg, 2006; Jackson & Kozłowska, 2018; Zwakhalen et al., 2018). Er is dus sprake van een gebrek aan wetenschappelijk bewijs op kerngebieden van ADL-zorg, zoals voeding, hygiëne, mobiliteit of uitscheiding (Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin, & Frost, 2018; Verstraten, Metzelthin, Schoonhoven, Schuurmans, & de Man-van Ginkel, 2020). Hierdoor is het voor zorgverleners onduidelijk welke interventies in de dagelijkse zorgmomenten de ADL-zelfstandigheid van een persoon effectief kunnen verbeteren en/of comfort kunnen bevorderen. Als gevolg hiervan baseren zorgverleners hun zorg veelal op intuïtie, ervaring en gewoonte.

### Uitgangsvraag 3

Het vergroten van ADL-zelfstandigheid en het comfort van zorgvragers staat - zowel voor zorgvragers als zorgverleners - centraal in de ADL-zorg. Daarom is onderstaande uitgangsvraag geformuleerd:

**“Welke interventies kunnen in de Zorg bij ADL effectief worden ingezet om het comfort of de ADL-zelfstandigheid of van de zorgvrager te vergroten?”**

### Werkwijze

Deze uitgangsvraag bestaat uit 15 aanbevelingen die effectieve interventies beschrijven die door V&V-zorgverleners kunnen worden ingezet om het ADL-functioneren en/of comfort van de zorgvrager te bevorderen. De geformuleerde aanbevelingen zijn gebaseerd op de literatuurstudie die voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is uitgevoerd. De geselecteerde interventies zijn vervolgens voorgelegd aan de werkgroep om de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen in verschillende settings te bepalen. In de bijlage van deze uitgangsvraag is de verantwoording van

deze uitgangsvraag opgenomen, waarin de totstandkoming en gehanteerde werkwijze is beschreven en onderbouwd.

# Aanbevelingen

## Uitgangsvraag 3; Aanbevelingen op een rij

Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg:

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 1 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van de interventie ‘Op mogelijkheden gerichte ochtendzorg (Abilities focused morning care)’ om agitatie bij zorgvragers met dementie in verpleeghuizen te verminderen.

#### Aanbeveling 2 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van ‘Herstelgerichte zorg voor mensen met een cognitieve beperking (Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)’ om agitatie bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

#### Aanbeveling 3 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van de Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL) om het comfort van zorgvragers tijdens de uitvoering van ADL te vergroten.

#### Aanbeveling 4 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van de interventies ‘Persoonsgericht baden (Person centered bathing)’ en ‘baden zonder strijd (bathing without a battle)’ om agitatie en ongemak bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

#### Aanbeveling 5 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van het ‘Handdoekenbad (towel bath)’ of alternatieve methodes voor ‘verzorgend’ wassen om agitatie en ongemak bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

#### Aanbeveling 6 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van de ‘Privacy, geruststelling, informatie, afleiding, en evaluatie-interventie (Privacy, Privacy, reassurance, information, distraction, and evaluation (PRIDE)’ om neuro-psihiatrische verschijnselen zoals angst en prikkelbaarheid bij zorgvragers te verminderen.

#### Aanbeveling 7 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van het toiletprogramma bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis om verbale en fysieke agitatie te verminderen.

#### Aanbeveling 8 OVERWEEG

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van ‘bewegingsgerichte zorg (Function-Focused Care (FFC))’ om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

**Aanbeveling 9 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van de 'foutloos leren interventie' om zorgvragers met dementie of Korsakov in het her-leren van ADL-vaardigheden te ondersteunen.

**Aanbeveling 10 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de 'Training in voedingsvaardigheden (feeding skills programme)' om de eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

**Aanbeveling 11 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de Montessori-interventie om de eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

**Aanbeveling 12 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de 'loopinterventie' om de ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers in het ziekenhuis te vergroten.

**Aanbeveling 13 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van het vroegmobiliseringsprotocol om de mobiliteit bij zorgvragers op de intensive care te vergroten.

**Aanbeveling 14 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van het mobiliteitsprotocol om de ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers in het ziekenhuis te vergroten.

**Aanbeveling 15 OVERWEEG**

Overweeg het toepassen van de principes van de interventie 'zit-naar-sta-activiteit' om de mobiliteit bij zorgvragers te vergroten.

**De nadere toelichting en uitwerking van de aanbevelingen volgen onderstaand/hierna.**

## Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 1

Overweeg het toepassen van de principes van de interventie ‘Op mogelijkheden gerichte ochtendzorg (Abilities focused morning care)’ om agitatie bij zorgvragers met dementie in verpleeghuizen te verminderen.

- Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:
  - Zet je sociale vaardigheden gericht in waaronder:
  - Gebruik van attent gedrag; gebruik van conventionele begroetingen
  - Gebruik van doelgerichte conversatie of geheugenboeken
  - Creëren van een ontspannende omgeving; vermindering van omgevingsstimuli; aanbieden van passende signalen (cues).
- Ondersteun de zelfzorgvaardigheden van de zorgvrager
  - Door het vermogen tot ruimtelijke oriëntatie te versterken door bijvoorbeeld links-rechts signaleren/cues.
  - Vermogen tot vrijwillige beweging uit te lokken door bijvoorbeeld minimale stimulatie van primitieve reflexen.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Wells, Dawson, Sidani, Craig, en Pringle (2000) geselecteerd. De keuze voor deze interventie ‘Abilities focused morning care’ is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. De werkgroep is van mening dat elementen uit deze interventie ook geschikt zouden kunnen zijn voor toepassing in de ouderen- en verstandelijk gehandicaptenzorg. Verder is de werkgroep van mening dat de principes van deze interventie in de ziekenhuissetting wellicht minder toepasbaar zijn. In de ziekenhuissetting ligt de focus vaak minder op herstel, maar meer op genezen (care vs. cure).

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat het minimaal 6 maanden toepassen van de interventie “Abilities focused morning care” bijdraagt aan het verminderen van agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie (Wells et al., 2000).
NIVEAU 4 MENINGEN VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat principes van de interventie “Abilities focused morning care” in de ziekenhuissetting minder toepasbaar zijn. De werkgroep is van mening dat elementen uit de interventie “Abilities focused morning care” toepasbaar zouden kunnen zijn in de ouderen- en verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 2

Overweeg het toepassen van de principes van 'Herstelgerichte zorg voor mensen met een cognitieve beperking (Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)' om agitatie bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Motiveer bewoners met cognitieve beperkingen om deel te nemen aan functionele activiteiten en lichaamsbeweging;
- Integreer herstelgerichte zorginterventies in de uitvoering van ADL, door bijvoorbeeld het actief trainen van transfers of het aan- en uitkleden;
- Heb gericht aandacht voor documentatie en coördinatie van zorginterventies die gericht zijn op herstel, door bijvoorbeeld herstelgerichte zorgdoelen vast te leggen met informatie over functionele activiteiten voor elke bewoner.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Galik, Resnick, Hammersla, en Brightwater (2014) geselecteerd. De keuze voor de interventie "Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)" is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en onderschrijft zij dat deze toegepast zouden kunnen worden in het verlenen van ADL-zorg.

Voorbeeld uit het onderzoek van Galik, Resnick, Hammersla, and Brightwater (2014)  
Een zorgdoel gericht op communicatie bij een cognitief beperkte bewoner met een perceptief gehoorverlies kan inhouden dat de bewoner korte, eenvoudige, verbale instructies krijgt met een diepe stem. Dezelfde bewoner kan in het verleden in het kerkkoor hebben gezongen en kan gemotiveerd zijn en gemakkelijker betrokken worden bij het aankleden en verzorgen als hij wordt aangemoedigd om een favoriet liedje te zingen. De verpleegkundige moedigde verzorgenden aan zorgvragers wekelijks te volgen, de herstellende zorgactiviteiten te evalueren, barrières en belemmeringen voor herstellende zorgactiviteiten weg te nemen, steun en aanmoediging te bieden en doelen bij te stellen indien nodig.

#### Conclusie



NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat het minimaal 4 maanden toepassen van de interventie "Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)" bijdraagt aan het verminderen van agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie na 4 maanden. (Galik et al., 2014)
NIVEAU 4 MENINGEN VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat de onderliggende principes van deze interventie toepasbaar zouden kunnen zijn in Nederlandse settingen.

## Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 3

Overweeg het toepassen van de principes van de Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL) om het comfort van zorgvragers tijdens de uitvoering van ADL te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Pas PDL als vorm van belevingsgerichte zorg toe;
- Ga uit van de wensen en de beleving van zorgvragers;
- Kijk naar de mogelijkheden van de zorgvrager en ga na wat voor de zorgvrager belangrijk is gezien zijn/haar beperkte belastbaarheid;
- Laat de zorgvrager zo veel mogelijk kiezen bij welke activiteiten hij/zij ondersteuning wenst en nodig heeft;
- Maak gebruik van de relevante PDL-protocollen: Procedure mondzorg, Protocol aanbrenge incontinentiemateriaal, Verzorgend wassen, Ontspannend baden, Functionele kleding, Wassen en kleden of Wassen zonder water. Protocollen zijn te downloaden op de website van stichting pdl <https://stichtingpdl.nl/downloadS.nl>.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Op basis van expertise en praktijkervaring adviseert De werkgroep het toepassen van de PDL-methode bij zorgvragers met grote of volledige ADL-zorgafhankelijkheid, om het comfort van zorgvragers te vergroten. Hierbij beveelt de werkgroep de PDL-protocollen aan, zoals Procedure mondzorg, Protocol aanbrenge incontinentiemateriaal, Verzorgend wassen, Ontspannend baden, Functionele kleding, Wassen en kleden of Wassen zonder water.

#### Conclusie

##### NIVEAU 4 MENINGEN VAN EXPERTS

De werkgroep is van mening dat PDL een waardevolle benadering kan zijn om het comfort tijdens de ADL-zorg bij zorgvragers met grote of volledige ADL-zorgafhankelijkheid te vergroten.

## Effectieve interventies op het gebied van wassen, baden en douchen, gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 4

Overweeg het toepassen van de principes van de interventies 'Persoonsgericht baden (Person centered bathing)' en 'baden zonder strijd (bathing without a battle)' om agitatie en ongemak bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- (H)erken de emotie van de zorgvrager om ruimte voor een gezamenlijke aanpak te creëren;
- Speel in op de voorkeuren van de bewoner door bijvoorbeeld keuzes aan te bieden;
- Beschouw mogelijke gedragssymptomen als uitingen van onvervulde behoeften;
- Gebruik communicatietechnieken die passen bij de mate en ernst van de ziekte van de bewoner, door bijvoorbeeld keuzes te bieden;
- Pas probleemoplossende benaderingen toe om oorzaken en mogelijke oplossingen te identificeren, bijvoorbeeld het afleiden van de aandacht;
- Reguleer de omgeving om het comfort van de bewoner te maximaliseren, door bijvoorbeeld handdoeken op het bed leggen om de bewoner warm te houden, het gebruik van badproducten aanbevolen door familie en personeel, het gebruik van zeep zonder spoelen, en het aanpassen van de douchestraal.

#### Onderbouwing

De studies van P. Sloane et al. (2004) en Gozalo, Prakash, Qato, Sloane, en Mor (2014) zijn geselecteerd uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek. De keuze voor de interventies "Person centered showering" en "Bathing without a battle" is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settingen, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. De werkgroep stelt dat de principes van deze interventies ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg toegepast kunnen worden. De ervaringen zijn met name positief bij oudere zorgvragers of zorgvragers die onbegrepen gedrag vertonen. De werkgroep benadrukt het belang van het kennen van en inspelen op de voorkeuren van de zorgvrager, door bijvoorbeeld het gebruik van badproducten aanbevolen door familie en personeel, het gebruik van zeep zonder spoelen, en het aanpassen van de douchestraal. Ook het (h)erkennen van emoties zoals onrust of weerstand wordt in deze aanpak door de werkgroep als belangrijk gezien. (H)erkennen van onrust of weerstand schept ruimte voor samenwerking, wat weer ruimte biedt voor de gezamenlijke aanpak door zorgvrager en zorgverlener. Verder geeft de werkgroep aan dat men ook in de ziekenhuissetting streeft naar het toepassen van deze principes. De praktische uitvoering hiervan wordt door de werkgroep niet altijd als haalbaar ervaren, onder andere door gebrek aan personeel en afwezigheid van bijvoorbeeld een bad op de afdeling.

**Conclusie**

NIVEAU 2 MIDDELMATIG WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Het is aannemelijk dat de interventie "Person centered showering" (P. Sloane et al., 2004) en de interventie "Bathing without a battle" (Gozalo et al., 2014) bijdragen aan het verminderen van ongemak en/of agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie.
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat de onderliggende principes van deze interventie toepasbaar zijn in Nederlandse settingen. Echter betwijfelt de werkgroep de praktische haalbaarheid van deze interventie in de ziekenhuissetting.

## Effectieve interventies op het gebied van wassen, baden en douchen, gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 5

Overweeg het toepassen van de principes van het 'Handdoekenbad (towel bath)' of alternatieve methodes voor 'verzorgend' wassen om agitatie en ongemak bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te verminderen.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Gebruik bij het wassen op bed SWASH-doeken of een washand met reinigende schuim/zeep (non-rinse soap) en 2 liter warm water, twee badhanddoeken.
- Houd de zorgvrager steeds bedekt en warm en reinig het lichaam met een zachte massage.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van P. Sloane et al. (2004) geselecteerd. De keuze voor de interventie 'Handdoekenbad' ("Towel-bath") is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settingen, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. De werkgroep geeft aan dat in Nederland vergelijkbare producten als SWASH-doeken worden toegepast, wat bekend staat als 'verzorgend wassen'. De werkgroep ziet de meerwaarde van het toepassen van verzorgend wassen bij zorgvragers met dementie, ernstig meervoudig gehandicapte zorgvragers of zorgvragers met een lage belastbaarheid, door bijvoorbeeld COPD of COVID-19. Tevens geeft de werkgroep aan ook op afdelingen van ziekenhuizen de principes van verzorgend wassen toe te passen om de belasting en het ongemak van zorgvragers te verminderen. In de thuissituatie lijkt het gebruik van SWASH-doeken minder worden toegepast, gezien kosten van de wasdoekjes daar meestal voor rekening van de zorgvrager zijn.

#### Conclusie

<b>NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS</b>	Er zijn aanwijzingen dat het minimaal 6 weken toepassen van de interventie 'Handdoekenbad' (Towel-bath) bijdraagt aan het verminderen van ongemak en agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie na 6 weken. (P. Sloane et al., 2004)
<b>NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS</b>	De werkgroep is van mening dat methodes van verzorgend wassen ook ingezet zouden kunnen worden bij oudere zorgvragers, ernstig meervoudig gehandicapte zorgvragers of bij zorgvragers met een lage belastbaarheid door bijvoorbeeld COPD of COVID-19 in intramurale zorgsettingen.

## Effectieve interventies op het gebied van wassen, baden en douchen, gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 6

Overweeg het toepassen van de principes van de 'Privacy, geruststelling, informatie, afleiding, en evaluatie-interventie (Privacy, Privacy, reassurance, information, distraction, and evaluation (PRIDE)' om neuro-psiachiatrische verschijnselen zoals angst en prikkelbaarheid bij zorgvragers te verminderen.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Waarborg de privacy van de zorgvrager, door bijvoorbeeld het sluiten van de badkamerdeur of het niet uitkleden van de zorgvrager voordat dat nodig is;
- Stel de zorgvrager gerust door hem herhaaldelijk eraan te herinneren dat hij/zij veilig is en niet alleen is;
- Deel informatie voor en tijdens het baden/douchen gezien mogelijke problemen met het kortetermijngeheugen- en/of verwarringsproblemen;
- Leid zorgvragers af wanneer zij tijdens het proces onrustig worden door een aangenaam onderwerp aan te snijden;
- Heb constant aandacht voor de reactie van de zorgvrager en evalueer in extreme gevallen of het tijdstip van het baden/douchen geschikt was.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Mickus et al. (2002) geselecteerd. De keuze voor de "PRIDE" interventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settingen, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. Elementen van deze interventies worden in de zorg voor verstandelijk gehandicapte zorgvragers toegepast.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat het minimaal 8 maanden toepassen van de interventie "PRIDE" bijdraagt aan het verminderen van neuro-psiachiatrische verschijnselen, zoals angst en prikkelbaarheid te verminderen bij verpleeghuisbewoners met dementie na 1-2 maanden. (Mickus et al., 2002).
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van de interventie "PRIDE" ook ingezet zouden kunnen worden in de ADL-zorg, met name de ouderen- en verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve interventies op het gebied van toiletgang gericht op het vergroten van comfort van de zorgvrager in de ADL-zorg

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 7

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van het toiletprogramma bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis om verbale en fysieke agitatie te verminderen.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Overweeg de invoering van een toiletprogramma door het beoordelen van de darm- en continentie routines met behulp van een plasdagboek en gedocumenteerde darminterventies en -frequentie in het zorgdossier;
- Geef zorgvragers ook de ruimte om zelf - verbaal of non-verbaal- aan te geven of toiletbezoek gewenst is;
- Assisteer bij de transfer en zitpositie van de bewoner, het juiste gebruik van medicatie en de beoordeling van de vochtinname en het dieet van de zorgvrager;
- Maak gebruik van mechanische tilliften waar nodig/mogelijk;
- Herken geagiteerd gedrag van de zorgvrager vroegtijdig door bewust te zijn van emotionele, verbale of fysieke signalen van agitatie bij de zorgvrager;
- Wees bewust van de verschillende factoren die kunnen helpen de agitatie te verlichten en intense agitatie zoals fysieke agressie kunnen voorkomen.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Engst, Chhokar, Robinson, Earthy, en Yassi (2004) geselecteerd. De keuze voor de toiletprogramma interventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Deze interventie is in Nederland nog niet getest op effectiviteit. Het is nog onduidelijk of deze interventie ook in Nederland effectief en praktisch uitvoerbaar is voor zorgverleners in de ADL-zorg. De werkgroep kan de effectiviteit op basis van eigen ervaring niet direct bevestigen en geeft aan dat het inzetten van een toiletschema niet altijd wenselijk is door zorgvragers. Zij geeft aan dat het belangrijk is om ruimte te geven aan zorgvragers om zelf aan te geven, verbaal of non-verbaal, of het toiletbezoek gewenst is. De werkgroep herkent de onderliggende principes van deze interventie wel en past deze gedeeltelijk toe in het verlenen van ADL-zorg in met name de verstandelijk gehandicapten zorg. De werkgroep is verder van mening dat zorgvragers die bijvoorbeeld onbegrepen gedrag vertonen wel gebaat zijn bij een toiletschema.

#### Conclusie

<b>NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS</b>	Er zijn aanwijzingen dat het minimaal 8 maanden toepassen van het 'toiletprogramma' bijdraagt aan het verminderen van verbale en fysieke agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie na 1-2 maanden. (Engst et al., 2004).
<b>NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS</b>	De werkgroep is van mening dat methodes van het toiletprogramma ook ingezet zouden kunnen worden, met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

**Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid****OVERWEEG****Aanbeveling 8**

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van 'bewegingsgerichte zorg (Function-Focused Care (FFC))' om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Betrek de zorgvrager actief bij ADL-zorgmomenten passend bij zijn/haar mogelijkheden, wensen en doelen;
- Pas de principes van persoonsgerichte zorg toe, zoals kennis van individuele voorkeuren bij het vaststellen van doelen en het in kaart brengen van motiverende factoren om fysieke activiteit en functie te verhogen;
- Formuleer functiegerichte zorgdoelen: Individuele doelen voor de bewoner geïnitieerd op basis van evaluatie van het fysiek functioneren van zorgvrager en gesprekken met onder andere de FFC-verpleegkundige, bewoner, familie en collega's. Voorbeelden van geïndividualiseerde doelen zijn: naar de eetzaal lopen voor de maaltijden, transfers maken, actief deelnemen aan baden en aankleden;
- Beoordeel de fysieke mogelijkheden van de bewoner op basis van cognitieve status en functionele Status (bijvoorbeeld fysieke mogelijkheden, bewegingsuitslag, kracht en evenwicht).

**Onderbouwing**

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Galik et al. (2014) geselecteerd. De keuze voor de FFC-interventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

Deze interventie is nog niet in Nederland getest bij zorgvragers met dementie. Het is nog onduidelijk of deze interventie ook in Nederland effectief en praktisch uitvoerbaar is voor zorgverleners in de ADL-zorg van zorgvragers met dementie. De werkgroep herkent echter de onderliggende principes van deze interventie en past deze toe in het verlenen van ADL-zorg in diverse zorgsettingen, waaronder thuiszorg, verpleeghuiszorg, ziekenhuis en verstandelijk gehandicapten zorg.

**Conclusie**

<b>NIVEAU 2 MIDDELMATIG WETENSCHAPPELIJK BEWIJS</b>	Het is aannemelijk dat het minimaal 3 maanden toepassen van de interventie "Function Focused care" bijdraagt aan het vergroten van het ADL-functioneren bij verpleeghuisbewoners met dementie. (Galik et al., 2014)
<b>NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS</b>	De werkgroep is van mening dat methodes van de FFC-interventie ook ingezet zouden kunnen worden in met name de verstandelijk gehandicaptenzorg, thuiszorg, verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg.



**Effectieve algemene ADL-interventies gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid****OVERWEEG****Aanbeveling 9**

Overweeg het toepassen van de principes van de 'foutloos leren interventie' om zorgvragers met dementie of Korsakov in het her-leren van ADL-vaardigheden te ondersteunen.

**Onderbouwing**

De interventie "foutloos leren bij Korsakov" en "foutloos leren bij dementie" is geïdentificeerd op basis van zoekacties in Nederlandse databanken voor effectieve interventies. Deze interventie is erkend door de deelcommissie Ouderenzorg van de Vilans database voor effectieve interventies. Deze interventie is dus getest in de Nederlandse zorgsetting. Informatie over de interventie en de uitvoering hiervan kan worden gevonden in de databank van effectieve interventies.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep herkent de principes van foutloos leren interventies voor de ADL-zorg voor mensen met dementie en cognitieve problemen na bijvoorbeeld een CVA.

**Conclusie**

<b>NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS</b>	Er zijn aanwijzingen dat de interventie "foutloos leren bij dementie" en "foutloos leren bij Korsakov" kan bijdragen aan het her-leren van ADL-vaardigheden om de zelfstandigheid te vergroten.
<b>NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS</b>	De werkgroep is van mening dat methodes van "foutloos leren" ook in de zorg voor mensen met cognitieve problemen door bijvoorbeeld een CVA zouden kunnen worden toegepast.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van eten en drinken gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 10

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de 'Training in voedingsvaardigheden (feeding skills programme)' om de eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Maak gebruik van een voedingsprotocol gericht op de voorbereiding van de maaltijdomgeving, interacties tussen verzorgers en cliënten met dementie en het stimuleren van eet-vaardigheden.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Chang en Lin (2005) geselecteerd. De keuze voor deze trainingsinterventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. Elementen van deze interventies worden ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapte zorgvragers toegepast, vaak in samenwerking met logopedie.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat de Interventie "Training in voedingsvaardigheden" bijdraagt aan het verminderen van eetmoeilijkheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis. (Chang & Lin, 2005)
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van het trainingsprogramma ook ingezet zouden kunnen worden, met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van eten en drinken gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 11

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de Montessori-interventie om de eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Zet zintuiglijke stimulatie in om de zorgvragers te herinneren aan het eetmoment (bijvoorbeeld door voor de aanvang van de maaltijd altijd dezelfde muziek op te zetten);
- Introduceer na de muziek de tijd, de plaats en het eetmoment;
- Deel de eetactiviteit op in kleine stapjes van het eetproces en bewegingen die nodig zijn om te eten, waaronder hand-oog coördinatie, scheppen, gieten, knijpen;
- Vraag de zorgvrager aan het begin van elke beweging het te gebruiken voorwerp op de tafel te benoemen.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Lin, Huang, Watson, Wu, en Lee (2011) geselecteerd. De keuze voor de Montessori interventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. Elementen van deze interventies worden in de zorg voor oudere en verstandelijk gehandicapte zorgvragers toegepast.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat de Montessori Interventie bijdraagt aan het verminderen van eetmoeilijkheden bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis. (Lin et al., 2011)
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van de Montessori interventie ook ingezet zouden kunnen worden in de ouderen- en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van mobiliteit gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 12

Overweeg het toepassen van de principes van benadering van de 'loopinterventie' om de ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers in het ziekenhuis te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Vraag zorgvragers twee keer per dag zeven dagen per week te gaan wandelen onder toezicht van de zorgverlener en met de nodige hulp. De afstand is de maximale afstand die door de zorgvrager op dat moment comfortabel kan worden afgelegd;
- Bied regelmatig een stoel aan om zorgvragers hun comfortabele grens te laten bepalen;
- Vraag zorgvragers, nadat ze gerust hebben, terug naar het startpunt te lopen, bijvoorbeeld het bed;
- Probeer bij elke gelegenheid een langere wandeling aan te moedigen en mogelijk te maken.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Killey en Watt (2006) geselecteerd. De keuze voor de loopinterventie is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe. Elementen van deze interventies worden ook in de zorg voor oudere en verstandelijk gehandicapte zorgvragers toegepast.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat het 7 dagen per week toepassen van de loopinterventie bijdraagt aan vergroten van ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers die zijn opgenomen in het ziekenhuis. (Killey & Watt, 2006)
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van de Loopinterventie ook ingezet zouden kunnen worden in de ouderen - en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van mobiliteit gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 13

Overweeg het toepassen van de principes van het vroegmobiliseringsprotocol om de mobiliteit bij zorgvragers op de intensive care te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Werk toe naar de 4 mijlpalen bestaande uit 16 mobiliteitsniveaus (zie onderstaande tabel). Uiteindelijk is het doel van dit protocol dat bedlegerige IC-zorgvragers uiteindelijk weer zelfstandig kunnen lopen;
- Stimuleer het gebruik van de tillift. ;
- Houd in het gebruik van het protocol rekening met de bereidheid en belastbaarheid van de zorgvrager;
- Evalueer en documenteer de voortgang van de mobiliteitsstatus regelmatig;
- Raadpleeg de fysiotherapeuten bij vragen.

Tabel mijlpalen

Mijlpaal	Mobiliteitsniveau
MIJLPAAL 1:	1. Bedrust zonder passieve beweging
	2. Bedrust met passieve beweging
	3. Bedrust met actieve beweging
	4. Draaien en positioneren van de zorgvrager elke 2 twee uur
	5. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen tot en met 30°
	6. Hoofdgedeelte is standaard ingesteld op minder dan 30°
	7. Wisselgging (liggend)
MIJLPAAL 2:	8. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65°
	9. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65° en de benen bevinden zich in een afhangende positie
	10. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65° en de benen bevinden zich in een afhangende positie (strandstoel) voor 60 minuten
	11. Niveau 9 en 10 voor meer dan 60 minuten
	12. Bungelen met assistentie
MIJLPAAL 3:	13. Naast het bed staan
	14. Staan en draaien naar stoel
MIJLPAAL 4:	15. Lopen met ondersteuning
	16. Zelfstandig lopen

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Klein, Mulkey, Bena, en Albert (2005) geselecteerd. De keuze voor het vroegmobiliseringsprotocol is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings,

herkent de werkgroep de onderliggende principes van deze interventie en past zij deze toe in het verlenen van ADL-zorg. Deze principes worden in de praktijk vaak in samenwerking met de fysiotherapeut toegepast. De meerwaarde van deze interventie voor andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis wordt ook gezien door de werkgroep.

### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn aanwijzingen dat het toepassen van het vroegmobiliseringsprotocol bijdraagt aan het vergroten van de mobiliteit bij zorgvragers met primair neurologisch letsel bij zorgvragers op de IC-afdeling van een ziekenhuis (Klein et al., 2005).
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van het mobiliteitsprotocol ook ingezet kunnen worden in andere verpleegafdelingen van ziekenhuizen.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van mobiliteit gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 14

Overweeg het toepassen van de principes van het mobiliteitsprotocol om de ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers in het ziekenhuis te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Evalueer kritisch en routinematig het beleid rondom bedrust van zorgvragers. Heb hierbij aandacht voor obstakels voor mobiliteit, zoals urinekatheters;
- Streef ernaar om 3-4 keer per dag met de zorgvragers te lopen en hen bijvoorbeeld te begeleiden in het actief lopen naar een stoel voor het nuttigen van een maaltijd of het lopen naar de badkamer of naar het toilet.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Padula, Hughes, en Baumhover (2009) geselecteerd. De keuze voor het mobiliteitsprotocol is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, herkent de werkgroep de onderliggende principes en is van mening dat het belangrijk is ernaar te streven om de mobiliteit van de zorgvrager in de dagelijkse activiteiten te stimuleren bij ouderen of mensen met een verstandelijke beperking.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn beperkte aanwijzingen dat het toepassen van het mobiliteitsprotocol bijdraagt aan het vergroten van de ADL-zelfstandigheid bij oudere zorgvragers opgenomen in het ziekenhuis. (Padula et al., 2009)
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat methodes van het mobiliteitsprotocol ook ingezet kunnen worden in de ouderen- en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Effectieve ADL-interventies op het gebied van mobiliteit gericht op het vergroten van de ADL-zelfstandigheid

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 15

Overweeg het toepassen van de principes van de interventie 'zit-naar-sta-activiteit' om de mobiliteit bij zorgvragers te vergroten.

Dit zou bereikt kunnen worden door aandacht te hebben voor de volgende principes:

- Moedig de zorgvragers aan zo vaak mogelijk langzaam op te staan en te gaan zitten, op twee momenten per dag (bijvoorbeeld tijdens de ochtend- en avonddienst);
- Voer deze activiteit uit als onderdeel van de gebruikelijke ADL van de zorgvrager, zoals toiletgang of aankleden;
- Individualiseer het aantal zit-naar-stand herhalingen afhankelijk van de mogelijkheden en vermoeidheid van de zorgvrager.

#### Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Slaughter en Estabrooks (2013) geselecteerd. De keuze voor de 'zit-naar-sta-activiteit' is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

#### Overwegingen vanuit de werkgroep

Hoewel deze interventie nog niet in Nederland op effectiviteit is geëvalueerd en er ook geen wetenschappelijk bewijs is voor de uitvoerbaarheid van deze interventie in Nederlandse settings, ziet de werkgroep de meerwaarde van deze interventie wanneer deze geïntegreerd wordt in de ADL-zorg.

#### Conclusie

NIVEAU 3 BEPERKT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS	Er zijn beperkte aanwijzingen dat het toepassen van de 'zit-naar-sta-activiteit' bijdraagt aan het vergroten van de mobiliteit van zorgvragers in het verpleeghuis (Slaughter & Estabrooks, 2013).
NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat deze 'zit-naar-sta-activiteit' vooral meerwaarde heeft wanneer deze geïntegreerd wordt in ADL-activiteiten.





# **Uitgangsvraag 4**

**Op welke manier kan de mantelzorgverlener op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden bij het leveren van ADL-zorg?**

**december 2022**

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Mantelzorgers zijn belangrijke partners voor zowel de zorgvrager als de professionele zorgverlener. Met name in de thuissituatie spelen mantelzorgers een essentiële rol bij het ondersteunen van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) voor hun dierbare. Zo ondersteunen mantelzorgers hun naasten bij het wassen, aankleden, toiletgang, uiterlijke verzorging, mobiliteit binnenshuis of het eten en drinken. Mantelzorgers, die in de thuissituatie ADL-zorg verlenen, zijn vaak op meerdere momenten gedurende de dag betrokken bij de zorg. Met name bij mensen met chronische aandoeningen of ouderen kan de ADL-zorgbehoefte geleidelijk toenemen. Soms tot het punt waarop de mantelzorger continu en zonder respijt belast is met ADL-gerelateerde ondersteuning. Mantelzorgondersteuning bij ADL-ondersteuning kan voldoening geven, maar kan ook als belastend ervaren worden voor zowel de zorgvrager als de mantelzorger. Het doorlopende karakter van ADL-zorg en de fysieke inspanning van ondersteuning bij bijvoorbeeld transfers en helpen met wassen en aankleden, maken dat ondersteuning bij ADL door de mantelzorgers zowel fysiek als mentaal als het zwaarste onderdeel van mantelzorg kan worden ervaren (Hoefman, 2015). Mantelzorgondersteuning is cruciaal in alle zorgsettingen. Ook binnen intramurale zorgsettingen, zoals in de langdurige verpleeghuiszorg of GGZ-instellingen, groeit de betrokkenheid van mantelzorgers, ook tijdens ADL-zorgmomenten (de Boer, de Klerk, Verbeek-Oudijk, & Plaisier, 2020). Dit maakt ook dat ADL-zorg een factor zou kunnen zijn die bijdraagt aan mogelijke overbelasting van de mantelzorger.

### Onderliggende knelpunten

Zorgverlening in de driehoek tussen zorgvrager, mantelzorger en professionele zorgverlener kan gepaard gaan met knelpunten, met name wanneer er onvoldoende aandacht is voor de behoeften van de zorgvrager, de mantelzorger en de professionele zorgverlener. Ook uit de knelpuntenanalyse die voor deze richtlijn is uitgevoerd, blijkt dat mantelzorgers onvoldoende aandacht van zorgverleners ervaren voor hun behoeften, mogelijke overbelasting of ondersteuningsmogelijkheden. Ook vinden mantelzorgers dat hun expertise (te) weinig wordt ingezet bij de ADL-zorg. Een mantelzorger weet bijvoorbeeld hoe de zorgvrager het liefst geholpen wil worden, wat iemand fijn vindt en wat goed werkt. Tegelijkertijd willen mantelzorgers hun kennis en vaardigheden in het bieden van de juiste ADL-zorg vergroten door gebruik te maken van de expertise van professionele zorgverleners. Tenslotte wordt het regelen van de juiste ADL-zorg door mantelzorgers als ingewikkeld ervaren. Het regelen van de zorg kost de mantelzorgers veel tijd – die er vaak niet is – en geeft de mantelzorger het gevoel dat hij/zij van het kastje naar de muur-gestuurd wordt. Bovendien ontbreekt een aanspreekpunt voor vragen van de mantelzorger veelal. Andere knelpunten kunnen ontstaan wanneer de belangen en verwachtingen van de zorgvrager en/of mantelzorger enerzijds en de professionele zorgverlener anderzijds uiteenlopen. Soms verschilt het beeld van de professionele zorgverlener, de zorgvrager en de mantelzorger over hoe vaak en op welke manier de ADL-zorg geboden moet worden. In deze uitgangsvraag worden professionele zorgverleners handvatten geboden om adequaat in te spelen op behoeften en mogelijkheden van mantelzorgers

### Uitgangsvraag 4

Deze uitgangsvraag omvat aanbevelingen voor verpleegkundigen en verzorgenden die antwoord geven op de vraag:

**“Op welke manier kan de mantelzorger op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden bij het leveren van ADL-zorg?”**

### Werkwijze

Deze uitgangsvraag bestaat uit drie aanbevelingen, gericht op het ondersteunen van mantelzorgers in de ADL-zorg. In dit deel zijn de aanbevelingen gebaseerd op bevindingen uit een literatuur quickscan en de inhoudelijke expertise en praktijkervaringen in de ADL-zorg van de werkgroep. Deze zijn opgenomen in de overwegingen van de aanbevelingen. In de bijlage van deze uitgangsvraag is de verantwoording van deze uitgangsvraag opgenomen waarin de totstandkoming en gehanteerde werkwijze is beschreven en onderbouwd.

# Aanbevelingen

In onderstaand deel van deze uitgangsvraag zijn de aanbevelingen voor het betrekken en ondersteunen van mantelzorgers in de ADL-zorg uitgewerkt. Een belangrijk uitgangspunt voor alle bevindingen is dat de betrokkenheid van de mantelzorgers plaatsvindt in afstemming met en bij voorkeur op wens van de zorgvrager.

## Uitgangsvraag 4; Aanbevelingen op een rij

### DOEN

#### Aanbeveling 1 DOEN

Ga in een gesprek met de mantelzorgers na in hoeverre de mantelzorgers zich competent voelt en de kennis en vaardigheden bezit om de zorgvrager bij de ADL-zorg te ondersteunen.

#### Aanbeveling 3 DOEN

Ondersteun de mantelzorgers tijdens ADL-zorgmomenten in afstemming met de mantelzorgers en de zorgvrager.

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 2 OVERWEEG

Overweeg de mantelzorgers te ondersteunen door het geven van ADL-specifieke informatie en advies.

**De nadere toelichting en uitwerking van de aanbevelingen volgen onderstaand/hierna.**

**DOEN****Aanbeveling 1**

Ga in een gesprek met de mantelzorgers na in hoeverre de mantelzorgers zich competent voelen en de kennis en vaardigheden bezit om de zorgvrager bij de ADL-zorg te ondersteunen.

Dit kan worden bereikt met de volgende aanpak:

- Bespreek met de mantelzorgers of hij/zich voldoende competent voelt in het ondersteunen van de voor de zorgvrager nodige ADL-aspecten;
- Houd er hierbij rekening mee dat mannelijke mantelzorgers zich mogelijk minder competent kunnen voelen in het ondersteunen van sanitaire hygiëne dan bijvoorbeeld vrouwelijke mantelzorgers en dat oudere mantelzorgers zich minder competent kunnen voelen in voeding, mobiliteit en transfers dan bijvoorbeeld jongere mantelzorgers;
- Houd er rekening mee dat mantelzorgers op het eerste gezicht competent lijken te zijn en achteraf toch meer ondersteuning nodig blijkt door regelmatig te vragen hoe de mantelzorgers de ADL-ondersteuning ervaart;
- Wanneer je een beeld wil krijgen van de algemene draaglast en draagkracht van de mantelzorgers kun je het gebruik van een passend instrument overwegen. De richtlijn mantelzorg beveelt algemene en specifieke meetinstrumenten aan voor het vaststellen en bespreken van draaglast voor verschillende types mantelzorgers, waaronder: de Positieve Ervaringen Schaal (PES), Caregiver Strain Index (CSI), Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ), Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus) specifiek voor werkende mantelzorgers, en Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO) voor jonge mantelzorgers.

**Onderbouwing:**

Uit de studie van Dixe et al. (2019) blijkt dat er verschillen tussen mantelzorgers zijn in hun ervaren competenties voor het ondersteunen in ADL. Vrouwelijke mantelzorgers geven aan zich significant competentier te voelen op het gebied van sanitaire hygiëne vergeleken met mannelijke mantelzorgers. Oudere mantelzorgers zien zichzelf als minder competent op bepaalde ADL-aspecten, zoals voeding, mobiliteit en transfers. Dixe et al. (2019) adviseren met name voor het ontslag van ziekenhuis naar huis, de behoeften en competenties van de informele zorgverlener te erkennen en ermee rekening te houden, om mantelzorgers in staat te stellen voor hun naasten te zorgen, om zo de mantelzorgbelasting te verminderen. Aanvullend hierop bevelen de auteurs van de richtlijn mantelzorgondersteuning diverse meetinstrumenten aan die kunnen bijdragen aan het bespreken en meten van draagkracht en draaglast van mantelzorgers. Deze meetinstrumenten zijn onder meer a) de Positieve Ervaringen Schaal (PES), b) Caregiver Strain Index (CSI), c) Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ), d) Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus) die specifiek bedoeld is voor werkende mantelzorgers en e) Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO) voor jonge mantelzorgers. Deze instrumenten zijn te vinden in uitgangsvraag 2 van de richtlijn mantelzorgondersteuning.

**Overwegingen vanuit de werkgroep:**

De werkgroep is het eens met de aanbeveling uit de literatuur en vult daarop aan dat het belangrijk is om erbij stil te staan dat mantelzorgers soms competent lijken te zijn, maar bepaalde handelingen toch niet willen of durven uitvoeren. De ADL-werkgroep onderstreept het belang van het aandacht hebben voor en monitoren van mogelijke overbelasting van de mantelzorgers. Verder wordt door de werkgroep benadrukt dat de zorgverlener een signaleringsrol heeft bij overbelasting van de mantelzorgers en erop gericht moet zijn overbelasting te voorkomen. De werkgroep geeft aan dat het belangrijk is om af te wegen wanneer het punt bereikt wordt waarop de situatie voor de mantelzorgers niet meer houdbaar is, omdat overbelasting van de mantelzorgers kan leiden tot het onbedoeld niet (meer) geven van ADL-zorg op de momenten dat de professional er niet is.

**Conclusie:**

**NIVEAU 4:  
MENINGEN VAN  
EXPERTS**

De werkgroep is van mening dat het belangrijk is om stil te staan bij het gevoel van competentie van de mantelzorgers en hun eigen observaties van competentie van de mantelzorgers en dit ook te gedurende de ADL-zorg te blijven monitoren.

**OVERWEEG****Aanbeveling 2**

Overweeg de mantelzorgers te ondersteunen door het geven van ADL-specifieke informatie en advies.

Dit kan worden bereikt met de volgende aanpak:

- Informeer mantelzorgers gericht en proactief over hoe de mantelzorgers bij het uitvoeren van ADL kan ondersteunen;
- Kies in het informeren van mantelzorgers strategieën die aansluiten bij de situatie van de mantelzorgers. Kies bijvoorbeeld voor een persoonsgerichte aanpak met informatie op maat; Pas hiervoor de wijze waarop uitleg wordt gegeven aan op het kennisniveau en begrip van de mantelzorgers;
- Geef aan waar iemand terecht kan met vragen over bijvoorbeeld aanvragen van hulpmiddelen, advies over hulpmiddelen en woningaanpassingen en dergelijke of verwijs afhankelijk van de vraag door naar de ergo- of fysiotherapeut of de hulpmiddelenleverancier;
- Geef wanneer nodig praktisch advies aan de mantelzorgers die de ADL-zorg kan vergemakkelijken; bijvoorbeeld adviezen over verschillende soorten kleding of verwijs door naar de ergo- of fysiotherapeut bij praktische vraagstukken rondom transfers bijvoorbeeld;
- Leg aan de mantelzorgers uit waarom bepaalde keuzes in ADL-zorg zijn gemaakt om onnodige belasting of onbegrip van de mantelzorgers voorkomen.

**Onderbouwing**

Dixé et al. (2019) geven aan dat verpleegkundigen en verzorgenden de meeste informatie aan mantelzorgers verstrekken. Uit de studie blijkt verder dat een derde van de mantelzorgers geen informatie ontvangt over de ADL-aspecten baden, uiterlijke verzorging en aankleden en toiletgebruik. Verder ontving een deel van de mantelzorgers geen informatie over de financiële ondersteuning (39,9%) en hulpmiddelen (28,0%). Dixé et al. (2019) concluderen dat de informatie die de verzorgers kregen niet voldoende was om mantelzorgers beter in staat te stellen hun naasten bij de ADL-te ondersteunen.

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

Om de mantelzorgers bij de ADL-zorg te betrekken, beveelt de werkgroep aan om de mantelzorgers actief te informeren over ADL-specifieke onderwerpen die kunnen helpen om de mantelzorg te vergemakkelijken, zoals praktische tips om wassen of aankleden te vergemakkelijken. Het delen van deze tips met de mantelzorgers ziet de werkgroep als nuttig voor zorgvrager én mantelzorgers. Verder geeft de werkgroep aan dat een verwijzing naar de ergo- of fysiotherapeut zinvol is als specifiek advies over aanpassingen van de omgeving of het gebruik van (transfer-/of loop-) hulpmiddelen gewenst is.

**Conclusie:****NIVEAU 4:  
MENINGEN VAN  
EXPERTS**

De werkgroep is van mening dat de mantelzorgers in de ADL-zorg ondersteund kan worden door het verstrekken van ADL-specifieke informatie en advies en zo nodig het doorverwijzen naar de ergotherapeut.

**DOEN****Aanbeveling 3**

Ondersteun de mantelzorg tijdens ADL-zorgmomenten in afstemming met de mantelzorg en de zorgvrager.

Dit kan worden bereikt met de volgende aanpak:

- Laat praktisch zien hoe je iemand ondersteunt bij de ADL-handelingen om kennis en vaardigheden bij de mantelzorg te vergroten, of voer de ADL-zorg samen uit;
- Instrueer de mantelzorg hoe hij/zij zelf gebruik kan maken van hulpmiddelen om de mantelzorg bij ADL te vergemakkelijken. Denk aan hoe om te gaan met hulpmiddelen, zoals loophulpmiddelen, douchestoelen, et cetera (mogelijk in samenspraak met een ergo- of fysiotherapeut)).

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep adviseert om mantelzorgers, die door een acute aandoening bij de zorgvrager die gepaard gaat met functieverlies met een voor hen nieuwe zorgsituatie te maken krijgen, actief te betrekken tijdens de ADL-zorg van de zorgvrager. Tijdens die zorgmomenten kan de zorgverlener de mantelzorg praktische handvatten geven, bijvoorbeeld met betrekking tot aankleden wanneer er sprake is van een halfzijdige verlamming. Door de ADL-zorg gezamenlijk met de mantelzorg uit te voeren, kan de zorgverlener een coachende rol aannemen en kan de mantelzorg ervaring opdoen. Het is van belang dat zowel de mantelzorg als de zorgvrager het hiermee eens zijn. Ook meer ervaren mantelzorgers die handvatten nodig hebben om de eigen ADL-mantelzorg beter vorm te geven kunnen op deze manier leren van de expertise van de zorgverlener. Het hierbij praktisch laten zien of ontvangen van instructies over het gebruik van bijvoorbeeld hulpmiddelen wordt door de werkgroep als waardevolle strategie aanbevolen. Verder geeft de werkgroep aan dat een verwijzing naar de ergo- of fysiotherapeut zinvol is als er specifiek advies over aanpassingen van de omgeving of het gebruik van hulpmiddelen gewenst is, voor ergonomische adviezen rondom de zorgtaken of bij advisering rondom energiemangement van de mantelzorg, om overbelasting te voorkomen.

**Praktijkvoorbeeld: Intramurale mantelzorg bij ADL geeft ruimte voor een ongestoord moment van samen zijn tussen mantelzorg en zorgvrager.**

De mantelzorg komt regelmatig op bezoek bij de zorgvrager tijdens een douchemoment in het verpleeghuis en vindt het heerlijk om met de zorgvrager samen een beetje te tuttelen. Zorgverleners ondersteunen in de transfers of het uitkleden van de zorgvrager en zorgen ervoor dat de zorgvrager klaar is om te douchen. De mantelzorg neemt vervolgens het douchen over. Dit geeft de zorgverlener en mantelzorg tegelijkertijd de mogelijkheid een moment samen te zijn zonder gestoord te worden, bijvoorbeeld wanneer de deur op slot is en de privacy gewaarborgd is.

**Conclusie:****NIVEAU 4:  
MENINGEN VAN  
EXPERTS**

De werkgroep is van mening dat de mantelzorg in de ADL-zorg ondersteund kan worden door hem/haar tijdens de ADL-zorg praktische handelingen te laten zien of instructie te geven over het uitvoeren van ADL-specifieke handelingen.





# **Uitgangsvraag 5**

**Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor het signaleren van gezondheidsrisico's en - problemen?**

**december 2022**

# Inleiding

## Aanleiding en doel

Zorgvragers kunnen risico's lopen op het gebied van gezondheid. Daarom is het belangrijk om constant alert te zijn op mogelijke gezondheidsrisico's. Hoe eerder risico's gesignaleerd kunnen worden hoe beter.

Zorgverleners ondersteunen bij activiteiten die dagelijks of meerdere keren per dag uitgevoerd worden en vaak gedurende een langere periode. Deze zorgmomenten, zoals bij ADL, bieden zorgverleners de mogelijkheid om een beeld te vormen van de situatie van de zorgvrager en na te gaan of er sprake is van veranderingen die kunnen duiden op gezondheidsrisico's.

### Onderliggende knelpunten

Risicosignalering is een doorlopend proces waarin je dagelijks eventuele risico's signaleert en opvolgt

Uit de voor deze uitgangsvraag uitgevoerde knelpuntenanalyse blijkt dat de ADL-zorg nog onvoldoende wordt ingezet om risico's op gezondheidsproblemen te signaleren. Zorgverleners lijken zich er niet altijd bewust van te zijn dat en hoe ADL-zorg kan bijdragen aan vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's.

### Uitgangsvraag 5

Op basis van de opgehaalde knelpunten is de volgende uitgangsvraag geformuleerd:

**"Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor het signaleren van gezondheidsrisico's en -problemen?"**

Het doel van deze uitgangsvraag is het aanreiken van handvatten aan verpleegkundigen en verzorgenden over hoe tijdens ADL-zorg mogelijke gezondheidsproblemen vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden. Hierbij gaat het niet om het vroegtijdig opsporen van kwetsbare groepen die nog niet in zorg zijn, of signaleringshuisbezoeken, maar om het inzetten van het reguliere ADL-proces als moment om mogelijke risico's te signaleren om vervolgens eventueel actie te ondernemen.

### Werkwijze

Deze uitgangsvraag bestaat uit vier aanbevelingen die op basis van grijze literatuur en consensus van expertmeningen zijn geformuleerd. De verantwoording van deze uitgangsvraag is in de bijlage 8 te vinden, waarin de totstandkoming en gehanteerde werkwijze is beschreven en onderbouwd.

# Aanbevelingen

## Uitgangsvraag 5; Aanbevelingen op een rij

### OVERWEEG

#### Aanbeveling 1 OVERWEEG

Overweeg om bij de risicosignalering in de ADL-zorg de stappen van het methodisch werken te volgen.

#### Aanbeveling 2 OVERWEEG

Overweeg mogelijke risico's en/of veranderingen op het gebied van gezondheid en welzijn tijdens de ADL-zorg te verkennen en deze vast te stellen.

#### Aanbeveling 3 OVERWEEG

Overweeg de zorgvrager en/of de mantelzorger door middel van een gesprek bij het beslissen over passende vervolgacties te betrekken en stem deze acties af met het betrokkenen (interprofessionele) team.

#### Aanbeveling 4 OVERWEEG

Overweeg om samen met de zorgvrager te evalueren of de uitgevoerde acties hebben bijgedragen aan het verminderen van risico's.

**De nadere toelichting en uitwerking van de aanbevelingen volgen onderstaand/hierna.**

**OVERWEEG****Aanbeveling 1**

Overweeg om bij de risicosignalering in de ADL-zorg de stappen van het methodisch werken te volgen.

De stappen zijn als volgt:

- ✓ Verkennen & vaststellen: Voer in elk ADL-zorgmoment gerichte observaties uit om vast te stellen of er sprake is van verandering of mogelijke risico's en betrek de zorgvrager hierbij. Betrek de zorgvrager en, met toestemming van de zorgvrager, ook de directe sociale omgeving van de zorgvrager of collega's bij je waarnemingen;
- ✓ Plannen & doen/opvolgen: Zet, in overleg met de zorgvrager, en in afstemming met betrokken collega's, passende acties in;
- ✓ Evalueren & bijstellen: Evalueer de uitgevoerde acties in overleg met de zorgvrager en andere betrokkenen.

**Onderbouwing**

Uit de publicatie van van Halem en Groot (2016) komt duidelijk naar voren dat risicosignalering binnen het zorgproces als "een cyclus binnen een cyclus" kan worden gezien. Dat vraagt van de zorgverlener planmatig te werk te gaan "om vraaggericht, systematisch, doelgericht en professioneel te kunnen handelen" (van Halem & Groot, 2016). Om planmatig te werken in het kader van risicosignalering moet er aandacht zijn voor een goede observatie van de zorgvrager, een inschatting van de situatie van de zorgvrager en het plannen en uitvoeren van de hierbij passende acties en evaluaties (van Halem & Groot, 2016; Zorg voor Beter Kennisplein, 2020).

Onderstaande tabel maakt inzichtelijk op welke wijze risicosignalering deel uitmaakt van het zorgproces. In de tabel zie je hoe de stappen zich tot elkaar verhouden.

Tabel 4: Risicosignalering binnen het zorgproces

Risicosignalering binnen het zorgproces		
Zorgproces	Risicosignalering	Praktijkvoorbeeld
Verzamelen van informatie. Vaststellen van behoeften en problemen.	Verkennen en vaststellen.	Meneer Janssen ontvangt vanwege zijn aangeboren fysieke beperkingen dagelijks hulp bij het wassen en aankleden. Tijdens het uitkleden van de zorgvrager neemt de zorgverlener een verandering van de huid op de rug van de zorgvrager waar. Na observatie blijkt het een wondje te zijn. De zorgverlener deelt deze observatie met de zorgvrager. <i>"Ik zie dat uw huid is veranderd op de onderrug, het lijkt een klein wondje te zijn. Heeft u daar last van?"</i> . De zorgvrager bevestigt dat hij de afgelopen dagen een pijnlijk plekje heeft gevoeld. De zorgverlener stelt voor om hiervoor contact op te nemen met de huisarts. <i>"Ik zou dit toch een keer laten bekijken door de huisarts om te voorkomen dat dit gaat ontsteken. Wat vindt u daarvan?"</i> .
Vaststellen van zorgdoelen. Vaststellen van en plannen van zorgactiviteiten	Plannen en doen/opvolgen.	Samen komen ze tot de conclusie dat het nodig is de plek door de huisarts te laten bekijken. De zorgverlener benadert de huisarts en draagt de observaties aan de huisarts over. Ook noteert ze de observaties en de met de zorgvrager besproken stappen in de dagelijkse rapportage. Na het consult

volgens planning uitvoeren en rapporteren van de zorgactiviteiten.		bij de huisarts heeft de zorgverlener contact met de huisarts voor een terugkoppeling en rapporteert de uitkomst in het zorgdossier.
Evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg.	Evalueren en bijstellen.	Na het bezoek van de huisarts komt een andere zorgverlener bij de zorgvrager thuis en koppelt het volgende terug: <i>"Ik las in uw dossier dat u last had van een wondje aan de rug. U bent hiervoor bij de huisarts geweest die een zalf heeft voorgeschreven"</i> . Ze spreken samen af dat de zalf elke ochtend na het wassen door de zorgverlener wordt aangebracht en dat ze samen monitoren of de pijnlijke plek vermindert. Deze afspraken worden genoteerd in de rapportage op de daarvoor bestemde plek.
(van Halem & Groot, 2016)		

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep bevestigt dat risicosignalering onderdeel moet zijn van het methodisch werken tijdens de ADL-zorg.

### Conclusie

NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS	De werkgroep is van mening dat het volgen van de stappen van methodisch werken kan bijdragen aan het toepassen van risicosignalering in de ADL-zorg.
------------------------------------	--

**OVERWEEG****Aanbeveling 2**

Overweeg mogelijke risico's en/of veranderingen op het gebied van gezondheid en welzijn tijdens de ADL-zorg te verkennen en deze vast te stellen.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Gebruik in elk ADL-zorg- of contactmoment je zintuigen om bij de zorgvrager veranderingen en/of mogelijke risico's waar te nemen;
- ✓ Wanneer je veranderingen waarneemt, betrek de zorgvrager dan hierbij. Maak je observaties bespreekbaar. Stel hierbij vragen om nog meer te weten te komen over de veranderingen die je hebt waargenomen. Toets je waarnemingen bij de zorgvrager;
- ✓ Betrek de sociale omgeving van de zorgvrager om je waarnemingen te toetsen (mits je daarvoor toestemming van de zorgvrager hebt). Vraag aan hen of er iets is opgevallen en of zij mogelijk een niet-pluis-gevoel delen of zich zorgen maken;
- ✓ Vraag je collega's, maar ook de huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, of mogelijk andere betrokken zorgverleners of zij hetzelfde hebben waargenomen;
- ✓ Leg je observaties vast in het zorgplan.

**Onderbouwing**

Door gerichte observaties neemt de zorgverlener veranderingen waar die kunnen duiden op mogelijke risico's. Het Zorg voor Beter Kennisplein benadrukt het belang van voortdurende observatie tijdens elk contact met alle zintuigen. Hierbij observeer je doelgericht, om zowel de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg te verbeteren door mogelijke risico's tijdig te signaleren. Veranderingen worden waargenomen door te zien, te horen, te ruiken en te voelen (Zorg voor Beter Kennisplein).

Veelgebruikte hulpmiddelen voor observaties zijn gebundeld op de website van Zorg voor Beter.

Op deze website wordt verwezen naar:

- ✓ Verkorte Checklist Veilige Zorg (Zorg voor Beter Kennisplein, 2015):  
[https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Verkorte\\_hecklist\\_Veilige\\_Zorg\\_Risicosignalering.pdf](https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Verkorte_hecklist_Veilige_Zorg_Risicosignalering.pdf)
- ✓ Teamscan Risicosignalering:  
<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/risicosignalering/Teamscan-risicosignalering.pdf>
- ✓ Werkbladen over het signaleren gezondheidsrisico's:  
<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/risicosignalering/werkbladen-VenVN.pdf>
- ✓ Richtlijnen voor verslaglegging zorginhoudelijke richtlijnen over:
  - Huidletsel: <https://www.zorgvoorbeter.nl/huidletsel/richtlijnen-ouderenzorg>
  - Ondervoeding of overgewicht: <https://www.zorgvoorbeter.nl/eten-en-drinken/richtlijnen>
  - Vallen: <https://www.zorgvoorbeter.nl/valpreventie-ouderen/richtlijnen>
  - Verslaglegging<sup>4</sup>: <https://www.venvn.nl/media/jutbak5v/verple-1.pdf>
  - Medicatiegebruik: <https://www.zorgvoorbeter.nl/medicatieveiligheid/richtlijnen-veilige-principes>
  - Depressie: <https://www.zorgvoorbeter.nl/depressie/richtlijnen-depressie-ouderen/kwaliteitsnorm>
  - Incontinentie: <https://www.zorgvoorbeter.nl/incontinentie/richtlijnen-incontinentie>

In deze richtlijn wordt niet verder ingegaan op deze afzonderlijke instrumenten en wanneer en hoe deze ingezet kunnen worden. Dit valt buiten de reikwijdte van deze richtlijn. Naast de voorhanden

<sup>4</sup> De richtlijn Verslaglegging wordt op het moment herzien.

zijnde instrumenten geven gesprekken met de zorgvrager inzicht in mogelijke veranderingen in de situatie die kunnen duiden op mogelijk aanwezige risico's (van Halem & Groot, 2016; Zorg voor Beter Kennisplein). Tijdens een gesprek met de zorgvrager zijn observaties veelal ondersteunend bij het verhaal van de zorgvrager en zijn/haar naasten. Het stellen van de juiste vragen is hierbij belangrijk. Hiervoor biedt de geïdentificeerde literatuur (van Halem & Groot, 2016; Zorg voor Beter Kennisplein, 2020) handvatten en hulpmiddelen:

Voorbeeldvragen uit Van Halem en Groot (2016, p.32).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar hebt u last van? Of hebt u ergens angst voor?</li> <li>- Hoe is dat voor u?</li> <li>- Wat is er veranderd?</li> <li>- Hoe ging dat voorheen?</li> <li>- Hoe ging dat vroeger, hoe was u dat gewend?</li> <li>- Waarbij kunt u hulp of ondersteuning gebruiken?</li> <li>- Wat vindt u nu belangrijk?</li> <li>- Wat wilt u het liefst bereiken?</li> <li>- Zijn er volgens u ook andere zorgverleners en behandelaars nodig?</li> </ul>
Zorg voor Beter algemene communicatieadviezen (geraadpleegd op 23-03-2021).	Handvatten: Goed in gesprek: <a href="https://www.zorgvoorbeter.nl/communiceren-in-de-zorg">https://www.zorgvoorbeter.nl/communiceren-in-de-zorg</a>

Ook adviseert Zorg voor Beter Kennisplein (2015) en Van Halem en Groot (2016) om met toestemming van de zorgvrager, de familie of mantelzorgers van zorgvragers bij een gesprek met de zorgvrager te betrekken. Door aan hen te vragen wat is opgevallen en of zij het mogelijke niet-pluis-gevoel delen of zich zorgen maken, kan aanvullende informatie worden verkregen. Aanvullend bevelen het Zorg voor Beter Kennisplein (2020) en Van Halem en Groot (2016) aan om je eigen observaties ter verheldering of toetsing te bespreken met collega-zorgverleners binnen en buiten de V&V.

Ten slotte wordt in de literatuur benadrukt dat een goede verslaglegging van belang is wanneer veranderingen zijn opgevallen. Het is belangrijk dat hierin de afspraken met collega's worden meegenomen over wie, wat en wanneer rapporteert op het moment dat mogelijke risico's worden waargenomen. Zo kan worden nagegaan of afgesproken vervolgacties zijn uitgevoerd (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020).

### Overwegingen vanuit de werkgroep

Binnen de werkgroep is er consensus over het feit dat ADL-zorg een sleutelmoment is om mogelijke risico's en/of gezondheidsproblemen op te sporen. Volgens de werkgroepleden zijn ADL-zorgmomenten bij uitstek geschikt om veranderingen op fysiek, cognitief, sociaal of emotioneel gebied waar te nemen. Als zorgverlener gebruik je je professionele kijk op de zorg als "radar" om veranderingen op de genoemde gebieden met alle zintuigen waar te nemen.

Enkele voorbeelden vanuit de werkgroep over het inzetten van zintuigen tijdens de ADL-zorgmomenten om de situatie van de zorgvrager op mogelijk risico's te verkennen:

**Zien:** Ziet de zorgvrager er anders uit? Is er bijvoorbeeld sprake van veranderingen van de huid? Zijn er blauwe plekken of wondjes? Is er sprake van zichtbaar gewichtsverlies? Beweegt de zorgvrager anders? Merk ik dat het langer duurt voordat de zorgvrager de deur opendoet dan normaal? Zie ik een verandering in het (verbale en non-verbale) gedrag van de zorgvrager? Hoe ziet de omgeving van de zorgvrager eruit? Is het minder opgeruimd, hygiënisch of schoon dan normaal?

**Ruiken:** Ruikt de zorgvrager of zijn/haar omgeving anders dan normaal? Ruikt het er bijvoorbeeld naar urine? Is er in de omgeving sprake van bedorven voedsel of maaltijden?

**Horen:** Praat de zorgvrager op een andere manier? Heeft hij of zij moeite met praten of praat hij of zij juist harder dan normaal? Vertelt de zorgvrager dingen die kunnen duiden op mogelijke risico's? Praat de zorgvrager ineens niet meer of minder? Vertoont de zorgvrager roepgedrag?

**Voelen:** Neem ik een andere temperatuur waar, is er sprake van een verhoogde temperatuur of koorts? Zijn handen of voeten bijvoorbeeld kouder dan normaal? Voelen gewrichten of specifieke plekken warmer aan dan normaal? Is er bijvoorbeeld tijdens het wassen of aankleden sprake van verhoogde lichaamsspanning of afweerspanning?

De werkgroep benadrukt bovendien het belang van aandacht voor veranderingen in het gedrag van de zorgvrager. Wanneer is iets anders dan normaal? Ook veranderingen in gedrag kunnen immers duiden op gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld delier bij urineweginfectie). Ook zorg bij de toiletgang kan informatie opleveren over mogelijke risico's of problemen: problemen met de stoelgang, moeite met plassen, et cetera.

Het is niet alleen belangrijk om op veranderingen in gedrag te letten, maar ook op gedrag dat achterwege blijft. Bijvoorbeeld wanneer gebruikelijke loopdrang of roepgedrag van de zorgvrager verdwijnt. Niet alleen de situatie van de zorgvrager, maar ook de situatie van de mantelzorgers kan duiden op mogelijke risico's voor de zorgvrager. De werkgroep benadrukt dat een overbelaste mantelzorger ook gezien kan worden als mogelijk risico voor de zorgvrager. Mogelijke overbelasting moet dus ook gesignaleerd worden door de zorgverlener. Hoe de mantelzorgers betrokken en ondersteund kan worden in de ADL-zorg is verder uitgewerkt in Uitgangsvraag 5. Handvatten voor het inventariseren, voorkomen en verminderen van overbelasting van mantelzorgers zijn in de richtlijn Mantelzorg te vinden (V&VN, 2020a).

### Zorgvrager-perspectief

Op het moment dat er mogelijke risico's door de zorgverlener worden waargenomen, is het essentieel voor de zorgvrager dat deze observaties met hem/haar besproken worden. Daarmee wordt de zorgvrager in staat gesteld aan te geven in welke mate het mogelijk probleem door hem/haar zelf als een probleem wordt ervaren en wordt de zorgvrager in staat gesteld gezamenlijk besluiten over passende acties te nemen (zie Aanbeveling 3). Zorgvragers uit de werkgroep geven aan dat gelijkwaardigheid in deze gesprekken voorop moet staan om eigen regie van de zorgvrager te behouden.

De werkgroep concludeert gezamenlijk dat de regie over welke acties op basis van de waarnemingen worden uitgezet zoveel mogelijk bij de zorgvrager dient te worden gelegd/gelaten. Hij/zij wordt op de hoogte gebracht van de observatie en besproken wordt in welke mate het geobserveerde probleem ook voor de zorgvrager een probleem is en welke acties hij/zij wenst. De zorgverlener bespreekt met de zorgvrager mogelijke vervolgacties en samen bepalen zij welke vervolgacties ingezet worden.

#### Praktijkvoorbeeld: Wanneer is iets is een risico?

Mevrouw de Bruin woont in een verpleeghuis en is grotendeels ADL-zelfstandig. Op een dag ziet Lisa, de eerstverantwoordelijke van mevrouw, dat mevrouw de Bruin haar benen in de wasbak van de badkamer legt om haar benen en voeten te wassen. Dit had Lisa nog niet eerder gezien. Lisa maakt zich zorgen over het valrisico van mevrouw tijdens deze wasactiviteit. Lisa spreekt mevrouw hierop aan: "Ik zie dat u uw benen in de wasbak legt om uw benen te wassen?". Mevrouw geeft aan dit de laatste tijd altijd al zo te hebben gedaan omdat



zij moeite heeft met het bukken. Lisa benoemt dat zij zich zorgen maakt over het mogelijke valrisico en stelt voor aan mevrouw om de ergotherapeut van de afdeling te vragen om een keer mee te kijken. Misschien dat de ergotherapeut nog aanvullende adviezen heeft of kan inschatten of het veilig kan. Dit is voor mevrouw akkoord en na een gezamenlijke observatie werd besloten dat de was-techniek van mevrouw de Bruin vanuit het belang van eigen regie, niet werd aangepast gezien de geringe valrisico's.

### Conclusie

#### NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS

De werkgroep is van mening dat het verkennen en vaststellen van mogelijke risico's in de ADL-zorg een belangrijke stap is in het methodisch werken bij het inzetten van risicosignalering in de ADL-zorg.

**OVERWEEG****Aanbeveling 3**

Overweeg de zorgvrager en/of de mantelzorger door middel van een gesprek bij het beslissen over passende vervolgacties te betrekken en stem deze acties af met het betrokkenen (interprofessionele) team.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Bespreek met de zorgvrager welke acties nodig zouden zijn om risico's te voorkomen en/of te signaleren;
- ✓ Betrek de mantelzorger van de zorgvrager (mits je daarvoor toestemming van de zorgvrager hebt). Weeg zijn/haar expertise mee in het uitzetten van passende acties;
- ✓ Kies voor acties die passen bij je eigen rol en je professionele expertise. Schakel in overleg met de zorgvrager aanvullende expertise in of verwijs door voor een opvolging van de gesignaleerde risico's;
- ✓ Leg in het zorgplan vast wanneer je deze acties samen met de zorgvrager en de betrokken zorgverleners evalueert.

**Onderbouwing**

De literatuur geeft aan dat het uitzetten van passende acties in afstemming met de zorgvrager, mantelzorgers en mogelijk andere collega's essentieel onderdeel uitmaakt van het planmatig werken bij risicosignalering (van Halem & Groot, 2016). De volgende acties zijn afkomstig uit de beschikbare literatuur op het Kennisplein Zorg voor Beter (2020) en van Halem en Groot (2016):

- ✓ Geven van advies of voorlichting over de risico's, de gevolgen en de mogelijkheden om risico's te voorkomen.
- ✓ Samen doelen stellen om risico's te verkleinen of te beperken (bijvoorbeeld regelmatig bewegen)
- ✓ Motiveren en stimuleren van zelfredzaamheid
- ✓ Duidelijk en concreet rapporteren van de situatie van de zorgvrager en van mogelijke veranderingen
- ✓ Verder screenen en onderzoeken van veranderingen die kunnen duiden op risico's
- ✓ Actief monitoren van de status van de zorgvrager
- ✓ Doorverwijzen naar andere zorgverleners

Concrete handvatten voor de praktische invulling van deze acties zijn hier te vinden:

- ✓ <https://www.zorgvoorbeter.nl/risicosignalering/aanpak/opvolging>
- ✓ <https://link.springer.com/article/10.1007/s12632-016-0036-x>
- ✓ <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/risicosignalering/werkbladen-VenVN.pdf>

Het vaststellen van een evaluatiemoment hoort bij een goede planning. Deze afspraken over vervolgacties worden ook in het zorgplan vermeld (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020).

**Overwegingen vanuit de werkgroep**

De werkgroep geeft aan dat ook de zorgvrager een duidelijke rol heeft in het uitzetten van de acties die wel of niet door de zorgverlener worden uitgezet wanneer er tijdens de ADL-zorg veranderingen of mogelijke risico's zijn waargenomen. Ook hier bevestigt de werkgroep de literatuur: zorgvrager of sociale omgeving dienen zoveel mogelijk betrokken te worden bij het kiezen voor passende acties. De werkgroep scherpt deze bevinding in de literatuur nog wat verder aan: de gekozen acties moeten passen bij de rol van de zorgverlener. De werkgroep geeft aan dat het een kracht van de zorgverlener is om bewust te zijn van zijn/haar professionele grenzen en deze goed in te schatten. Op basis van deze inschatting kan er in overleg met de zorgvrager bewust

gekozen worden voor een doorverwijzing of het inschakelen van aanvullende expertise. Soms kan bijvoorbeeld een huisarts, wondverpleegkundige, ergo- of fysiotherapeut helpen om bepaalde risico's te verminderen.

### Conclusie

#### NIVEAU 4: MENING VAN EXPERTS

De werkgroep is van mening dat het betrekken van de zorgvrager of mantelzorgers in het beslissen over zorgacties hoort bij het volgen van de stappen van methodisch werken en bij kan bijdragen aan het toepassen van risicosignalering in de ADL-zorg.

## OVERWEEG

### Aanbeveling 4

Overweeg om samen met de zorgvrager te evalueren of de uitgevoerde acties hebben bijgedragen aan het verminderen van risico's.

Dit kan worden bereikt door de volgende aanpak:

- ✓ Raadpleeg voor de evaluatie het zorgplan en de hierin beschreven acties;
- ✓ Besteed in een gesprek met de zorgvrager ook aandacht aan het proces van de zorgverlening en de mogelijke samenwerking met andere betrokkenen (de zorgvrager, de zorgverlener, naasten en andere disciplines). Ga na hoe de zorgvrager zijn eigen inspraak in dit proces ervaart;
- ✓ Ga bij de zorgvrager na of er sprake is van nieuwe behoeften en vervolgacties;
- ✓ Evalueer met collega zorgverleners in overleggen zoals het multidisciplinair overleg (MDO) of en hoe de acties hebben bijgedragen aan het verminderen van de risico's;
- ✓ Rapporteer de uitkomsten van het evaluatiegesprek in het zorgplan en breng andere zorgverleners indien nodig op de hoogte.

### Onderbouwing

Op het Kennisplein van Zorg voor Beter wordt aangegeven dat er verschillende redenen kunnen zijn voor een evaluatie in het kader van risicosignalering. Er wordt een zestal voorbeelden aangegeven, die aanleiding geven voor een vroegtijdige evaluatie: wanneer (1) acties geen effect hebben, (2) de situatie van de cliënt of mantelzorgers wijzigt, (3) de lichamelijke of psychische toestand van de cliënt verslechtert of verbetert, (4) je een "niet-pluis"-gevoel hebt, (5) de cliënt of zijn familie behoefte heeft aan evaluatie of (6) andere zorgverleners aangeven zich zorgen te maken.

Van Halem en Groot (2016) beschrijven in hun hoofdstuk het belang van een voortdurende evaluatie tijdens de uitvoering van de zorg met de zorgvrager over hoe het zorgproces verloopt en in hoeverre het gehele zorgproces (verkennen, plannen en doen) heeft bijgedragen aan het verminderen van de risico's. Een gesprek met de zorgvrager richt zich op a) duidelijkheid krijgen of doelen bijgesteld moeten worden en/of b) er verder nog sprake is van nieuwe behoeften en problemen die om vervolgacties vragen.

Van Halem en Groot (2016, p.34) en het Kennisplein Zorg voor Beter bieden inhoudelijke voorbeeldvragen aan die de zorgverlener samen met de zorgvrager kunnen gebruiken in de bespreking van het ADL-zorgproces.

In het gesprek moet aandacht zijn voor het proces van de zorgverlening, de samenwerking met alle betrokkenen (de zorgverlener, de zorgvrager, zijn/haar vertegenwoordiger en andere disciplines) en de manier waarop de zorgvrager zijn/haar inspraak in het zorgproces ervaren heeft.

Naast het gesprek met de zorgvrager is ook evaluatie tussen de betrokken zorgverleners onderling, bijvoorbeeld in de vorm van een MDO (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020). Uitkomsten van de evaluatie met de zorgvrager en met de andere betrokken zorgverleners worden gerapporteerd in het zorgdossier. Indien nodig wordt het zorgplan bijgesteld om de continuïteit van de zorg te waarborgen (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020) en collega's en andere betrokken disciplines goed op de hoogte te houden van de voortgang en eventuele aanpassingen (Van Halem en Groot, 2016).

### Overwegingen vanuit de werkgroep

De werkgroep herkent de principes van het samen evalueren van de uitgevoerde acties en ziet een toegevoegde meerwaarde hiervan in het toepassen van risicosignalering in de ADL-zorg. Het evalueren tijdens de ADL-zorg wordt hierbij door de werkgroep als belangrijk ervaren zodat deze acties voor het signaleren van mogelijk risico's ook kunnen blijven aansluiten bij de situatie van de zorgvrager op dat moment.

## Conclusie

**NIVEAU 4:  
MENING VAN  
EXPERTS**

De werkgroep is van mening dat het betrekken van de zorgvrager of mantelzorgers bij het evalueren van zorgacties hoort bij het volgen van de stappen van methodisch werken en kan bijdragen aan het toepassen van risicosignalering in de ADL-zorg.



# Bijlagen

December 2022

# Bijlage 1

## Algemene achtergrondgegevens

De ontwikkeling van de richtlijn werd uitgevoerd door de Universiteit Maastricht in samenwerking met Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en gefinancierd door ZonMw. V&VN is eigenaar van deze richtlijn.

De richtlijn is door de Universiteit Maastricht ontwikkeld in samenwerking met een hiervoor opgestelde project-, werk- en adviesgroep. De betrokkenheid en de samenstelling van deze groepen is beschreven in bijlage 2.

# Bijlage 2

## Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep

Voor het ontwikkelen van deze richtlijn is een project- werk- en adviesgroep samengesteld. Alle drie de groepen zijn op verschillende manieren betrokken geweest bij het ontwikkeltraject.

### Projectgroep

De projectgroep bestaat uit de hoofd- en medeaanvragers van dit ontwikkeltraject. Een deel van de projectgroep bestond uit een kernteam (\*) dat de projectleiding en de dagelijkse uitvoering van dit ontwikkeltraject heeft uitgevoerd. De andere projectgroepleden zijn bij het ontwikkeltraject betrokken als adviseurs omtrent methodologisch inhoudelijke vraagstukken in het ontwikkelen van de richtlijn en de inhoudelijke uitgangsvragen. De projectgroep is middels acht bijeenkomsten en schriftelijke documentatie op de hoogte gehouden van de voortgang van het ontwikkeltraject en op gezette tijden om advies gevraagd over vaststellen van de knelpunten en uitgangsvragen en het beantwoorden van deze vragen.

Tabel 5 Overzicht projectgroepleden ontwikkeltraject richtlijn zorg bij ADL

Naam	Rol in ontwikkeltraject	Functie en Organisatie
Prof. dr. Sandra Zwakhalen*	Projectleiding	Hoogleraar Verplegingswetenschappen Universiteit Maastricht
Dr. Michel Bleijlevens*	Hoofdaanvrager	Universitair docent Universiteit Maastricht
Dr. Janneke de Man*	Projectgroeplid	Universitair hoofd docent Leiden Universitair Medisch Centrum
Dr. Silke Metzelthin*	Projectgroeplid	Universitair docent Universiteit Maastricht
Svenja Cremer*	Dagelijkse uitvoering	Promovenda Universiteit Maastricht
Prof. dr. Jako Burgers	Projectgroeplid	NHG hoogleraar 'Promoting Personalised Care in Clinical Practice Guidelines', Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Universiteit Maastricht.
Dr. Getty Huisman - de Waal	Projectgroeplid	Senior Researcher RadboudUMC, Nijmegen
Prof. dr. Lisette Schoonhoven	Projectgroeplid	Hoogleraar Verplegingswetenschappen UMC Utrecht
Dr. Marja Veenstra	Projectgroeplid	Leidinggevende projectmanagers, Burgerkracht Limburg
Alice Bakker	Projectgroeplid	Projectleider Opleiden en Scholing; V&VN Programmamanager ROC Amsterdam



**Werkgroep**

De werkgroep in dit ontwikkeltraject bestond uit zorgvragers en zorgverleners, hoofdzakelijk gemandateerd namens relevante beroeps- of patiëntenorganisaties. De werkgroep is gedurende 10 werkgroepbijeenkomsten betrokken bij het inhoudelijke ontwikkelen van aanbevelingen voor deze richtlijn.

Tabel 6 Overzicht projectgroepleden ontwikkeltraject richtlijn zorg bij ADL

Naam	Perspectief	Gemandateerd namens
Sophie van Doesburg	Verpleegkundige Neurologie/Neurochirurgie	V&VN Neuro & Revalidatie
Bianca van Gameren	Kwaliteitsverpleegkundige Geriatrische Neurorevalidatie	V&VN Neuro & Revalidatie
Caroline Akkermans	Verpleegkundige Ziekenhuis Stroke Care Unit (SCU)	V&VN Neuro & Revalidatie
Corine Nicola	Verpleegkundige Ziekenhuis	V&VN Palliatieve zorg
Pauline den Toom-Roeleveld	Verpleegkundige Verpleeghuis en Beleidsmedewerker	V&VN Geriatrie & Gerontologie
Jolanda Kragt	Verzorgende in de wijk	V&VN Verzorgenden
Denise Salden	Wijkverpleegkundige	V&VN: Wijkverpleegkundigen
Bianca de Roos-Reckerman	Verzorgende Verpleeghuis	V&VN Verzorgenden
Nicole Heuts	Verpleegkundige Verstandelijk gehandicaptenzorg	V&VN Verstandelijk gehandicaptenzorg
Annewiek Kapel	Verpleegkundige Verstandelijk gehandicaptenzorg	V&VN Verstandelijk gehandicaptenzorg (alleen betrokken tussen (06/2019 - 12/2019)
Driesje Engeltjes	Verzorgende in de wijk	Persoonlijke titel
Jolanda Smeets	Ergotherapeute in de verpleeghuissetting	Ergotherapie Nederland
Fenna Graff	Fysiotherapeute in de verpleeghuissetting	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
V&VN Continentie		Agendalid
Roderik Daemen	Lid van de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)	LOC Zeggenschap in Zorg
Joke Stork	Zorgvrager adviseur	Burgerkracht Limburg
Dr. Marja Veenstra	Leidinggevende projectmanagers, Vertegenwoordiger zorgvragers en mantelzorgers	Burgerkracht Limburg
Klaartje Spijkers	Senior adviseur patiëntenbelang	Patiëntenfederatie Nederland (Agendalid)

Naam	Perspectief	Gemandateerd namens
Rianne Hanning	Projectleider MantelzorgNL	MantelzorgNL (alleen betrokken in de knelpunteninventarisatie 10/2018 - 12/2018)

Alle project- en werkgroepleden hebben de KNAW-belangenverklaring ingevuld en ondertekend. Geen van de project- en werkgroepleden heeft commerciële belangen bij deze richtlijn aangegeven. De belangenverklaringen zijn op te vragen bij [s.cremer@maastrichtuniversity.nl](mailto:s.cremer@maastrichtuniversity.nl)

### Adviesgroep

De adviesgroep is samengesteld in aanvulling op de werkgroep en bestaat uit overige stakeholders die in de ADL-zorg een rol spelen. Gedurende dit ontwikkeltraject is deze groep betrokken bij de inventarisatie van knelpunten. De adviesgroep zal tevens ook bij de commentaarronde van het ontwikkeltraject betrokken worden.

Tabel 7: Overzicht adviesgroepleden ontwikkeltraject richtlijn zorg bij ADL

Naam	Rol in ontwikkeltraject	Namens
Elly Cox	Adviseur Logopedie	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Peter Evers	Adviseur Opleidingen HBO-V	Lid Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV)
Else Reitsma	Adviseur hulpmiddelensector	Vegro Expertisecentrum Hulpmiddelen
Annelies Baars	Adviseur Inspectie	Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ)
Wimjan Vink	Agenda-lid Adviesgroep	AcitZ

### Deelnemende organisaties in de proefimplementatie

Tabel 8: Setting en aantal zorgvragers en zorgverleners proefimplementatie

Setting	Organisatie, Locatie	
Ziekenhuiszorg	Oncologie/ Longafdeling	Zaans Medisch Centrum, Zaandam
Revalidatiezorg	Neurorevalidatie	Sint Maartenskliniek, Nijmegen
	Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	WVO zorg, Vlissingen
Wijkzorg		Allcura thuiszorg, Benthuizen
Verpleeghuiszorg		Van Ommerenpark, Wassenaar
		Wilgaerden, Venhuizen
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Ernstige meervoudige beperkingen (EMB)	Koraalgroep, Maastricht

# Bijlage 3

## Begrippenlijst

Tabel 9: Overzicht Begrippenlijst

<b>ADL</b>	Activiteiten die nodig zijn om zelfstandig te leven en voor zichzelf te zorgen: wassen, aan- en uitkleden, toiletgang, uiterlijke verzorging, mobiliteit binnenshuis en eten en drinken.
<b>Zorgverleners</b>	Wanneer niet anders vermeld, omvat het begrip zorgverleners in de ze uitwerking de rol van verpleegkundigen of verzorgenden zorgverleners die de ADL-zorg uitvoeren: Helpende Zorg & Welzijn, Verzorgende IG, MBO Verpleegkundige, HBO Verpleegkundige. Toevoeging voornaamwoorden: De zorgverlener wordt in dit stuk met de binaire voornaamwoorden hij/zij beschreven. Echter kan hier ook hun-hen-die worden gelezen. Belangrijk is dat de genderidentiteit van de zorgverlener leidend is voor het te gebruiken voornaamwoord.
<b>Zorgvragers</b>	De term zorgvrager wordt in deze richtlijn als overkoepelende term gebruikt voor patiënt, cliënt, hulpvrager, bewoner, et cetera vanaf 18 jaar met een ADL-zorgvraag.  Toevoeging: Waar 'zorgvrager' geschreven staat, kan onder omstandigheden ook 'naaste' worden gelezen. Bij wilsonbekwame mensen vervult de wettelijke vertegenwoordiger of naaste van de zorgvrager de rol van zorgvrager. Wanneer een directe afstemming verbaal en non-verbaal niet mogelijk is, kunnen de aanbevelingen ook voor naasten van toepassing zijn, waar mogelijk bij voorkeur met toestemming van de zorgvrager.  Toevoeging voornaamwoorden: De zorgvrager wordt in dit stuk met de binaire voornaamwoorden hij/zij beschreven. Echter kan hier ook hun-hen-die worden gelezen. Belangrijk is dat de genderidentiteit van de zorgvrager leidend is voor het te gebruiken voornaamwoord.
<b>V&amp;VN</b>	Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden

# Bijlage 4

## Autorisatie gehele richtlijn

Tabel: overzicht autoriserende partijen	
V&VN	Autoriseert
Patiëntenfederatie Nederland	Autoriseert
Ergotherapie Nederland (EN)	Geen bezwaar
Koninklijke Federatie voor Fysiotherapie (KNGF)	Geen bezwaar

# Bijlage 5

## Zorgvrager-perspectief

Zorgvragers zijn in het ontwikkeltraject nauw betrokken geweest bij alle fasen van de ontwikkeling van de richtlijn. Bij het samenstellen van de werkgroep is bewust voor een combinatie van zorgvragers en vertegenwoordigers van zorgvragers gekozen. Dit om gebruik te kunnen maken van ervaringen met ADL-zorg uit de eerste hand en tevens door vertegenwoordigers van zorgvragers de ervaringen van een grotere groep zorgvragers voor deze richtlijn in te laten brengen. Ook is ervoor gekozen om in de werk- en projectgroep de zorgvragers af te vaardigen.

Bij de ontwikkelfase van de richtlijn zijn zorgvragers op verschillende manieren betrokken. In de eerste inventarisatie van knelpunten is vanuit de zorgvragers en hun vertegenwoordigers schriftelijke en mondelinge input ontvangen. Aanvullend hierop hebben N=10 zorgvragers en N=6 mantelzorgers deelgenomen aan de wereldcafé bijeenkomsten die zijn uitgevoerd om praktische knelpunten tijdens het ontvangen, leveren en organiseren van ADL-zorg in kaart te brengen. Ook in het voor de knelpuntenanalyse uitgevoerd literatuuronderzoek zijn vijf studies geselecteerd die de ervaringen van zorgvragers beschreven.

De vastgestelde uitgangsvragen zijn allemaal besproken tijdens de werkgroepbijeenkomsten. De in de werkgroep afgevaardigde zorgvragers en hun vertegenwoordigers hebben vanuit het perspectief van de zorgvrager ervaringen gedeeld ten aanzien van de uitgangsvragen en kritisch gereflecteerd op de conceptaanbevelingen. In aanvulling op de reguliere werkgroepbijeenkomsten is een focusgroep bijeenkomst georganiseerd met zorgvragers (n=3) en vertegenwoordigers van zorgvragers (n=1) om de strekking van conceptaanbevelingen vanuit het zorgvragerperspectief te toetsen. Tot slot zijn de conceptaanbevelingen in een vroeg stadium voorgelegd aan de werkgroepleden en is specifiek aan de zorgvragers en aan vertegenwoordigers van zorgvragers gevraagd in hoeverre zij geholpen zouden zijn wanneer de zorgverlener de betreffende aanbeveling in de praktijk zou uitvoeren. De Nederlandse patiëntenfederatie is als agenda-lid betrokken geweest bij dit proces en er heeft schriftelijke afstemming plaatsgevonden wanneer nodig.

# Bijlage 6

## Rol van de andere disciplines in de zorg bij ADL

### Ergotherapie

*Ergotherapie maakt het mensen mogelijk om (opnieuw) dagelijkse activiteiten uit te voeren of deel te nemen aan activiteiten in hun eigen omgeving en in de samenleving.*

*Indien mensen (en hun mantelzorger) door (gezondheids)problemen beperkingen ervaren in de dagelijkse activiteiten die voor hen belangrijk zijn, kan ergotherapie nodig zijn. Een lichamelijk of psychisch probleem of een vertraagde ontwikkeling kan zelfstandigheid beperken. Een ergotherapeut stelt vooral vast wat iemand nog wél kan.*

#### Ergotherapie bij ADL zorg bestaat uit

- ✓ Inventariseren en analyseren van de hulpvraag en knelpunten waardoor de ADL zorg niet goed lukt.  
Denk naast lichamelijke beperkingen ook aan cognitieve problemen, problemen met de communicatie en knelpunten in de omgeving waar de zorg plaatsvindt.  
Dat doet een ergotherapeut door het inzetten van functionele diagnostiek die bestaat uit:
  - Afnemen van specifieke meetinstrumenten
  - Observatie van ADL taken
  - Observatie van veiligheid en zelfstandigheidsproblemen in de omgeving waarin de adl zorg plaats vindt.
- ✓ ADL Training  
Na observatie wordt duidelijk of en hoe het mogelijk is om de zelfredzaamheid van de client te vergroten. Samen met de client en de evt. betrokken zorgverlener en/of mantelzorger worden doelen bepaald en een behandelplan opgesteld. Denk aan:
  - Het leren meer zelfstandig worden bij het wassen en aankleden
  - Minder of op een andere manier hulp aanbieden bij de toiletgang
  - Een hulpmiddel inzetten bij het eten of drinken
  - Advies over zit/lighoudingen en inzetten van materialen bij (dreigende) decubitus
  - Aanleren van transfertechnieken aan betrokken zorgverleners of mantelzorger.
  - Het geven van PDL adviezen (zoals inzetten van ondersteuning) voor een comfortabele ligging, als zelfzorg niet (meer) mogelijk is.
- ✓ Advies (woning)aanpassingen of hulpmiddelen  
Als er woningaanpassingen of hulpmiddelen nodig zijn in de thuissituatie kan de ergotherapeut een pakket van eisen opstellen worden om zo de aanvraag bij de wmo/ zorgverzekering te ondersteunen.  
Als er aanpassingen of hulpmiddelen nodig zijn in een instelling voor permanent of tijdelijke verblijf dan zal de ergotherapeut advies uitbrengen in nauw contact met betrokken zorgverleners.
- ✓ Advies aan naaste of mantelzorger  
Een ergotherapeut kan de mantelzorg training bieden bij het aanleren van ADL technieken maar ook begeleiding bij het maken van keuzes voor een goede balans tussen begeleiden, hulp bieden en hulp aanvaarden.

Bij risico's of problemen op gebied van zit/lichouding, mobiliteit en transfers adviseert de ergotherapeut vaak in samenspraak met de fysiotherapeut.

De ergotherapeut adviseert zorgverleners om adequate afwegingen te kunnen maken in (de mate van) hulp en begeleiding om de zorgverlening veilig en verantwoord te laten plaatsvinden in specifieke en/of complexe zorgsituaties.

## Fysiotherapie

*De fysiotherapeut komt in beeld als bewegen niet meer vanzelfsprekend is: bij dreigende of bestaande gezondheidsproblemen die te relateren zijn aan het bewegend functioneren. Fysiotherapie ondersteunt bij het in beweging komen en blijven, op een manier die past bij de invulling die de patiënt aan het persoonlijk leven wil geven. Dit gebeurt in directe interactie en samenspraak met de patiënt en zijn/haar leefomgeving. (beroepsprofiel Fysiotherapeut, 2021).*

De fysiotherapeut kan op verschillende manieren een rol spelen bij het ondersteunen van verpleegkundigen en verzorgenden, de zorgvrager en de mantelzorger, in de zorg bij de ADL. Afhankelijk van de behoefte en situatie van de zorgvrager, kan de fysiotherapeut een interventie met individuele oefentherapie inzetten om de ADL-zelfstandigheid, in te schatten, te vergroten en ADL gerelateerde-doelen te behalen.

De rol van fysiotherapie bij het ondersteunen van verpleegkundigen en verzorgenden bij de zorg bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) bestaat uit:

### ✓ Transfers

De fysiotherapeut geeft gevraagd en ongevraagd adviezen over transfers en let er daarbij op dat de transfers zo veilig, verantwoord en actief mogelijk wordt uitgevoerd. De adviezen gaan over:

- Alle transfers in en rondom het bed. D.w.z. Draaien en verplaatsen in bed, komen tot zit, tot stand en transfers naar de stoel;
- Benadering tijdens de transfers bij patiënten met verminderde cognitie of neurologische problematiek.
- PDL adviezen, in de regel in samenwerking met de ergotherapeut;
- Handelsonwijze tijdens een transfer (met of zonder hulpmiddel);
- Inzet van een hulpmiddel;
- Training van de transfer (met of zonder hulpmiddel) evt. met mantelzorg of verpleegkundige/verzorgende;
- Advies over de fysieke belasting van de transfer voor de mantelzorger of verpleegkundige/verzorgende. Merk je dat een transfer moeizaam verloopt of erg zwaar is? Betrek dan de fysio- of ergotherapeut!

### ✓ Om incontinentie te voorkomen of te beperken geven fysiotherapeuten adviezen over transfers naar en zithouding op het toilet. Ook bekkenbodetraining behoort tot de mogelijkheden (zo nodig door een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut).

### ✓ Decubitus

Bij risico's op het gebied van houding en mobiliteit kan de fysiotherapeut adviseren over lig- en zithoudingen, schoeisel en materialen om decubitus te voorkomen. Vaak gebeurt dit in samenspraak met de ergotherapeut.

### ✓ Valpreventie

Veiligheid gerelateerd tot vallen is een belangrijk aandachtspunt: fysiotherapeuten

inventariseren valrisico's en oefenen met patiënten en adviseren zorgverleners over terugdringen risico's omtrent valrisico.

✓ Mobiliteit

De fysiotherapeut kan de fysieke mogelijkheden van de zorgvrager beoordelen en helpen om functiegerichte zorgdoelen te formuleren. Bijvoorbeeld door te bepalen welke afstand een zorgvrager maximaal veilig lopend kan afleggen, al dan niet onder begeleiding van een zorgverlener of een mantelzorger. Bij bedlegerige zorgvragers op een IC-afdeling en andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis kan de fysiotherapeut adviseren bij de inzet van het vroegmobiliseringsprotocol om de mobiliteit bij zorgvragers te vergroten.

Op instellingsniveau er in de regel sprake is van een nauwe samenwerking is tussen de ergo- en fysiotherapeut, de onderlinge taken zijn meestal op instellingsniveau zijn verdeelt. Ook in de eerste lijn werken de ergo- en fysiotherapeut regelmatig samen.



# Bijlage 7

## Knelpuntinventarisatie en analyse

De knelpunten die ten grondslag liggen aan deze richtlijn zijn in het begin van de ontwikkelfase op drie verschillende manieren geïnventariseerd: (1) binnen de werkgroep (2) buiten de werkgroep tijdens twee wereldcafé bijeenkomsten en (3) buiten de werkgroep in de vorm van een quickscan van relevante wetenschappelijke literatuur.

### Knelpuntinventarisatie

- ✓ (1) Eerste inventarisatie van knelpunten in de werkgroep  
De eerste inventarisatie van mogelijke knelpunten heeft plaatsgevonden binnen de werkgroep van dit project. Aansluitend aan de eerste werkgroepbijeenkomst op 5 december 2018 is aan de leden van de werkgroep gevraagd om een top 5 op te stellen van (pregnante) praktische knelpunten, die in de ADL-zorg (door verpleegkundigen en verzorgenden) ervaren worden. Deze vraag werd in de vorm van een mail naar de werkgroepleden uitgezet op 7 december 2018. De ontvangen knelpunten zijn vervolgens door twee projectgroepleden onafhankelijk van elkaar thematisch geordend en ingedeeld in knelpunten die door zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers werden ervaren.
- ✓ (2) Inventarisatie van knelpunten in twee wereld-café bijeenkomsten  
Om de knelpunten in de zorg bij ADL buiten de werkgroep te inventariseren hebben twee wereldcafé bijeenkomsten plaatsgevonden (29-01-2019 in Heerlen, 05-02-2019 in Utrecht) waaraan in totaal 53 gasten hebben deelgenomen. De wereld-café methode is een methode met als doel om samen het gesprek aan te gaan over een onderwerp dat voor verschillende belanghebbenden van betekenis is. De dialoog tussen verschillende perspectieven wordt in verschillende gespreksrondes gefaciliteerd om gezamenlijk verdiepend inzicht en mogelijkheden voor verbetering en actie te ontdekken. Deelnemers zijn in gespreksrondes van 20 minuten in gesprek gegaan over knelpunten in de ADL-zorg aan de hand van vooraf opgestelde kernvragen. Na elke ronde wisselden de deelnemers van tafel en zetten het gesprek in een nieuwe groep aan een andere tafel voort. Deelnemers aan de gesprekstafels bestonden uit diverse belanghebbenden, waaronder verpleegkundigen, verzorgenden, zorgvragers, mantelzorgers, paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten), managers, beleidsmakers, opleiders en onderzoekers. In beide bijeenkomsten hebben in totaal 36 gespreksrondes van 20 minuten plaatsgevonden. Van alle gesprekken tijdens beide wereldcafé bijeenkomsten zijn geluidsopnames gemaakt. Daarnaast hebben de zogenaamde stamgasten aan elke tafel van ieder gesprek op een papieren tafelkleed aantekeningen gemaakt die door de deelnemers aan de gesprekken zijn aangevuld met post-its. De bijeenkomsten zijn afgesloten in een gezamenlijke plenaire terugkoppeling. Beide bronnen zijn gebruikt voor een thematische analyse om zodoende te komen tot een overzicht van ervaren knelpunten in de ADL-zorg.
- ✓ (3) Inventarisatie van knelpunten in de wetenschappelijke literatuur  
In aanvulling op de inventarisatie van de knelpunten in de werkgroep en de wereldcafés is een QuickScan in de literatuur uitgevoerd. In relevante nationale en internationale wetenschappelijke artikelen is gekeken tegen welke problemen verpleegkundigen en verzorgenden aanlopen in de directe ADL-zorg. Pubmed is gebruikt als database om passende artikelen te vinden. Voor deze QuickScan is in samenwerking met experts uit de projectgroep

een passende zoekstrategie ontwikkeld op basis van de hoofdconcepten “Knelpunten” en “Algemene dagelijkse levensverrichtingen” en “Verpleegkundigen en verzorgenden”. De gekozen zoekstrategie leverde op de dag van de uitvoering 2366 hits op. Deze artikelen zijn op titel gescreend. In totaal zijn vervolgens van 284 artikelen de abstracts gescreend. Tot slot zijn 25 artikelen “full text” bekeken, waarvan 19 artikelen uiteindelijk input hebben geleverd voor de knelpuntinventarisatie. De output van deze 19 artikelen is thematisch geordend en verwerkt in het overzicht van de reeds geïnventariseerde knelpunten.

### Selectie van knelpunten

Een overzicht van de conceptknelpunten is aan de werkgroep tijdens een bijeenkomst voorgelegd en besproken en uiteindelijk door de werkgroepleden geaccordeerd. Op basis van dit overzicht zijn vervolgens concept-uitgangsvragen geformuleerd die in een bilateraal overleg met de betrokken richtlijnadviseur zijn getoetst op geschiktheid. Aansluitend zijn de concept-uitgangsvragen ook schriftelijk voorgelegd en goedgekeurd door de project- en adviesgroep van het ontwikkeltraject.

Tabel 10: Overzicht opgehaalde knelpunten in de ADL-zorg

Opgehaalde knelpunten bij de ADL-zorg	
1)	De geleverde ADL-zorg sluit onvoldoende aan bij de behoeften van zorgvragers. Mogelijke oorzaken hiervan zijn: <ol style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende kwaliteit van diagnostiek of onvoldoende uitvragen van ADL-gerelateerde problemen, wensen en behoeften van zorgvragers in de zorg bij ADL.</li> <li>Geringe mate van betrokkenheid van zorgvragers bij de besluiten omtrent doelen, afspraken en uitvoering van ADL-zorg. Zorgvragers ervaren dat hun eigen wensen, voorkeuren en cultuur onvoldoende aandacht hebben in de gesprekken en uitvoering van ADL-zorg.</li> </ol>
2)	Effectieve interventies voor het bevorderen van ADL-zelfstandigheid worden onvoldoende ingezet in de ADL-zorg. Mogelijke oorzaken hiervan zijn: <ol style="list-style-type: none"> <li>Essentiele zorg, waaronder zorg bij ADL, is vanuit wetenschappelijk bewijs slecht onderbouwd. Dat maakt het voor zorgverleners moeilijk om effectieve interventies in de ADL-zorg te initiëren en uit te voeren. Voor zorgverleners is het onduidelijk welke interventies in de zorg effectief bij ADL kunnen worden ingezet.</li> <li>De balans tussen stimuleren van zelfredzaamheid en overnemen van zorg bij ADL ontbreekt. Het is onduidelijk wanneer het stimuleren van zelfredzaamheid in ADL zinvol en gewenst is en wanneer niet.</li> </ol>
3)	De afstemming tussen zorgverleners in de ADL-zorg lijkt onvoldoende en gaat ten koste van de continuïteit van de zorgverlening en tevredenheid van zorgvragers. Mogelijke oorzaken hiervan zijn: <ol style="list-style-type: none"> <li>Gebrekkige verslaggeving in de ADL-zorg door ontbreken van een up-to-date zorgplan met ADL-gerelateerde doelstellingen, afspraken, acties en evaluaties.</li> <li>Suboptimale verpleegkundige overdracht binnen zorgorganisaties (tussen diensten of multidisciplinaire teams) en buiten zorgorganisaties (bijvoorbeeld tussen zorgsettingen)</li> <li>Slechte borging van gemaakte afspraken tussen zorgverleners over de ADL-zorgverlening.</li> </ol>
4)	Onvoldoende aandacht voor de betrokkenheid en ondersteuning van mantelzorgers in de ADL-zorg. Mogelijke oorzaken hiervan zijn:

## Opgehaalde knelpunten bij de ADL-zorg

- a. ADL-zorg en ondersteuning wordt door de mantelzorgers ervaren als het zwaarste onderdeel van mantelzorg. Met name in de thuissituatie zijn mantelzorgers vaak 24/7 betrokken bij de ADL-zorg.
  - b. Mantelzorgers missen één aanspreekpunt voor ADL-gerelateerde vraagstukken.
  - c. Expertise van mantelzorgers lijkt in de ADL-zorg onvoldoende te worden ingezet.
  - d. De behoeften van mantelzorgers en mogelijkheden voor ondersteuning op ADL-gebied worden onvoldoende gezien door zorgverleners.
- 5) Zorg bij ADL wordt onvoldoende als middel gebruikt om risico's op gezondheidsproblemen te signaleren.  
Mogelijke oorzaak hiervan is:
- a. Onvoldoende bewustzijn en kennis over de inzet van zorg bij ADL als middel voor het signaleren van risico's op gezondheidsrisico's.
- 6) Organisatorische en beleidsaspecten belemmeren de continuïteit in en passende uitvoering van de ADL-zorg.  
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:
- a. Discontinue inzet door een gebrekkige coördinatie en planning van ADL-zorg
  - b. Onduidelijke organisatorische beleidskaders in zorgorganisaties.
  - c. Ontoereikende middelen, waaronder tijd en personeel.
- 7) De fysieke omgeving hindert zorgverleners bij het leveren van optimale zorg bij ADL.  
Mogelijke oorzaak hiervan is:
- a. De fysieke omgeving waarin de zorg bij ADL zowel intra- als extramuraal plaatsvindt is bepalend. Kleine (sanitaire) ruimtes en beperkte mogelijkheden om (til-) hulpmiddelen in te zetten en ergonomisch te handelen belemmeren de uitvoering van ADL-zorg.

**Prioritering van uitgangsvragen**

De werk- en adviesgroep-leden zijn gevraagd om de geformuleerde uitgangsvragen met behulp van een digitale enquête te prioriteren.

**Formulering en selectie uitgangsvragen**

De conceptknelpunten en uitgangsvragen zijn in mei 2019 beoordeeld door de V&VN-beoordelingscommissie. Op basis van de ontvangen feedback en voortschrijdend inzicht zijn de uitgangsvragen en de formulering herzien. Hierdoor is men gekomen tot onderstaande selectie van uitgangsvragen in volgorde van prioriteit.

Tabel 11: Overzicht Uitgangsvragen richtlijn ADL in volgorde van prioriteit

Prioriteit	Uitgangsvraag (huidige formulering in volgorde van prioriteit)
1	Op welke manier kan de zorgvrager in het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg optimaal door de zorgverlener betrokken worden?
2	Welke interventies kunnen in de zorg bij ADL effectief worden ingezet om de ADL-zelfstandigheid of het comfort van de zorgvrager te vergroten?
3	Hoe kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht en welke valide en betrouwbare instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?
4	Op welke manier kan de mantelzorgers op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden bij het leveren van ADL-zorg?
5	Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor het signaleren van gezondheidsrisico's?

Prioriteit	Uitgangsvraag (huidige formulering in volgorde van prioriteit)
<b>Onderstaande uitgangsvragen zijn op advies van de beoordelingscommissie niet opgenomen in de richtlijn.</b>	
6	Aan welke voorwaarden moet de fysieke omgeving voldoen om zorg bij ADL te verlenen en hoe kan de fysieke omgeving worden aangepast zodat er betere zorg bij ADL kan worden verleend?
7	Welke voorwaarden in organisatie en beleid van zorg zijn nodig om continue en passende ADL-zorg toe te kunnen passen bij zorgvragers.
6	Aan welke criteria zouden de samenwerkingsafspraken tussen de betrokken zorgverleners in de zorg bij ADL moeten voldoen?
4	Aan welke criteria moet de verpleegkundige verslaglegging en overdracht in de zorg bij ADL voldoen?

# Bijlage 8

## Verantwoording per uitgangsvraag

### 8.1 Verantwoording Uitgangsvraag 1

#### De uitgangsvraag

In de uitwerking van de uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstelling: “Op welke manier kan de zorgvrager in het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg optimaal door de zorgverlener betrokken worden?” .

Literatuuronderzoek

#### Wetenschappelijke literatuur

In het kader van deze uitgangsvraag is in de wetenschappelijke en grijze literatuur gezocht naar handvatten voor zorgverleners om de zorgvrager in de ADL-zorg optimaal te betrekken. Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is een oriënterend literatuuronderzoek in de wetenschappelijke literatuur uitgevoerd om strategieën of handvatten te identificeren over hoe zorgvragers bij de ADL-zorg door middel van gezamenlijke besluitvorming optimaal door de verpleegkundige of verzorgende geholpen kunnen worden.

#### Search

Voor het ontwikkelen van de zoekstrategie is het PI(C)O format voor deze uitgangsvraag ingevuld.

Tabel 12: PICO-format literatuuronderzoek Uitgangsvraag 1

<b>Patiënt</b>	Zorgvragers met een ADL-zorgvraag
<b>Intervention</b>	Toepassen van de principes: patiënt-participatie & gezamenlijke besluitvorming uitgevoerd door V&V
<b>Controle</b>	N.v.t.
<b>Outcome</b>	Betrokkenheid van zorgvrager in keuzes en besluiten; Patiëntparticipatie

De patiëntrelevante uitkomstmaten zijn aan de hand van gesprekken met de patiëntvertegenwoordigers en zorgverleners in de werkgroep vastgesteld.

De opbouw van de zoekstrategie voor dit oriënterend literatuuronderzoek was tweeledig. Deel 1 omvatte diverse zoektermen omtrent Patiëntparticipatie ( “patient participation” ) en gezamenlijke besluitvorming ( “Shared decision making” ). Het tweede deel bevatte diverse zoektermen rondom ADL-zorg en verpleegkundige zorgverlening (zie tabel 11). De geselecteerde zoektermen dienden in de titels van de publicaties voor te komen. De search is uitgevoerd zonder beperking in publicatiedatum. De zoekstrategie is aangepast voor het gebruik van aanvullende databases. Naast Medline (PubMed) zijn de Cinahl-, Embase- en Cochrane database geraadpleegd.

Tabel 13: Voorbeeld zoekstrategie PubMed Uitgangsvraag 1

```

((((shared decision making[title]) OR (shared decision making[title]) OR (shared-decision
making[title]) OR (shared decision*[title]) OR (decision making[title]) OR (participatory decision-
making[title]) OR (patient-centered communication[title]) OR (informed decision-making[title])
OR (patient decision making[title]) OR (patient participation[title]) OR (patient involvement[title])
OR (Involvement[title]) OR (Participation in care [title])) AND (((nursing care[title]) OR
(nursing[title]) OR (daily care[title]) OR (care planning[title]) OR (fundamental care[title]) OR
(activities of daily living[title]) OR (Activities of daily living[title]) OR (ADL[title]) OR (Self-
care[title]) OR (dressing[title]) OR (bathing[title]) OR (showering[title]) OR (washing[title]) OR
(mobility[title]) OR transferring[title]) OR (personal hygiene[title]) OR (grooming[title]) OR
(Eating[title]) OR (maintaining continence[title]) OR (continence[title]) OR (incontinence[title])
OR (toileting[title]) OR (Brushing[title]) OR (Everyday[title]) OR (Daily activities[title]) OR
(Everyday activities[title])))

```

### Selectie-Criteria

Om tot een passende en relevante selectie van studies te komen zijn selectiecriteria voor het oriënterend literatuuronderzoek opgesteld.

Inclusie:

- ✓ Patiëntpopulatie betreft volwassenen (>18) en/of ouderen
- ✓ Het onderwerp van het artikel is gezamenlijke besluitvorming of patiëntparticipatie in het verpleegkundig handelen (tijdens de ADL-zorg)
- ✓ Design: Literatuurstudies
- ✓ Taal: Engels, Nederlands, Frans, Duits

Exclusie:

- ✓ Medische (gezamenlijke) besluitvorming over medische behandelingen
- ✓ Gezamenlijke besluitvorming over het wel of niet continueren van palliatieve zorg en/of euthanasie
- ✓ Medische besluitvorming in mono- of multidisciplinaire teams
- ✓ Klinische besluitvorming of klinisch redeneren

### Selectie

Alle publicaties met een publicatiedatum tot en met 09-09-2019 zijn vervolgens gedownload en geïmporteerd in het referentieprogramma EndNote. De selectie van de geïdentificeerde bronnen is door twee personen (SC&JW) onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Na het screenen van de titels zijn de abstracts van de gevonden publicaties getoetst op de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria. Aansluitend zijn de full-text-versies van de artikelen bekeken en geselecteerd op de criteria. Bij verschillen werd een derde persoon (MB) betrokken bij de selectie van de artikelen.

### Resultaten

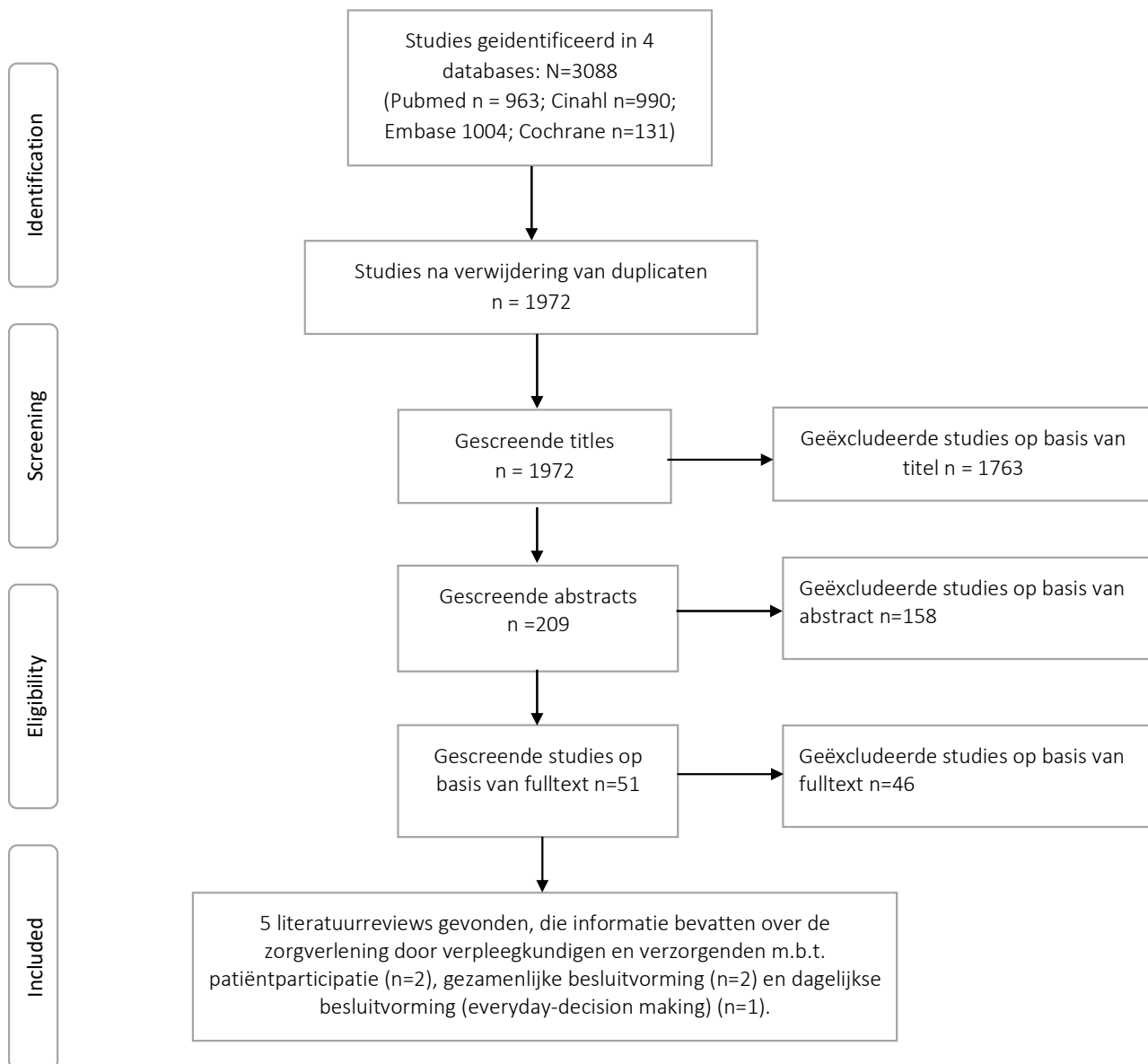
Na screening van de 1972 geïdentificeerde studies zijn er vijf literatuurreviews gevonden, die informatie bevatten over de zorgverlening door verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot patiëntparticipatie (N=2), gezamenlijke besluitvorming (N=2) en dagelijkse besluitvorming (everyday-decision making) (N=1). Meer informatie over de karakteristieken van deze studies is te vinden in tabel 13.

### Kwaliteit van het bewijs

De designs van de geselecteerde reviews betroffen drie “integrative reviews” (N=3) en verder twee niet gespecificeerde “reviews” (N=2). De designs van de gevonden studies belemmerden het uitvoeren van een quality appraisal om de risk of bias te bepalen. Voor deze typen reviews zijn

geen quality appraisal tools beschikbaar. Het beschreven design en de methode van de gekozen reviews zijn door de projectgroep als niet-reproduceerbaar beoordeeld.

Flowchart selectieproces



Tabel 14: Resultaten Literatuuronderzoek Uitgangsvraag 1

Auteurs, jaartal	Methode	Setting	Studie	Doel	Resultaten
Clark et al. (2009)	Literatuuronderzoek (2003-2009)	Divers: patiënten met verschillende aandoeningen (acuut en chronisch)	N=24	De doelstelling was tweeledig: (1) De waarneming van verpleegkundigen en andere zorgverleners en hun patiënten m.b.t. gezamenlijke besluitvorming in kaart brengen (2) Patiënt-uitkomsten bepalen van interventies die gezamenlijke besluitvorming beogen te versterken.	<p>Het is aannemelijk dat participatie in gezamenlijke besluitvorming groter is bij patiënten die jonger zijn en hoger zijn opgeleid.</p> <p>Er is een gebrek aan bewijs voor de effecten van gezamenlijke besluitvorming op patiëntuitkomsten.</p> <p>Verpleegkundigen zijn professioneel in staat om patiënten te betrekken in zorg- en behandelplannen.</p> <p>Er is meer bewijs nodig over hoe gezamenlijke besluitvorming ingezet kan worden om patiëntuitkomsten te beïnvloeden en hoe verpleegkundigen deze betrokkenheid van patiënten kunnen bereiken.</p>
Davis et al. (2017)	Integrative review  Literatuuronderzoek van gepubliceerde studies tussen januari 2000 en november 2016	Mensen met dementie in een vroeg stadium	N=12	Het doel was om bestaand bewijs omtrent dagelijkse besluitvorming bij mensen met dementie/Alzheimer in een vroeg stadium samen te voegen.	<p>Resultaten van deze studie duiden aan dat er beginnend bewijs voor is dat mensen met Alzheimer in een beginnend of gevorderd stadium het verlangen hebben om betrokken te worden in dagelijkse besluiten.</p> <p>Mensen in een vroeg of gevorderd stadium van Alzheimer zijn in staat om hun wensen vaak consistent te uiten en om op deze manier inspraak te hebben in dagelijkse keuzes. Dit is belangrijk voor hun zelfbeeld.</p> <p>De literatuur beschrijft enige interventies die gebruikt kunnen worden om mensen met Alzheimer te ondersteunen in dagelijkse besluiten, zoals onderhandelen, compromissen sluiten, keuzes vereenvoudigen, visuele hulpmiddelen gebruiken (talking mats), meer tijd geven voor een keuze en het kennen van de persoon die men helpt.</p> <p>Een verbeterde communicatie en dieper begrip zijn veelbelovende methodieken die gebruikt kunnen worden om besluitvorming bij mensen met dementie te verbeteren.</p>
Friesen-Storms et al. (2015)	Literatuuronderzoek in combinatie met expertconsultatie	Zorgvragers met chronische aandoeningen	N/A	Het doel was om het belang van gezamenlijke besluitvorming aan te tonen in de zorg voor zorgvragers met een chronische aandoening en een voorstel te doen over hoe gezamenlijke besluitvorming in "evidence-based nursing" geïntegreerd kan worden.	<p>In de langdurige zorg is het van belang om de zorgvrager uit te nodigen om in het besluitvormingsproces te participeren.</p> <p>Het proces van gezamenlijke besluitvorming wordt beïnvloed door:</p> <p>(1) De bereidheid van de zorgvrager om deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afhankelijk van de ernst van de ziekte en opleiding</li> <li>- Patiënten lijken over het algemeen meer betrokken te willen zijn dan nu het geval is</li> <li>- Verpleegkundigen moeten zich ervan bewust zijn dat patiënten in eerste instantie wellicht van de verantwoordelijkheid om mee te beslissen afzien (Elwyn et al., 2012).</li> </ul>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiënten kunnen ook kiezen voor een paternalistische benadering. In dit geval kiest de zorgvrager ervoor om niet deel te nemen in de besluitvorming. Dit dient ook gerespecteerd te worden</li> <li>(2) De klinische expertise van de verpleegkundige: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise van de verpleegkundigen wordt tijdens de dagelijkse zorgverlening geïntegreerd. Deze expertise is vaak op intuïtie gebaseerd</li> <li>- Verpleegkundigen kunnen ook handelen op basis van de expertise van andere zorgverleners</li> <li>- Een deskundige en vaardige verpleegkundige met een positieve houding omtrent gezamenlijke besluitvorming – geïntegreerd met Evidence Based Practice – kan het proces van gezamenlijke besluitvorming ondersteunen.</li> </ul> </li> <li>(3) De context waarin de zorg plaatsvindt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociale factoren: rituelen en routines binnen de VPK-beroepsgroep en groepsdruk (sociale druk) kunnen de integratie van gezamenlijke besluitvorming belemmeren</li> <li>- Organisatorische factoren: grootte van de organisatie, middelen, cultuur, etc.</li> <li>- Maatschappelijke factoren: Tekort aan werkrachten</li> </ul> </li> </ul> <p>De studie concludeert dat verpleegkundigen en andere zorgverleners in de langdurige zorg gezamenlijke besluitvorming met EBP zouden moeten integreren om patiënt-gecentreerde zorg te leveren.</p>
Tobiano, Marshall, Bucknall, and Chaboyer (2015) Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review	Integrative review	Ziekenhuisafdelingen	N=8	<b>Het doel was om de percepties en het gedrag van verpleegkundigen en patiënten m.b.t. gezamenlijke besluitvorming op ziekenhuisafdelingen te onderzoeken.</b>	<p>Op ziekenhuisafdelingen wordt patiëntparticipatie door VPK vaak passief toegepast. Factoren die patiëntparticipatie uitdagend maken, zijn de bereidheid van patiënten, de benadering van VPK, en verwarring m.b.t. verwachtingen en rollen.</p> <p>Het delen van informatie wordt gezien als een activiteit die patiëntparticipatie kan bevorderen, wanneer verpleegkundigen actieve communicatie met patiënten in de praktijk faciliteren.</p> <p>Het betrekken van patiënten in de assessmentfase en zorgplanning kan bijdragen aan versterkte patiëntparticipatie.</p> <p>Wat de opleiding betreft, kan het zinvol zijn om het begrip van verpleegkundigen over patiëntparticipatie en hierbij passende benaderingswijzen voor de ziekenhuissetting te vergroten.</p>
(Truglio-Londrigan & Slyer, 2018) Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review	Integrative review	Alle zorgsettingen	N=52	Het doel was om gezamenlijke besluitvorming als omvangrijk proces te begrijpen zowel vanuit patiëntperspectief van zorgverlener-perspectief in alle zorgsettingen.	<p>Volgens (Truglio-Londrigan &amp; Slyer, 2018) bestaat het proces rondom gezamenlijke besluitvorming uit een aantal kernonderdelen:</p> <p>(1) Communicatie en relatieopbouw:</p> <p>a) Relatieopbouw: Vertrouwen en respect</p> <p>Communicatie en relatievorming is de eerste algemene categorie en is van fundamenteel belang voor het SDM-proces.</p> <p>Individen gaan de relatie aan en moeten werken aan het opbouwen van een vertrouwensvolle en respectvolle relatie waarin SDM wordt uitgenodigd en aangemoedigd. Het werk begint wanneer de patiënt een behoefte of vraag identificeert. Deze behoefte en/of vraag beïnvloedt de zoektocht van de patiënt naar antwoorden. De relatie kan worden versterkt door wederzijds vertrouwen en</p>

					<p>respect. Patiënten die zich vertrouwd en gerespecteerd voelen, zijn opener en delen meer informatie met hun zorgverlener, wat de communicatie voor SDM vergemakkelijkt.</p> <p>(b) Uitwisseling van informatie: Informatie-uitwisseling via interpersoonlijke en intra-persoonlijke communicatie houdt de relatie in stand. Interpersoonlijke communicatie omvat wederzijdse uitwisseling van informatie en het actief luisteren. Intra-persoonlijke communicatie omvat de reflectie van de zorgverlener zelf en de gezamenlijke reflectie over het proces met zorgvrager en de zorgvrager.</p> <p>(c) Context Zorgverlener en de zorgvragers werken binnen een bepaalde context van de gezondheidszorg die SDM ofwel vergemakkelijkt ofwel belemmert. Vanuit het perspectief van de patiënt omvat de context diens familie, vrienden en thuis, met inbegrip van steun en netwerken in de gemeenschap. Patiënten die bijvoorbeeld door familieleden worden vergezeld naar zorgontmoetingen, hebben meer kans om zich in te zetten voor SDM. De context van de werkomgeving van de zorgverlener beïnvloedt ook hun vermogen om SDM in hun praktijk te integreren.</p> <p>(2) Naar een besluit toewerken (a) Assessment: Het werken aan SDM begint met een assessment om de specifieke eigenschappen en voorkeuren van de patiënt in kaart te brengen, waaronder zijn/haar leeftijd, geslacht, ras, spirituele en culturele overtuigingen, opleiding en levenservaringen. De resultaten van de beoordeling zullen uitwijzen of patiënten zichzelf zien als deelnemend in de besluitvorming, of dat ze liever hebben dat de zorgverlener de primaire beslisser is.</p> <p>(b) Leren SDM garandeert dat patiënten over de nodige informatie beschikken die zij nodig hebben om te kunnen deelnemen aan het besluitvormingsproces. Zorgverleners zullen daarom hun patiënten moeten voorzien van deze informatie. Wat zorgverleners onderwijzen om het leren te ondersteunen hangt af van de beoordeling [27, 28, 33, 74].</p> <p>(c) Balans Zorgverleners en patiënten komen bij elkaar op basis van vastgestelde behoeften en problemen. Een behoefte/probleem veroorzaakt onzekerheid en daagt zorgverleners en patiënten uit om via SDM een oplossing te vinden. Een deel van het werk van SDM is het bereiken van evenwicht dat nodig is om tot een gedeelde beslissing te komen</p> <p>(3) Actie voor gezamenlijke besluitvorming. (a) Beslissing Communicatie en het opbouwen van relaties, beoordeling, voorlichten en leren en het zoeken naar balans maken allemaal deel uit van het SDM-proces dat leidt tot consensus over de beslissing.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>(4) Actie of geen actie                  (a) Actie                  Gedeelde besluitvorming houdt niet op bij de beslissing. Zodra de zorgverlener en de patiënt tot een gedeelde beslissing zijn gekomen, moet de patiënt actie ondernemen. Het proces van SDM gaat daarom verder dan het beslissingsmoment, aangezien de patiënt zich bezighoudt met de stappen die nodig zijn om actie te ondernemen om de beslissing uit te voeren.                  (b) Geen actie                  Er wordt geen actie ondernomen wanneer de patiënten naar hun huis/gemeenschap terugkeren; maar eenmaal in hun vertrouwde omgeving hebben zij ervoor gekozen niet de stappen en acties te ondernemen om hun beslissingen uit te voeren.</p>
--	--	--	--	--	--

### Grijze literatuur

Aanvullend aan het zoeken in de wetenschappelijke literatuur is gezocht naar informatie in richtlijnen en grijze literatuur op het gebied van patiëntparticipatie en gezamenlijke besluitvorming in de ADL-zorg.

### Search

In het kader van het raadplegen van grijze literatuur is de international guideline databases of the Guidelines International Network (GIN) ([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net); op 28-10-2019) en the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk); op 28-10-2019) geraadpleegd. Deze databases zijn doorzocht op basis van de keywords 'patient participation' en 'shared decision making'. Daarnaast is er een keyword-search in Google en andere databases (Vilans, Zorginzicht, De Medischspecialist) uitgevoerd met behulp van Engels- en Nederlandstalige keywords.

Tabel 15: Zoektermen grijze literatuur Uitgangsvraag 1

Keyword search (28-10-2019) GIN & NICE <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patiënt participation</li> <li>✓ Shared decision making</li> </ul> Google <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patient participation in nursing care</li> <li>✓ Patiëntparticipatie tijdens verpleegkundige zorg</li> <li>✓ Shared decision making in nursing guidelines</li> <li>✓ Guidelines shared decision making</li> <li>✓ Gezamenlijke besluitvorming zorg</li> <li>✓ Vilans (<a href="https://www.vilans.nl/">https://www.vilans.nl/</a>) ; Zorg in zicht (<a href="https://www.zorginzicht.nl/">https://www.zorginzicht.nl/</a>); <a href="https://www.demedischspecialist.nl/">https://www.demedischspecialist.nl/</a></li> <li>✓ Patiënt participatie</li> <li>✓ Gezamenlijke besluitvorming</li> </ul>
---

### Resultaten

Op basis van de bovenstaande zoektermen zijn in de diverse databases geen richtlijnen geïdentificeerd over het betrekken van zorgvragers in keuzes rondom de ADL-zorg. In de Google key-word search is een handreiking voor huisartsen geïdentificeerd met praktische handvatten voor het stellen van doelen en het maken van zorgafspraken. Deze handreiking is bedoeld voor het ondersteunen van het proces van gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken tussen een zorgprofessional in de huisartsenpraktijk (huisarts of praktijkondersteuner) en een patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen. Inhoudelijk heeft deze handreiking een cyclisch karakter en is opgedeeld in: Voorbereiden, Samen doelen opstellen, Samen zorgafspraken maken en Afspraken uitvoeren en evalueren (Daniëls et al., 2016).

### Totstandkoming onderbouwing

De onderbouwing van de aanbeveling is tot stand gekomen door een samenvatting van de geselecteerde wetenschappelijke en grijze literatuur. De informatie uit beide bronnen is thematisch en narratief geordend op basis van chronologische stappen die zorgverleners in het verpleegkundig proces doorlopen na het opstellen van de verpleegkundige diagnose (Harder, 2020). Deze stappen omvatten het gezamenlijk stellen van doelen, het maken van zorgafspraken en evalueren van zorg. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat het opbouwen van een samenwerkingsrelatie en het inventariseren van voorkeuren voor betrokkenheid voorafgaat aan het stellen van doelen en het maken van zorgafspraken. Het opbouwen van de samenwerkingsrelatie is als eerste thema toegevoegd op basis van de informatie uit de reviews van Tobiano et al. (2015) en Truglio-Londrigan en Slyer (2018). De volgende stap omtrent het

inventariseren van voorkeuren voor betrokkenheid is aangevuld op basis van de bevindingen uit Clark et al. (2009), Friesen-Storms et al. (2015), Tobiano et al. (2015) en (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Met name de input uit de handreiking van Daniëls et al. (2016) heeft bijgedragen aan het invulling geven aan de aanbevelingen wat betreft het stellen van doelen en het maken van zorgafspraken. Beide stappen zijn aangevuld met informatie uit de uitgevoerde studies van Clark et al. (2009), Friesen-Storms et al. (2015), Tobiano et al. (2015) en (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Als het gaat om het uitvoeren en evalueren van zorg was ook de handreiking van Daniëls et al. (2016) leidend. Deze informatie werd aangevuld met input uit de studie van Davis et al. (2017) en Truglio-Londrigan en Slyer (2018). Tevens is er gebruik gemaakt van de richtlijn mantelzorg (stand van zaken 11/2020). In overleg met de ontwikkelaars van deze richtlijn mantelzorg is besloten om de aanbevelingen uit deze richtlijn die relevant zijn voor ADL als basis voor deze uitgangsvraag te gebruiken. Dit betreft met name de aanbevelingen over aandacht voor cultuurspecifieke rollen en gewoontes in de samenwerking met mantelzorgers en de behoefte van mantelzorgers om in het maken van afspraken betrokken te worden. De onderbouwing van de aanbevelingen van de richtlijn ADL is tot stand gekomen door de conclusies uit de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbeveling in de richtlijn mantelzorg (V&VN, 2020a) samen te vatten om aan de werkgroep voor te leggen.

### Totstandkoming overwegingen

De overwegingen van deze uitgangsvraag zijn tot stand gekomen door de input van de werkgroepleden. In twee werkgroepbijeenkomsten en een achterbanraadpleging zijn de perspectieven en overwegingen van de werkgroep verzameld en verwerkt. Hiervoor is de inhoud van de Handreiking Gezamenlijke Besluitvorming over doelen en zorgafspraken van Daniëls et al. (2016) en de resultaten uit de geselecteerde literatuur voorgelegd aan en besproken met de werkgroep. Op basis van deze resultaten zijn conceptaanbevelingen en overwegingen geformuleerd specifiek voor de ADL-zorg.

Deze conceptaanbevelingen zijn met de werkgroep gedeeld voor een achterbanraadpleging. Hiervoor hebben zorgverleners en zorgvragers (of vertegenwoordigers) contact gezocht met de organisatie of V&VN-afdeling namens wie zij gemandateerd zijn. De aanpassingen die voortkwamen uit deze achterbanraadpleging zijn verwerkt in de aanbevelingen en overwegingen van deze uitgangsvraag.

### Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen zijn geformuleerd door de resultaten uit het literatuuronderzoek binnen de wetenschappelijke en grijze literatuur samen te voegen met de overwegingen van de werkgroep. Ook in het formuleren van de aanbevelingen is een chronologische volgorde gehanteerd op basis van het verpleegkundig proces. Gezien de beperkte directe toepasbaarheid van de wetenschappelijke literatuur op de ADL-zorgcontext is er voor deze uitgangsvraag gekozen om de aanbevelingen als niveau 4 aanbevelingen (Mening van experts) te beschrijven. De werkgroep heeft de gekozen literatuur voor de ADL-zorgcontext bekeken en voor de ADL-zorg toepasbaar gemaakt. In de totstandkoming van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van een combinatie uit zowel formele als informele consensusmethodieken. In de uitgevoerde werkgroepbijeenkomsten is vooral gebruik gemaakt van informele consensusmethodieken door telkens aan de werkgroepleden te vragen in welke mate zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanpak en aanbevelingen. Aansluitend zijn de aanbevelingen uit deze uitgangsvraag met de werkgroep en hun achterban gedeeld met de vraag om schriftelijk te reageren op de inhoud en duidelijkheid van de aanbevelingen. Aanvullende opmerkingen uit deze schriftelijke raadpleging zijn vervolgens door de projectgroep verwerkt in de aanbevelingen.

In de formulering van de aanbeveling is verder door de werkgroep een onderscheid gemaakt in “doen” en “overweeg-” aanbevelingen. Hierbij worden de kernaanbevelingen door de werkgroep als dusdanig belangrijk geacht dat deze als “doe- aanbeveling” in de richtlijn zijn opgenomen, ondanks de beperkte wetenschappelijke bewijskracht.

### Voorkeuren zorgvragers Uitgangsvraag 1

In uitgangsvraag 1 van deze richtlijn staat de zorgvrager in het bijzonder centraal. De uitgangsvraag over hoe de zorgvrager meer betrokken kan worden bij de ADL-zorgverlening is door de werkgroep in de voorbereidingsfase als meest belangrijke vraag geprioriteerd.

Voorkeuren van zorgvragers over de manier waarop zij in de zorg bij ADL betrokken willen worden, zijn op verschillende manieren geïnventariseerd. Op de eerste plaats hebben n=4 werkgroepleden het perspectief van de zorgvragers over het gehele ontwikkeltraject heen vertegenwoordigd. Deze vier werkgroepleden spraken namens een patiëntenorganisatie (n=2 Burgerkracht Limburg, n=1 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), n=1 Patiëntenfederatie Nederland). Één werkgroeplid was zowel binnen een patiëntenorganisatie werkzaam als tegelijkertijd ervaringsdeskundige. Deze leden hebben in de werkgroepbijeenkomsten het perspectief van de zorgvrager vertegenwoordigd en hun belangen behartigd. De manier waarop de zorgvrager betrokken kan worden bij de ADL-zorg wordt door deze werkgroepleden omarmd. In het formuleren van de aanbevelingen is rekening gehouden met het versterken van de eigen kracht en positie van de zorgvrager. Tegelijkertijd kunnen zorgvragers er ook voor kiezen om de eigen regie uit handen te geven om onnodige belasting te voorkomen. De afstemming met de zorgvrager, maar ook het wanneer en op welke manier betrekken van mantelzorgers in de ADL-zorg, staan hierin duidelijk centraal. Aanvullend hierop is met name ook in deze uitgangsvraag rekening gehouden met het feit dat de zorgvrager niet incidenteel, maar gedurende het hele zorgproces als gelijkwaardige samenwerkingspartner betrokken kan blijven worden. Dit sluit aan bij de voorkeuren zoals geuit door de vertegenwoordigers van de zorgvragers in de werkgroep.

Aanvullend op de functie van de vertegenwoordigers van de zorgvragers, is er ook specifiek aandacht geweest voor het zorgvragerperspectief in de wetenschappelijke literatuur. In drie van de vijf geïnccludeerde studies is er nadrukkelijk aandacht geweest voor de ervaringen van zorgvragers in het proces van gezamenlijke besluitvorming. Deze voorkeuren zijn in de aanbevelingen verwerkt, bijvoorbeeld in aanbeveling 1, waarin het toewerken naar een vertrouwensrelatie op basis van respect en gelijkwaardigheid centraal staat.

## 8.2 Verantwoording Uitgangsvraag 2

### De uitgangsvraag

In de uitwerking van de uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvraag:

“Op welke manier kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht? “

De drie delen uit deze uitgangsvraag zijn geordend op basis van de gegevens die in kaart gebracht dienen te worden om tot een omvattende ADL-zorgvraag te komen. Hierbij gaat het om een drietal gegevens die vastgelegd zijn in de richtlijn verpleegkundige verslaglegging (1) subjectieve gegevens, (2) objectieve gegevens en (3) contextgegevens.

### Deel 1: Totstandkoming onderbouwing:

De in de richtlijn verpleegkundige verslaglegging beschreven subjectieve gegevens zijn als uitgangspunt voor de onderbouwing van deel 1 gebruikt.

Subjectieve gegevens	“Subjectieve gegevens zijn de klachten en symptomen die de cliënt ervaart. Deze gegevens worden veelal verzameld door middel van een gesprek met de cliënt en/of zijn naasten.” (V&VN, 2020b)
----------------------	---

### Totstandkoming overwegingen

De overwegingen zijn tot stand gekomen door in twee werkgroepbijeenkomsten in gesprek te gaan met de werkgroepleden over manieren om de subjectieve gegevens van de zorgvrager te inventariseren. Een gesprek met de zorgvrager en of zijn naasten had volgens de werkgroep de voorkeur. Op basis van de praktische ervaring met het in kaart brengen van ADL-zorgvragen en subjectieve gegevens zijn overwegingen geformuleerd, die meewogen in het formuleren van de

### Formulering aanbevelingen

De aanbevelingen van deze uitgangsvraag zijn tot stand gekomen door de conclusies van de richtlijn verpleegkundige verslaglegging te combineren met de expertise en praktijkervaring van de leden uit de werkgroep. Bij het totstandkomen van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van een combinatie uit zowel formele als informele consensusmethodieken. In de uitgevoerde werkgroepbijeenkomsten is vooral gebruik gemaakt van informele consensusmethodieken door telkens aan de werkgroepleden te vragen in welke mate zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanpak en aanbevelingen. Aansluitend zijn de aanbevelingen uit deze uitgangsvraag met de werkgroep en haar achterban gedeeld, met de vraag om schriftelijk te reageren op de inhoud en duidelijkheid van de aanbevelingen. Aanvullende opmerkingen uit deze schriftelijke raadpleging zijn vervolgens door de projectgroep verwerkt in de aanbevelingen.

In de formulering van de aanbeveling is verder door de werkgroep een onderscheid gemaakt in “doen” en “overweeg-” aanbevelingen. Hierbij worden de kernaanbevelingen door de werkgroep als dusdanig belangrijk geacht dat deze als “doe- aanbeveling” in de richtlijn zijn opgenomen, ondanks de beperkte wetenschappelijke bewijskracht.

### Deel 2: Totstandkoming onderbouwing:

De in de richtlijn verpleegkundige verslaglegging beschreven objectieve gegevens zijn als uitgangspunt voor de onderbouwing van deel 2 gebruikt.

Objectieve gegevens	“Objectieve gegevens zijn de scores of uitkomsten die via metingen of vragenlijsten worden gemeten of die objectief worden geobserveerd. Dit kunnen bepaalde kenmerken, symptomen of klachten zijn.” (V&VN, 2020b)
---------------------	--

### Identificatie en selectie relevante ADL- meetinstrumenten

In het kader van deze uitgangsvraag is gezocht naar generieke meetinstrumenten die het ADL-functioneren van zorgvragers valide en betrouwbaar in kaart kunnen brengen en in de

Nederlandse zorgsetting worden gebruikt. Na het identificeren van relevante meetinstrumenten is in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar informatie over de psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige instrumenten.

#### Identificatie van meetinstrumenten in meetinstrumenteninzorg.nl

Om tot een selectie van relevante meetinstrumenten te komen die het ADL-functioneren in kaart brengen, is de database meetinstrumenteninzorg.nl geraadpleegd. In de database meetinstrumenteninzorg.nl is gezocht op basis van de vrije zoekterm “ADL”. Deze search resulteerde in 24 potentiële meetinstrumenten.

#### Selectie van meetinstrumenten

Meetinstrumenteninzorg.nl

De meetinstrumenten op meetinstrumenteninzorg.nl zijn door twee projectgroepleden onafhankelijk van elkaar verder geselecteerd op basis van vooraf door de projectgroep opgestelde in- en exclusiecriteria. Voor het doel van deze uitgangsvraag zijn meetinstrumenten geselecteerd, die uitspraken doen over het ADL-functioneren onafhankelijk van de diagnose of zorgsetting.

Inclusiecriteria:

- ✓ Generieke meetinstrumenten (niet ziektespecifiek)
- ✓ Uitsluitend Basis-ADL (BADL) of een los af te nemen ADL-onderdeel
- ✓ Afneembaar door V&V

Exclusiecriteria:

- ✓ Meetinstrument meet uitsluitend een onderdeel van ADL (mobiliteit of functioneren van lichaamsdelen)
- ✓ IADL

Op basis van bovenstaande criteria zijn 4 meetinstrumenten geselecteerd:

- ✓ Katz ADL-schaal
- ✓ Barthel-Index
- ✓ Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS)
- ✓ Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus) / Vragenlijst Dagelijks Functioneren HAQ-DI / VDF)

Raadpleging van de werkgroep

Aanvullend is de werkgroep geraadpleegd met de vraag welke instrumenten zij in de praktijk gebruiken om het ADL-functioneren van de zorgvrager in kaart te brengen. Hierbij werden de volgende meetinstrumenten door de werkgroep genoemd:

- ✓ Katz ADL-schaal
- ✓ Barthel index
- ✓ PDL-scorelijst
- ✓ Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER)

#### Selectie op basis van meetinstrumenteninzorg.nl en werkgroepgroepexpertise

Op basis van de database meetinstrumenteninzorg.nl zijn de onderstaande meetinstrumenten geselecteerd als potentieel relevante meetinstrumenten die helpen om de mate van ADL-zelfstandigheid te meten:

Barthel index

Katz ADL schaal

Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS)

Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER)



Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus) / Vragenlijst  
Dagelijks Functioneren HAQ-DI / VDF  
PDL-scorelijst

### Literatuuronderzoek naar psychometrische eigenschappen

Nadat de selectie van meetinstrumenten is afgerond, is de wetenschappelijke literatuur geraadpleegd om de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten in kaart te brengen. Voor elk geselecteerd meetinstrument is een zoekstrategie ontwikkeld met als doel de inventarisatie van de psychometrische eigenschappen van de meetinstrumenten voor de Nederlandse setting. De zoekstrategie bestond uit vier onderdelen (zie tabel 28). De psychometrische eigenschappen in de zoekstrategie zijn gespecificeerd door de “Searchfilter for finding studies on measurement properties” zoekfilter gebruikt. Deze zoekfilter is ontwikkeld door het “Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN)” initiatief. <https://www.cosmin.nl/tools/pubmed-search-filters/>

Tabel 16: Opbouw zoekstrategie psychometrische eigenschappen van Nederlandse instrumenten die het ADL-functioneren in kaart brengen, ontwikkeld voor de PubMed database.

#1	Instrument[title]
	AND
#2	("Dutch" OR "Netherlands")[tiab]
	AND
#3	COSMIN measurement properties filter
	NOT
#4	COSMIN exclusion filter

De hierboven beschreven opbouw is voor vijf meetinstrumenten toegepast. Voor de PDL-scorelijst is nadere informatie over de validatie en psychometrische eigenschappen bij de ontwikkelaars opgevraagd. Er was echter geen nadere informatie over de daadwerkelijke psychometrische eigenschappen beschikbaar.

Onderstaande criteria zijn gebruikt om op basis van de beschreven zoekacties passende studies over de psychometrische eigenschappen van de meetinstrumenten te selecteren.

Inclusie:

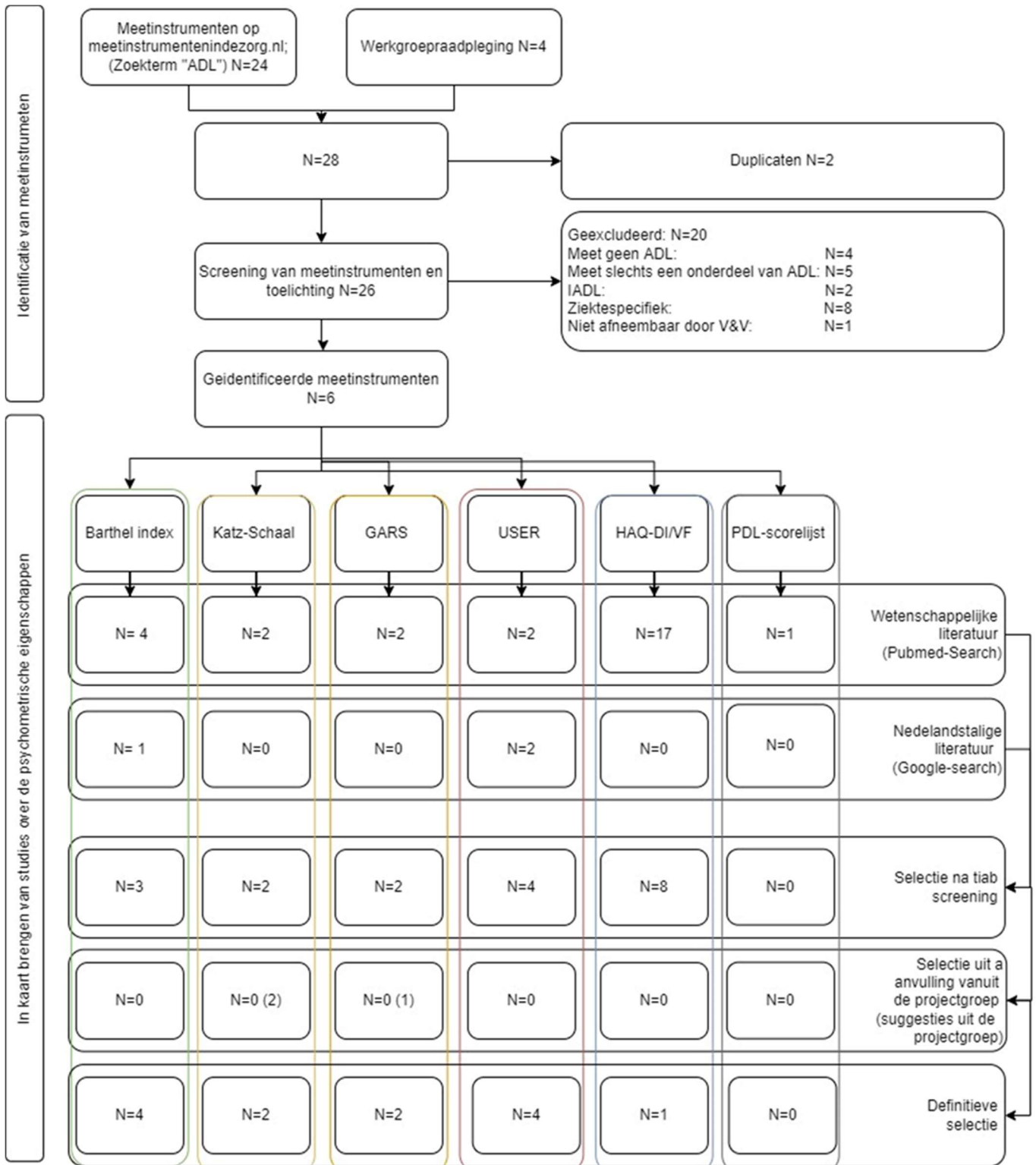
- ✓ Studie bevat informatie over een of meer instrumenten én de psychometrische eigenschappen hiervan
- ✓ Studie bevat informatie over de validering in de Nederlandse populatie

Exclusie:

- ✓ Toepassing van het instrument bij kinderen (<18 jaar)

Op basis van een keyword search is aanvullend gezocht naar publicaties over de psychometrische eigenschappen van de geselecteerde meetinstrumenten die relevant zijn voor deze uitgangsvraag. Aansluitend zijn de getraceerde instrumenten en bijbehorende publicaties voorgelegd aan de leden van de projectgroep, met de vraag om de bestaande lijst van instrumenten aan te vullen met publicaties die eventueel niet gevonden zijn op basis van de opgestelde search. Naar aanleiding van de projectgroep-raadpleging zijn er geen aanvullende publicaties geïdentificeerd. Het gehele selectieproces is inzichtelijk gemaakt in de volgende flowchart.

Flowchart: Selectieproces wetenschappelijke studies met informatie over psychometrische eigenschappen van in Nederland gebruikte generieke ADL-meetinstrumenten.



### Totstandkoming conclusies

De conclusies over de kwaliteit van de psychometrische eigenschappen zijn tot stand gekomen door de inhoud van de wetenschappelijke studies te evalueren aan de hand van de COSMIN criteria voor goede meeteigenschappen gebaseerd op Terwee et al. (2007) en Prinsen et al. (2016). Deze criteria zijn opgenomen in het COSMIN handboek van (Mokkink et al., 2018, pp. 28-29).

De conclusie van de aanbeveling is opgebouwd door gebruik te maken van onderstaande indeling. Per gevonden studie werd de mate van de psychometrische eigenschap beoordeeld met een plus (+), min (-) of vraagteken (?). Een (+) werd gescoord wanneer de eigenschap voldeed aan de door de COSMIN vastgestelde criteria voor meetinstrumenten. Een (-) werd gescoord wanneer de criteria niet voldeden en een (?) wanneer er geen gegevens over de betreffende eigenschap gevonden konden worden. De karakteristieken over interpreteerbaarheid en hanteerbaarheid zijn op basis van resultaten uit de betreffende studies en werkgroepexpertise beoordeeld.

Tabel 17: Opbouw en beoordeling psychometrische eigenschappen Uitgangsvraag 3

+/-/?	Validiteit
+/-/?	Betrouwbaarheid
+/-/?	Responsiviteit
+/-/?	Interpreteerbaarheid
+/-/?	Hanteerbaarheid

### Totstandkoming overwegingen

De overwegingen zijn tot stand gekomen door in 2 werkgroepbijeenkomsten in gesprek te gaan met de werkgroepleden over het gebruik en de praktische hanteerbaarheid van de in samenspraak met de werkgroep geselecteerde meetinstrumenten. Op basis van hun ervaring met het gebruik van meetinstrumenten zijn overwegingen geformuleerd, die meewogen in het formuleren van de aanbevelingen.

### Formulering aanbevelingen

De aanbevelingen van deze uitgangsvraag zijn tot stand gekomen door de conclusies van de wetenschappelijke literatuur over de psychometrische eigenschappen van de meetinstrumenten te combineren met de expertise en praktijkervaring van de leden uit de werkgroep. In de formulering van de aanbeveling is verder door de werkgroep een onderscheid gemaakt in "doen-" en "overweeg-aanbevelingen". Hierbij worden de kernaanbevelingen door de werkgroep als dusdanig belangrijk geacht dat deze als "doen-aanbeveling" in de richtlijn zijn opgenomen, ondanks de beperkte wetenschappelijke bewijskracht. De meetinstrumenten met de miste wetenschappelijke bewijskracht omtrent de psychometrische eigenschappen zijn als "niet-doen-aanbevelingen" geformuleerd.

### Deel 3: Contextgegevens

De in de richtlijn 'verpleegkundige verslaglegging' beschreven contextgegevens zijn als uitgangspunt voor de onderbouwing van deel 3 van deze uitgangsvraag gebruikt.

Contextgegevens	"Gegevens over de omgeving, achtergrond en (risico)factoren van de cliënt, die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand of het welbevinden. Op basis van de verzamelde gegevens wordt een zorgplan opgesteld, in overleg met de cliënt" (V&VN, 2020b)
-----------------	--

### Totstandkoming overwegingen

De overwegingen zijn tot stand gekomen door tijdens twee werkgroepbijeenkomsten in gesprek te gaan met de werkgroepleden over het in kaart brengen van contextgegevens. Op basis van hun ervaring met het inventariseren van contextuele gegevens zijn overwegingen geformuleerd, die meewogen bij het formuleren van de aanbevelingen.

### Totstandkoming aanbevelingen

De aanbevelingen van deze uitgangsvraag zijn tot stand gekomen door de conclusies van richtlijn verpleegkundige verslaglegging te combineren met de expertise en praktijkervaring van de leden uit de werkgroep. In de totstandkoming van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van een combinatie uit zowel formele en informele consensusmethodieken. In de uitgevoerde werkgroepbijeenkomsten is vooral gebruik gemaakt van informele consensusmethodieken door telkens aan de werkgroepleden te vragen in welke mate zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanpak en aanbevelingen. Aansluitend zijn de aanbevelingen uit deze uitgangsvraag met de werkgroep en haar achterban gedeeld, met de vraag om schriftelijk te reageren op de inhoud en duidelijkheid van de aanbevelingen. Aanvullende opmerkingen uit deze schriftelijke raadpleging zijn vervolgens door de projectgroep verwerkt in de aanbevelingen.

### Voorkeuren zorgvragers Uitgangsvraag 2

In uitgangsvraag 3 van deze richtlijn waren de voorkeuren van de zorgvrager met name van belang bij het vaststellen van de manier waarop de ADL-zorgvraag in kaart wordt gebracht. Op de eerste plaats hebben n=4 werkgroepleden het perspectief van de zorgvragers over het gehele ontwikkeltraject heen vertegenwoordigd. Deze vier werkgroepleden spraken namens een patiëntenorganisatie (n=2 Burgerkracht Limburg, n=1 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), n=1 Patiëntenfederatie Nederland). Één werkgroeplid was zowel binnen een patiëntenorganisatie werkzaam als tegelijkertijd ervaringsdeskundige. Deze leden hebben in de werkgroepbijeenkomsten het perspectief van de zorgvrager vertegenwoordigd en hun belangen behartigd.

Zorgvragers hebben een voorkeur voor een gesprek waarin zij kunnen aangeven wat in de ADL-zorg moeizaam gaat en op welke manier er verbetering nodig is. Volgens de zorgvragers en hun vertegenwoordigers in de werkgroep is bijvoorbeeld het gesprek met de zorgvrager het uitgangspunt voor het vaststellen van de zorgvraag. In dit gesprek moet er voldoende ruimte zijn voor het doen van een verhaal. Tegelijkertijd vinden zorgvragers het belangrijk dat zij hun verhaal niet opnieuw hoeven te doen wanneer dit niet mogelijk of wenselijk is vanuit de zorgvrager.

## 8.3 Verantwoording Uitgangsvraag 3

### De uitgangsvraag

In de uitwerking van de uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstelling:

**“Welke interventies kunnen in de Zorg bij ADL effectief worden ingezet om het ADL-functioneren of het comfort van de zorgvrager te vergroten?”**

### Literatuuronderzoek

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd in de wetenschappelijke literatuur om effectieve interventies op te sporen die in de zorg bij ADL door verpleegkundigen en/of verzorgenden kunnen worden ingezet.

### Search wetenschappelijke databases

Voor het ontwikkelen van de zoekstrategie is het PI(C)O format voor deze uitgangsvraag ingevuld.

Tabel 18: PICO-format Uitgangsvraag 6

Patiënt	Zorgvragers met een ADL-zorgvraag
Interventie	Interventies die plaatsvinden tijdens ADL-activiteiten waaronder (1) wassen (2) aan- en uitkleden (3) toiletgang (4) mobiliteit binnenshuis (5) uiterlijke verzorging of (6) eten en drinken. Deze interventies dienen uitgevoerd te worden door de verpleegkundige beroepsgroep waaronder verpleegkundigen, verzorgenden of helpenden.
Co-interventie	N.v.t.
Outcome	(1) ADL-functioneren, zoals bijvoorbeeld beschreven in de Barthel Index. (2) Mate van comfort tijdens de zorgverlening geuit door ongemak, agitatie, pijn weerstand. (Myles et al., 2018).
Design	Literatuurstudies

De patiëntrelevante uitkomstmaten zijn vastgesteld met de werkgroep die samengesteld is uit patiëntvertegenwoordigers en zorgverleners.

De zoekstrategie voor dit literatuuronderzoek was opgebouwd op drie delen: populatie, deze bevatte zoek- en mesh-termen als “adults”, “elderly”, “patients”, en dergelijke; interventie; deze bevatte zoek- en mesh-termen verpleegkundige zorgverlening in diverse zorgcontexten, met termen als “longterm-care”, “primary care nursing”, “rehabilitation nursing” en “fundamentals of care”; ADL, deze bevatte zoek- en mesh-termen die betrekking hebben op ADL. Deze strategie is ontwikkeld in samenwerking met een informatiespecialist van de bibliotheek van de Universiteit Maastricht. De geselecteerde zoektermen dienden in de titels van de publicaties voor te komen. De search is uitgevoerd voor de periode tussen 25 maart 2000 en 25 maart 2020. De zoekstrategie is aangepast voor het gebruik van de database medline (PubMed), Cinahl-, en Cochrane database.

Tabel 19: Voorbeeld zoekstrategie PubMed Uitgangsvraag 2

<p><b>Search string pubmed database 25-03-2020</b></p> <p>("Adult"[Mesh] OR "Humans"[Mesh] OR "Disabled Persons"[Mesh] OR "disabled persons"[Title/Abstract] OR "Adult"[Title/Abstract] OR "adults"[Title/Abstract] OR "Patients"[Title/Abstract] OR "care recipients"[Title/Abstract] OR "care receivers"[Title/Abstract] OR "clients"[Title/Abstract] OR "residents"[Title/Abstract] OR "inpatients"[Title/Abstract] OR "older people"[Title/Abstract] OR "older adults"[Title/Abstract] OR "community dwelling"[Title/Abstract] OR "patient"[Title/Abstract] OR "patients"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "elders"[Title/Abstract]) AND "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Evidence-based</p>
---

## Search string pubmed database 25-03-2020

```
nursing"[Title/Abstract] OR "Nursing Service, Hospital"[Mesh] OR "Hospital nursing"[Title/Abstract] OR "Home Nursing"[Mesh] OR
"Home Nursing"[Title/Abstract] OR "Home Health Nursing"[Mesh] OR "Critical Care Nursing"[Mesh] OR "Critical Care
Nursing"[Title/Abstract] OR "Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Title/Abstract] OR "Geriatrics/methods"[Mesh] OR
"Geriatrics/nursing"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Title/Abstract]
OR "Neuroscience Nursing"[Mesh] OR "Neuroscience Nursing"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR "Rehabilitation
Nursing"[Title/Abstract] OR "Ambulatory Care"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Title/Abstract] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Long-
Term Care"[Title/Abstract] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Title/Abstract] OR "Home Care
Services"[Mesh] OR "Rehabilitation/methods"[Mesh] OR "Rehabilitation methods"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation/nursing"[Mesh]
OR "Rehabilitation nursing"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation/standards"[Mesh] OR "Nursing Care/standards"[Mesh] OR "Nursing
Care standards"[Title/Abstract] OR "Self-Help Devices"[Mesh] OR "Self-Help Devices"[Title/Abstract] OR "Bathroom
Equipment"[Mesh] OR "Bathroom Equipment"[Title/Abstract] OR "personal care services"[Title/Abstract] OR "restorative
homecare"[Title/Abstract] OR "fundamental care"[Title/Abstract] OR "nursing approach"[Title/Abstract] OR "nursing
process"[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing intervention"[Title/Abstract] OR "basic nursing
care"[Title/Abstract] AND ("Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Baths/methods"[Mesh] OR "Baths/standards"[Mesh] OR
"Baths/nursing"[Mesh] OR "Hygiene/methods"[Mesh] OR "Hygiene/nursing"[Mesh] OR "Hygiene/standards"[Mesh] OR
"Sanitation/methods"[Mesh] OR "Soaps"[Mesh] OR "Health Promotion/methods"[Mesh] OR "Activities of Daily Living"[Title/Abstract]
OR "personal activities of daily living"[Title/Abstract] OR "Bathing"[Title/Abstract] OR "Baths"[Title/Abstract] OR "Bed
bath"[Title/Abstract] OR "Hygiene"[Title/Abstract] OR "Reablement"[Title/Abstract] OR "re-ablement"[Title/Abstract] OR "Self-
care"[Title/Abstract] OR "dressing"[Title/Abstract] OR "showering"[Title/Abstract] OR "shower"[Title/Abstract] OR
"washing"[Title/Abstract] OR "mobility"[Title/Abstract] OR "transferring"[Title/Abstract] OR "ambulating"[Title/Abstract] OR
"personal hygiene"[Title/Abstract] OR "Eating"[Title/Abstract] OR "maintaining continence"[Title/Abstract] OR
"toileting"[Title/Abstract] OR "toilet use"[Title/Abstract] OR "Daily activities"[Title/Abstract] OR "Everyday activities"[Title/Abstract]
OR "personal activities"[Title/Abstract]) AND (((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping
review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic
quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR
systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative
review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE[subset]) OR ("Cochrane Database Syst
Rev"[Journal] AND review[pt]) OR systematic review[pt])
```

**Selectie-Criteria**

De publicaties die met deze zoekstrategie werden gevonden, zijn met behulp van selectiecriteria beoordeeld op relevantie voor de uitgangsvraag. Om passende en relevante studies te identificeren, zijn de volgende selectiecriteria opgesteld:

**Inclusiecriteria:**

- ✓ **P:** Interventies die alleen worden uitgevoerd door verpleegkundigen, zoals verpleeghulpen, verpleegassistenten en gediplomeerde verpleegkundigen in alle gezondheidszorgomgevingen waar ADL-zorg plaatsvindt (dat wil zeggen thuis, verpleeghuis, ziekenhuis, en revalidatie-instellingen).
- ✓ **I:** Interventies die moeten worden uitgevoerd tijdens een of meer van de zes vooraf gedefinieerde ADL: (1) wassen: in bad gaan, douchen, zichzelf wassen met een washandje, lichaamsdelen drogen; (2) aankleden en uitkleden; (3) toiletgang: naar - en veilig gebruik maken van het toilet, uitkleden/aankleden, zichzelf schoonmaken na gebruik, toilet doorspoelen, incontinentiemateriaal gebruiken en verzorgen, menstruele hygiëne; (4) Verzorging: uiterlijke verzorging, tanden poetsen of kunstgebit verzorgen, dagelijkse haarstyling, regelmatige verzorging van vinger- en teennagels, aanbrengen van make-up of producten; (5) Mobiliteit binnen de woning; (6) Eten en drinken betreffende reguliere eetbehandelingen (geen sondevoeding)
- ✓ **O:** Interventies die nodig zijn om het ADL-functioneren (het uitvoeren van ADL) of het comfortniveau (het comfortniveau tijdens ADL-verzorging, d.w.z. vermindering van pijn, ongemak, agressie, onrust, weerstand tegen zorg, gevoelens van dwang of lijden) te beïnvloeden.
- ✓ **D:** systematische reviews werden geïncludeerd wanneer zij gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's), niet-gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (nRCT's) en ongecontroleerde experimentele onderzoeken (UCT's), zoals before-after onderzoeken, bevatten

**Exclusiecriteria:**

- ✓ Interventies, uitgevoerd door andere beroepsbeoefenaren, zoals therapeuten alleen of gecombineerd met verpleegkundigen in multidisciplinaire teams
- ✓ Onderzoek naar enkel medische hulpmiddelen of producten, zoals voedingssupplementen, wasproducten, incontinentiemateriaal en -hulpmiddelen
- ✓ Katheterzorg

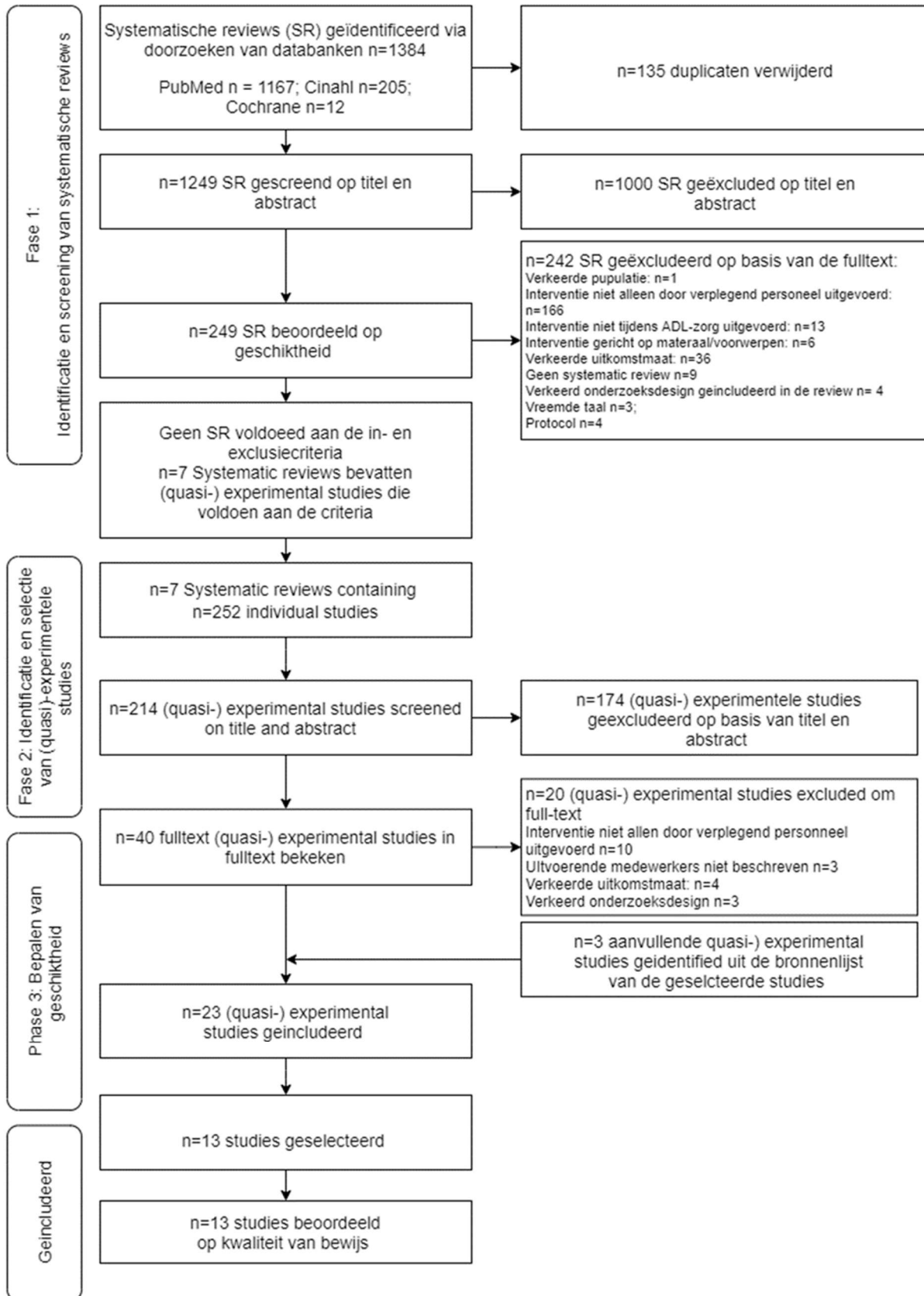
### Selectie

De screening van de geïdentificeerde publicaties vond plaats in twee fases. Nadat de referenties zijn geïmporteerd in het referentieprogramma EndNote, zijn de referenties in de online screening tool RAYYAN QCRI (<https://rayyan-prod.qcri.org>) geïmporteerd en vond de selectie titel/abstract selectie plaats op basis van de vastgestelde in- en exclusiecriteria. Dit is door twee personen onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Bij ontbreken van overeenstemming tussen deze beide, beoordeelde een derde persoon (MB) titel/abstract om de impasse te doorbreken. Vervolgens zijn de fulltext-versies van de artikelen geselecteerd en zijn de bevindingen besproken met alle leden van de projectgroep. Uit deze eerste screeningsfase werden zeven potentieel relevante reviews gevonden. Geen van deze reviews sloot echter volledig aan bij de in- en exclusiecriteria, maar zij bleken individuele experimentele en quasi-experimentele studies geïncludeerd te hebben die wel aan de criteria leken te voldoen. Op basis van deze conclusie is een tweede screeningsfase gestart, waarin alle individuele studies (n=224) uit de geïdentificeerde systematische reviews zijn gescreend op basis van dezelfde criteria.

### Resultaten

Uiteindelijk zijn op basis van deze tweede screeningsronde 23 studies geïdentificeerd. Van deze studies waren er 3 RCT's en 10 quasi-experimentele effectief op ADL-zelfstandigheid en comfort. De inhoud van deze interventies en de eigenschappen van de geselecteerde studies zijn in onderstaande tabellen beschreven.

Flowchart: Selectieproces literatuuronderzoek Uitgangsvraag 3





Tabel 20: Overzicht van internationale effectieve interventies gericht op het vergroten van comfort van zorgvragers in de ADL-zorg

Naam van de interventie Auteur (jaar)	Type en doel (groep) van de interventie	Beschrijving van de interventie
<b>Algemene ADL-interventies</b>		
<b>Abilities focused morning care</b>  (Wells, Dawson, Sidani, Craig, & Pringle, 2000)	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van agitatie bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	<p>"Abilities-focused morning care" is een concept dat verwijst naar het helpen van een individu om zijn/haar capaciteiten te gebruiken. Zorgverleners ontvingen een training over de sociale en zelfzorgvaardigheden die relevant zijn voor de ochtendverzorging:</p> <p>Sociale vaardigheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermogen om aandacht te geven en te ontvangen (gebruik van attent gedrag; gebruik van conventionele begrotingen)</li> <li>- Vermogen om een gesprek aan te gaan (gebruik van doelgerichte conversatie, geheugenboeken)</li> <li>- Vermogen om sociaal toegankelijk te zijn (creëren van een ontspannende omgeving; vermindering van omgevingsstimuli; aanbieden van passende signalen)</li> </ul> <p>Zelfzorg-vaardigheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermogen tot ruimtelijke oriëntatie (gebruik van links-rechts signalen/cues)</li> <li>- Vermogen tot vrijwillige beweging (minimale stimulatie van primitieve reflexen)</li> </ul> <p>Vermogen tot doelgerichte bewegingen (gebruik herhaalde verbale aanwijzingen, gebruik voorwerpen als motorische hints)</p>
<b>Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)</b>  Galik et al. (2008)	Trainingsprogramma voor zorgverleners om o.a. het ADL-functioneren te vergroten en agitatie te verminderen bij verpleeghuisbewoners met matige tot ernstige cognitieve stoornissen.	<p>De Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI) bestond uit 4 verschillende lessen van 20 tot 30 minuten over</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) de filosofie van herstellende zorg,</li> <li>(2) het motiveren van bewoners met cognitieve beperkingen om deel te nemen aan functionele activiteiten en lichaamsbeweging,</li> <li>(3) het integreren van herstellende zorginterventies in het dagelijkse leven van de bewoner en</li> <li>(4) documentatie en coördinatie van herstellende zorg.</li> </ol> <p>Een basisevaluatie van de bewoner werd uitgevoerd door de VPK. Gebaseerd op de evaluatie van de bewoner en gesprekken met de verzorgende, familie en andere leden van het zorgteam, werden herstellende zorgdoelen ontwikkeld die gericht waren op communicatie, deelname aan ADL, actieve of passieve bewegingsactiviteiten en rekoefeningen.</p> <p>Een doelformulier voor herstellende zorg werd gebruikt om aan alle Verzorgenden die met de bewoner werkten, mee te delen aan welke functionele activiteiten elke bewoner zich zou moeten wijden. Het doelformulier werd geïndividualiseerd zodat het geschikt was voor een specifieke bewoner. Bijvoorbeeld, een herstellend zorgdoel voor communicatie bij een cognitief beperkte bewoner met een perceptief gehoorverlies kan inhouden dat de bewoner korte, eenvoudige, verbale instructies krijgt met een diepe stem. Dezelfde bewoner kan in het verleden in het kerkkoor hebben gezongen en kan gemotiveerd zijn en gemakkelijker worden betrokken bij het aankleden en verzorgen als hij wordt aangemoedigd om een favoriete hymne te zingen. De voortdurende functie van de Verpleegkundige was het aanmoedigen en ondersteunen van verzorgenden. Zij volgde deze personen wekelijks om te bepalen of de herstellende zorgactiviteiten werden voltooid, belemmeringen voor herstellende zorgactiviteiten aan te pakken en weg te nemen, steun en aanmoediging te bieden en doelen bij te stellen indien nodig.</p>
<b>Baden/Douchen/Wassen</b>		

<b>Person centered-showering (Sloane et al., 2004)</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van agitatie en het verhogen van comfort bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	Deze interventie bestaat uit een aantal elementen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspelen op de voorkeuren van de bewoner door bijvoorbeeld keuzes aan te bieden</li> <li>- Gedragssymptomen beschouwen als uitingen van onvervulde behoeften</li> <li>- Communicatietechnieken gebruiken die pasten bij de mate en ernst van de ziekte van de bewoner door bijvoorbeeld keuzes te bieden</li> <li>- Probleemoplossende benaderingen toepassen om oorzaken en mogelijke oplossingen te identificeren, bijvoorbeeld het afleiden van de aandacht (bijv. door het aanbieden van voedsel),</li> </ul> Fysieke omgeving reguleren om het comfort van de bewoner te maximaliseren, door bijvoorbeeld handdoeken op het bed te leggen om de bewoner warm te houden, het gebruik van badproducten aanbevolen door familie en personeel, het gebruik van zeep zonder spoelen en het aanpassen van de douchestraal.
<b>Het handdoekenbad (Sloane et al., 2004)</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van agitatie en het verhogen van comfort bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	Het handdoekenbad is een methode waarbij de zorgverlener in bed twee bad-dekens, twee badhanddoeken, reinigende schuim/zeep (non-rinse soap), en 2 liter warm water gebruikt, de bewoner steeds bedekt houdt en het lichaam met zachte massage reinigt.
<b>Bathing without a battle intervention (Gozalo, Prakash, Qato, Sloane, &amp; Mor, 2014)</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van agressief of geagiteerd gedrag bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	In de "Bathing without a Battle-interventie" worden strategieën in de verschillende stadia van dementie individueel afgestemd op de voorkeuren van de bewoner. De benadering omvat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het toepassen van communicatietechnieken die passen bij het niveau van de beperking van de bewoner</li> <li>- Het (h)erkennen van gedragssymptomen als uitingen van onvervulde behoeften</li> <li>- Het respecteren van de voorkeuren van de bewoner</li> </ul> Het reguleren van de fysieke omgeving met als doel het comfort van de bewoner te maximaliseren.
<b>PRIDE-benadering (Mickus et al., 2002)</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van neuro-psychiatrische verschijnselen waaronder agitatie, angst en agressie tijdens het baden/douchen bij zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	Voorbeelden van bruikbare benaderingsprincipes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanmoedigen van privacy: sluiten van de badkamerdeur of de zorgvrager niet uitkleden voordat dat nodig is</li> <li>- De zorgvrager geruststellen door hem/haar herhaaldelijk eraan te herinneren dat hij/zij veilig is en niet alleen is</li> <li>- Informatie delen voor en tijdens het baden/douchen, gezien de problemen met het kortetermijngeheugen en verwarringsproblemen.</li> <li>- Afleiden van zorgvragers die tijdens het proces onrustig worden door een aangenaam onderwerp aan te snijden</li> <li>- Zich voortdurend bewust te zijn van de reactie van de zorgvrager en in extreme gevallen te evalueren of het tijdstip van het baden/douchen geschikt was.</li> </ul>
<b>Toiletgang</b>		
<b>Toiletschema Engst, Chhokar, Robinson,</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verminderen van geagiteerd gedrag bij	Het programma van de interventie bestond uit een aantal componenten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invoeren van een toiletprogramma door het beoordelen van de darm- en contineroutines met behulp van een plasdagboek en gedocumenteerde darminterventies en -frequentie in het zorgdossier</li> <li>- Assistentie bij de transfer en zitpositie van de bewoner, het juiste gebruik van medicatie en de beoordeling van de vochtinname en het dieet van de zorgvrager</li> </ul>

<b>Earthy, and Yassi (2004)</b>	zorgvragers met dementie in het verpleeghuis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorlichting aan zorgverleners over het gebruik van de mechanische tilliften en de richtlijnen voor klinische praktijken</li> <li>- Voorlichting over het herkennen van geagiteerd gedrag</li> <li>- Bewustwording van agitatie bevorderende signalen, vroegtijdige herkenning van emotionele, verbale of fysieke signalen van agitatie bij de zorgvrager</li> <li>- Bewustwording van het feit dat er verschillende factoren zijn die eraan bijdragen de agitatie te verlichten en intense agitatie zoals fysieke agressie kunnen voorkomen.</li> </ul>
---------------------------------	---	---

Tabel 21: Kenmerken van internationale effectieve Interventies gericht op het vergroten van comfort van zorgvragers in de ADL-zorg

Interventie, Auteur, (jaar) Land	Design	Doelgroep en setting Controlegroep (CG) Interventiegroep (IG)	Relevante uitkomsten:	Meet-momenten (Follow up):	Effect:
<b>Abilities focused morning care</b> Wells et al. (2000) Canada	Quasi-experimentaal, repeated measures design	Verpleeghuisbewoners met dementie CG=20 Leeftijd: 88.35 (SD 5.66) Geslacht: 82.8 vrouw  IG=20 Total n=40 Leeftijd: 88,90 (SD 6.26) Vrouwelijk: 85.2%	The Pittsburgh Agitation Scale (PAS)*	6 maanden	Significante vermindering van gemiddelde agitatie levels is gevonden in de interventiegroep na 4 maanden vergeleken met de controlegroep IG: Pre: 0.35 (SD: 0.33) vs. 6 months: 0.17 (SD:0.24); CG:Pre:0.29 (0.38) vs. 6 months:0.33 (0.38)), F:4.43, P = 0.041
<b>Restorative Care Intervention for the Cognitively Impaired (Res-Care-CI)</b> Galik et al. (2008) USA	Single-group repeated measures study	Verpleeghuisbewoners met matige tot ernstige cognitieve stoornissen.  Total n=46  Leeftijd: 82,61 (SD 8,84); Geslacht: 82,6% vrouw	Cohen-Mansfield Agitation Inventory, Short Form (CMAI)*	4 maanden	Significante vermindering van gemiddelde agitatielevels is gevonden in de interventiegroep 4 maanden post-interventie. IG = 55.20 vs. CG = 44.32, p < 0.05.
<b>Baden/Douchen/Wassen</b>					
<b>Person centered-showering &amp; Het hand-doeckenbad</b>	Randomized controlled trial (RCT)	Verpleeghuisbewoners met dementie  CG: n=23: Leeftijd: 86,9 (SD: 6,1); Vrouwelijk 95,7%;  IG: N=43:	Modification of the discomfort scale for dementia of the Alzheimer type*	6 weken na de interventie	Significante vermindering van discomfort is gevonden in beide interventiegroepen (Person centered-baden en handdoekenbad) vergeleken met de controlegroep. CG: Pre:2.12 (SD:0.35) vs. Post:2.14 (SD:0.35) Person centered-baden: Pre: 2.11 (SD: 0.42) vs. Post: 1.86 (SD: 0.46). Person centered-baden vs. Controle: p=0.001

(Sloane et al., 2004) USA		Leeftijd: 86,0 (SD: 8,6); Geslacht:73,9%; vrouw		Handdoekenbad: Pre: 2.11 (SD: 0.42 vs. Post 1.57 (SD:0.58)) Handdoekenbad vs. Control: p= <0.001
			Care Recipient Behaviour Assessment (CAREBA)*	6 weken na de interventie Significante vermindering van agitatielevels is gevonden in de gecombineerde score "any physically or verbally aggressive behaviour" in beide interventiegroepen (Person centered-baden en handdoekenbad) vergeleken met de controlegroep. CG: Pre:38.85 (SD:24.75) vs. Post:35.65 (SD:27.46) Person centered-baden: Pre: 37.93 (25.16) vs. Post: 25.84 (SD:24.12); Person centered-baden vs. Controle: p=0.02; Towel: Pre: 37.93 (25.16) vs. Post 23.51 (SD:20.53)) Towel vs. Control: p=0.01
<b>Bathing without a battle intervention</b>  Gozalo et al. (2014)  USA	Randomized crossover diffusion study	Verpleeghuisbewoners met dementie  Group 1 (intervention): n=134 Facility 1 (n=65): Leeftijd: 90.1 (SD: 6.4) Geslacht: 84.6% vrouw Facility 2 (n=44): Leeftijd: 72.6 (SD: 13.2) Geslacht: 31.8% vrouw Facility 3 (n=-25): Leeftijd: 82.4 (SD:11.1) Geslacht: 44.0% vrouw  Group 2 (Delayed intervention): n=106 Facility 4 (n=20): Leeftijd: 88.0 (SD:10.1) Geslacht: 55.6% vrouw Facility 5 (n=45): Leeftijd: 84.1 (SD:9.9) Geslacht: 55.6% vrouw Facility 6 (n=41): Leeftijd: 88.2 (SD:7.1) Geslacht: 90.2% vrouw	Care Recipient Behaviour Assessment (CAREBA)*	Na 2-4 maanden Significante vermindering in agitatielevels is gevonden in de subschalen: vermindering van verbal behaviour 17.8 % (p = 0.008) en de gecombineerde score van de schaal "any physically or verbally aggressive behaviour" 18.6% (p = 0.004).

<b>PRIDE-benadering (Mickus et al., 2002)</b>	Repeated measures design	Verpleeghuisbewoners met dementie en gedragsproblematiek: IG: n=27 Leeftijd: 77,1 (SD19,5) Female:74%	Neuropsychiatric Inventory (NPI)*	Na 1-2 maanden	Significante vermindering van neuro-psychiatrische symptomen is gevonden op subschaal-niveau op angst (p0.016) en prikkelbaarheid (0.016) post-interventie.
<b>USA</b>		IG n=27			
<b>Toiletschema Engst et al. (2004)</b>	Quasi experimental design	Bewoners in het verpleeghuis met gedragsproblematiek  Total n = 62 IG n = 34 Leeftijd: N/R Geslacht: N/R  CG n = 28 Leeftijd: N/R Geslacht: N/R	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*	8 maanden	Tussen de interventie- en controlegroep werden significant verminderde niveaus van fysieke agitatie in het voordeel van de interventiegroep gevonden. IG: Pre:1.45: (SD 0.501) Post 1.36 (SD: 0.484; CG: Pre:1.3 (SD: 0.462) Post: 1.48 (SD: 0.648)) F:4.8 p=0.032*  Significant verminderde niveaus van verbale agitatie in het voordeel van de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. IG: Pre: 1.7 (SD 0.939); Post: 1,61 (SD:0,929); CG: Pre: 1,24 (SD:0,323) Post: 1.5 (SD:0.546)) F: 5.417 p=0.023*  Significante verschillen in emotionele agitatie werden alleen gevonden in de gemiddelde scores tussen pre- en posttest binnen de interventiegroep, die significant afnamen van pre-interventie tot halverwege de interventie F (1,40) =9,17, p =.004), maar significant toenamen (F (1,33) =5,77, P=.022) van halverwege de interventie tot na de interventie. Er werden geen significante verschillen in gemiddelden gevonden voor emotionele agitatie tussen de interventie- en controlegroep.
N/R: not reported					
*Lagere score = Wenselijke uitkomst					

Tabel 22: Overzicht van internationale effectieve interventies gericht op het vergroten van ADL-zelfstandigheid van zorgvragers

Naam van de interventie Auteur (jaar)	Type en doel van de interventie	Beschrijving
<b>Algemene ADL-interventie</b>		
<b>Function Focused Care (FFC)</b>  (Galik et al., 2014)	Trainingsprogramma voor zorgverleners om o.a. het ADL-functioneren te vergroten en agitatie te verminderen.	Bewegingsgerichte zorg (Function Focused Care, FFC) is bedoeld om de kijk op de verpleegkundige zorg te veranderen. FFC beoogt het verschuiven van de focus naar het optimaliseren van lichamelijke activiteit bij bewoners in plaats van alleen het uitvoeren van verpleegkundige taken waaronder aankleden, baden of het voeden van de persoon. FFC is gebaseerd op de principes van persoonsgerichte zorg, zoals kennis van individuele voorkeuren bij het vaststellen van het stellen van doelen en het in kaart brengen van motiverende factoren om fysieke activiteit en functie te verhogen. Ontwikkeling van functiegerichte zorgdoelen: individuele doelen voor de bewoner werden geïnitieerd door middel van evaluatie en gesprekken met o.a. de FFC-verpleegkundige, bewoner, familie, personeel en voorvechters van de faciliteit. Voorbeelden van geïndividualiseerde doelen zijn: naar de eetzaal lopen voor de maaltijden, transfers maken, actief deelnemen aan baden en aankleden. De fysieke mogelijkheden van de bewoner werden beoordeeld op basis van cognitieve status (vermogen om aanwijzingen op te volgen en te communiceren) en functionele bekwaamheid (b.v. bewegingsuitslag, kracht, en evenwicht)
<b>Eten &amp; Drinken</b>		
<b>Training in voedingsvaardigheden</b>  (Chang & Lin, 2005) Taiwan	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verbeteren van eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie tijdens het eetmoment in het verpleeghuis.	De inhoud was gebaseerd op een voedingsprotocol. Het protocol omvatte de voorbereiding van de maaltijdgeving, interacties tussen verzorgers en cliënten met dementie en het stimuleren van eetvaardigheden.
<b>Montessori-interventie (Lin, Huang, Watson, Wu, &amp; Lee, 2011)</b>  China	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verbeteren van eetvaardigheden bij zorgvragers met dementie tijdens het eetmoment in het verpleeghuis.	Het protocol omvatte het volgende: 1. Zintuiglijke stimulatie, Zorgverleners speelden muziek van Mozart om bewoners aan het eetmoment te herinneren. Na de muziek introduceerde de zorgverlener de tijd, de plaats en de inhoud van de activiteiten. 2. Het in kleine stapjes indelen van bewegingen die nodig zijn om te eten, waaronder hand-oog coördinatie, scheppen, gieten en knippen. Zorgverleners delen de activiteit op in kleine deel-stappen van het eetproces. In het begin van elke beweging werd de zorgvrager gevraagd het te gebruiken voorwerp op de tafel benoemen en te herkennen.
<b>Mobiliteit</b>		
<b>Loopinterventie</b>  (Killey & Watt, 2006)	Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verbeteren van mobiliteit van oudere zorgvragers in het ziekenhuis.	Onder toezicht worden zorgvragers gevraagd om met de nodige hulp tweemaal per dag, zeven dagen per week, te gaan wandelen. De afstand die tweemaal per dag werd gewandeld, was de maximale afstand die door de betrokkene op dat moment comfortabel kon worden afgelegd. Om zorgvragers hun comfortabele grens te laten bepalen, werd op verzoek een stoel aangeboden. Na te hebben gerust liepen zorgvragers terug naar het bed.

Zorgverleners werden geïnstrueerd dat het in het algemeen de bedoeling was om bij elke gelegenheid een langere wandeling aan te moedigen en mogelijk te maken.

**Vroegmobiliserings-protocol (IC afdeling)**

(Klein, Mulkey, Bena, & Albert, 2005)

Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verbeteren van mobiliteit bij acute zorgvragers met primair neurologisch letsel zorgvragers op de IC-afdeling van een ziekenhuis.

In dit protocol werd een onderscheid gemaakt tussen 4 mijlpalen voor mobiliteit, bestaand uit 16 mobiliteitsniveaus (zie tabel hieronder). Uiteindelijk is het doel van dit protocol dat bedlegerige IC-zorgvragers uiteindelijk weer zelfstandig kunnen lopen.

Tabel mijlpalen

Mijlpaal	Mobiliteitsniveau
Mijlpaal 1:	1. Bedrust zonder passieve beweging
	2. Bedrust met passieve beweging
	3. Bedrust met actieve beweging
	4. Draaien en positioneren van de zorgvrager elke 2 twee uur
	5. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen tot en met 30°
	6. Hoofdgedeelte is standaard ingesteld op minder dan 30°
	7. Wisselgigging (liggend)
Mijlpaal 2:	8. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65°
	9. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65° de benen bevinden zich in een afhangerende positie
	10. Hoofdgedeelte van het bed omhoog brengen naar een positie tussen de 45°-65° en de benen bevinden zich in een afhangerende positie (strand-stoel) voor 60 minuten
	11. Niveau 9 en 10 voor meer dan 60 minuten
	12. Bungelen met assistentie
Mijlpaal 3:	13. Naast het bed staan
	14. Staan en draaien naar stoel
Mijlpaal 4:	15. Lopen met ondersteuning
	16. Zelfstandig lopen

Het protocol voorzag in criteria voor

1. Het uitsluiten van zorgvragers van het protocol
2. Het evalueren van de bereidheid en tolerantie van de zorgvrager
3. Het bevorderen van de mobiliteit van de zorgvrager
4. Het documenteren van de mobiliteitsstatus en
5. Overleg met de fysiotherapeut.

Progressieve mobilisatie werd gestart op de dag van opname, tenzij zorgvragers fysiologisch instabiel waren, bijvoorbeeld hoge intracraniale druk hadden, waardoor beweging onmogelijk was. In aanvulling op het protocol werd het verplegend personeel aangemoedigd gebruik te maken van de voorzieningen van het IC-bed en een mobiele lift.

**Mobiliteitsprotocol**

(Geriatrische Vriendelijke Omgeving door Verpleegkundige Evaluatie

Trainingsprogramma voor zorgverleners gericht op het verbeteren van mobiliteit van oudere zorgvragers in het ziekenhuis.

Als onderdeel van het mobiliteitsprotocol worden zorgverleners gestimuleerd om kritisch te kijken naar het beleid van bedrust van zorgvragers en routinematig de noodzaak van obstakels voor mobiliteit, zoals urinekatheters, te evalueren. Voor zorgverleners was het belangrijk om 3 tot 4 keer per dag met de zorgvragers te lopen en ook om zorgvragers te

en Specifieke Interventies voor Succesvolle Genezing) (Padula, Hughes, & Baumhover, 2009)		begeleiden actief de eetruimte te lopen voor het nuttigen van een maaltijd en naar de badkamer of naar het toilet te lopen.
<b>Zit-naar-sta-activiteit</b> (Slaughter & Estabrooks, 2013)	Trainingsprogramma voor zorgverleners om de mobiliteit van mensen met dementie in het verpleeghuis te vergroten.	De zit-naar-sta-activiteit was een gezamenlijke inspanning van de zorgverleners en zorgvragers. De zorgverleners moedigden de zorgvragers aan zo vaak mogelijk langzaam op te staan en te gaan zitten, bij twee gelegenheden per dag en tijdens de avonddienst. De sta-op-zit-activiteit werd uitgevoerd als onderdeel van de gebruikelijke activiteiten van het dagelijks leven van de zorgvrager, zoals toiletgang of aankleden. Er werd geen tijdslimiet gesteld aan de duur van de activiteit. Het aantal zit-naar-stand herhalingen bij een bepaalde gelegenheid werd geïndividualiseerd naar de mogelijkheden en vermoeidheid van de bewoner.

Tabel: 23 Kenmerken van de studies: Internationale effectieve Interventies gericht op het vergroten van ADL-zelfstandigheid

Interventie, Auteur, (jaar) Land	Design	Doelgroep en setting Controlegroep (CG) Interventiegroep (IG)	Relevante uitkomsten:	Meet-momenten (Follow up):	Effect:
<b>Function Focused Care (FFC)</b>  (Galik et al., 2014)	Cluster-randomized controlled trial; het testen van o.a. de impact van de Function-Focused care (FFC) interventie op	Verpleeghuisbewoners met matige tot ernstige cognitieve stoornissen Total n=103 Leeftijd: 83.7 (SD 9.9); Geslacht: 77% vrouw CG n= 50 IG n= 53	Barthel Index	3 maanden	Significante verschillen in ADL-zelfstandigheid zijn in de interventiegroep gevonden na 3 maanden vergeleken met de controlegroep. CG: 44.32 (SD:2.92) vs. IG: 55.20 (SD:3.16), p:0.01
<b>Training in voedingsvaardigheden</b>  (Chang & Lin, 2005)	Quasi-experimental design	Verpleeghuisbewoners met dementie  Total: n=20 CG n=8 Leeftijd: 72 (SD 5.8)  IG n=12 Leeftijd: 84.2 (SD 4)	Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)*	niet gespecificeerd	Significante vermindering in voedingsmogelijkheden zijn gevonden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep op post-test (p < 0.05). CG: Pre: 7.8 (SD: 3.1) vs. Post: 8 (SD: 7.8) IG: Pre: 7.4 (SD: 2.3) vs. Post: 10.3 (SD:7.4)
<b>Montessori-interventie</b>  (Lin et al., 2011)	Experimental crossover design	Verpleeghuisbewoners met dementie  n=29	Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia	2 maanden	Significante vermindering in voedingsmogelijkheden zijn gevonden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep op post-test CG: Pre: 3.98 (SD:2.87) vs. Post: 4.61 (SD:2.64)



<b>China</b>		Leeftijd: 82.9 (5.95); Geslacht: 41.4% vrouw	(EdFED)*		Difference Pre-Post: 0.71 (SD: 2.43); p=0.058 IG: Pre: 5.11 (SD:3.31) vs. Post: 3.54 (SD:1.77) Verschil Pre-Post: -1.57 (SD:3.41); p=0.011 Verschil van het verschil tussen groepen: p=0.008
<b>Loopinterventie</b> (Killey & Watt, 2006) <b>USA</b>	Quasi-experimental design	Oudere patiënten op de medische afdeling opgenomen in een ziekenhuis  Total n= 55 CG n=27 Leeftijd: 82,54 (SD 7.45) Geslacht: N/R IG: n=28 Age: 84 (SD 6.19)	Barthel Index	7 dagen	Significante verbetering in ADL-zelfstandigheid is in de interventiegroep gevonden vergeleken met de controlegroep na 7 dagen. p=0.03, Gemiddeld verschil tussen interventie - en controlegroep na 7 dagen: 15.63.
<b>Vroegmobiliserings-protocol (IC afdeling)</b> (Klein et al., 2005) <b>USA</b>	Prospective, two-group pre/post comparative design	Zorgvragers met primair neurologisch letsel op de IC-afdeling van een ziekenhuis  Total: n=637 Pre-intervention (n=260): Leeftijd: 62.7 (SD 16.1) Geslacht: 48.1% vrouw  Post-intervention (n=377) Leeftijd: 61.3 (SD 16.7), Geslacht: 51.4%; vrouw	Mobiliteit (16 levels of progressive mobility)	4 maanden	Significante verbetering is gevonden in de interventietroep op het hoogste mobiliteitsniveau tijdens het verblijf op de ic-afdeling tot 13 dagen. Pre 25 (9.6) vs, post: 44 (11.7), p< 0.001
<b>Mobiliteits-protocol</b> (Padula et al., 2009) <b>USA</b>	Non-equivalent control group design	Oudere zorgvragers opgenomen in het ziekenhuis  Total n=50 Leeftijd: 84 (SD 35) Geslacht: 54% vrouw CG n=25 IG n=25	Barthel Index	Ontslag (niet verder gespecificeerd)	Significante verschillen in ADL-functioneren zijn gevonden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep bij ontslag uit het ziekenhuis. Verschil in gemiddelde bij ontslag: IG: +11.5 (P = 0.05) IG: Opname: 69.10 vs. ontslag: 80.60
<b>Zit-naar-sta-activiteit</b>  Slaughter and Estabrooks (2013)  Canada	Quasi-experimental pilot study	Verpleeghuisbewoners Total n=22 Site 1: n=11 Leeftijd: 84.6 (SD 5.8); Site 2: n=11 Leeftijd: 86.8(SD 4.4)	Functional Independence Measure (FIM)	3 maanden	Statistisch significante vooruitgang in zit-sta functie is gevonden in de 'high-dose' interventie-groep vergeleken met de 'low-dose' interventiegroep na 6 maanden. Verschil tussen de gemiddelde score tussen pre en post test: 2.00: F=4.46; p=0.046.

N/R: not reported

\*Lagere score = Wenselijke uitkomst

Tabel 25: Kwaliteitsbeoordeling voor gerandomiseerde studies (n=3)

JBIC Critical Appraisal Checklist for Randomized controlled trials	Sloane (2004)	Galik (2014)	Gozalo (2014)
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	N	N/A	Y
2. Was allocation to treatment groups concealed?	U	N/A	N/A
3. Were treatment groups similar at the baseline?	N	Y	U
4. Were participants blind to treatment assignment?	U	N/A	N
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	N	N	N
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	Y	Y	N
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	U	Y	Y
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	U	N	Y
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	N/A	Y	Y
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	U	Y	Y
11. Were outcomes measured in a reliable way?	U	Y	Y
12. Was appropriate statistical analysis used?	Y	N	Y
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	Y	Y	U
Nr of criteria fulfilled / total nr of criteria	3/13	7/13	7/13
Total quality score (%)	23%	54%	54%
Quality of evidence:	<b>Very low</b>	<b>Moderate</b>	<b>Moderate</b>

### Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van de geselecteerde studies is beoordeeld met behulp van de Joanna Briggs Checklist for randomized controlled trials en de Joanna Briggs Checklist quasi-experimentele studies (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2020). Voor het bepalen van de kwaliteit is gebruik gemaakt van de volgende inschatting:

Tabel 24: Kwaliteitsoordeel na risk of bias assessment

Kwaliteitsoordeel	Criteria
Studie van hoge kwaliteit (high)	>70% yes
Studie van matige kwaliteit (moderate)	50-69 % yes
Studie van lage kwaliteit (low)	20-49% yes
Studie van zeer lage kwaliteit (very low)	<20% yes

## Aanvullende zoekacties

### Databases voor richtlijnen

Aanvullend op het zoeken van wetenschappelijke literatuur is gezocht naar informatie in richtlijnen. Hiervoor zijn de internationale guideline databases of the Guidelines International Network (GIN) ([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net); op 25-03-2020) and the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk); op 25-03-2020) geraadpleegd. Deze databases zijn doorzocht op basis van ADL- gerelateerde zoektermen ("activities of daily living", "ADL", "daily activities"). Er konden geen relevante richtlijnen worden geïdentificeerd op basis van deze zoekactie.

### Databases voor interventies

Gezien geen van de in de literatuur gevonden interventies in de Nederlandse zorgsetting is uitgevoerd, is er aanvullend gezocht naar in Nederland beschikbare interventies. Deze zoekactie is uitgevoerd met behulp van diverse databases waaronder:

- ✓ Database voor leefstijlinterventies op het loket gezond leven (<https://www.loketgezondleven.nl/>)
- ✓ Databank Effectieve sociale interventies van Movisie (<https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>)
- ✓ Databank Sport en bewegen van het kenniscentrum sport en beweging (<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/>)
- ✓ Databank Langdurige zorg van Vilans (<https://www.vilans.nl/websites/databank-interventies>)
- ✓ Overzicht Erkende interventies GGZ van het Trimbos instituut: <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies>

Op basis van deze zoekactie zijn de twee relevante interventies gevonden die in de ADL-zorg door V&V kunnen worden ingezet om de ADL-zelfstandigheid te vergroten.

Tabel 27: interventies effectief in de Nederlandse setting met effect op ADL-zelfstandigheid

Naam van de interventie	Type & doel (groep) van de interventie	Beschrijving van de interventie	Informatie over de effectiviteit
<b>Foutloos leren bij Korsakov</b>	Trainingsprogramma voor zorgverleners met een stappenplan om nieuwe vaardigheden aan te (her)leren van o.a. ADL-vaardigheden ter bevordering van zelfstandigheid	Het uitgangspunt bij foutloos leren is dat fouten tijdens het leerproces worden voorkomen. Een vaardigheid wordt hierbij routinematig zonder fouten herhaald om de vaardigheid opnieuw "in te slijten". Foutloos leren bij Korsakov wordt door het Korsakov Kenniscentrum (KKC) uitgevoerd en maakt onderdeel uit van de Korsakov Academie.	De Vilans database van effectieve interventies voor de langdurige zorg beoordeelt deze interventies effectief volgens eerste aanwijzingen.  Deze interventie is erkend door de deelcommissie Ouderenzorg van de Vilans database voor effectieve interventies.
<b>Foutloos leren bij dementie</b>	Trainingsprogramma met als doel om professionals te helpen het lerend vermogen van personen met dementie te optimaliseren.	Bij de foutloos leren methode wordt gebruik gemaakt van het (relatief lang intacte) impliciete geheugen. Foutloos leren is een instructiemethode waarbij ernaar gestreefd wordt om fouten tijdens het leren van nieuwe kennis of vaardigheden zoveel mogelijk te voorkomen. Hierbij worden	De Vilans database van effectieve interventies voor de langdurige zorg beoordeelt deze interventies effectief volgens eerste aanwijzingen.

Naam van de interventie	Type & doel (groep) van de interventie	Beschrijving van de interventie	Informatie over de effectiviteit
		bijvoorbeeld personen met dementie aangemoedigd om niet te gokken. Door het voordoen van deelstappen en verbale begeleiding worden zij gestimuleerd tijdens de uitvoering van activiteiten.	Deze interventie is erkend door de deelcommissie Ouderenzorg van de Vilans database voor effectieve interventies.

Tabel 28: Interventies op Basis van werkgroepexpertise

Naam van de interventie	Type & Doel (groep) van de interventie	Beschrijving van de interventie	Informatie over de effectiviteit
Passiviteiten van het dagelijks leven (PDL)	Trainingsprogramma voor zorgverleners over belevingsgerichte zorg voor zorgvragers met een grote of volledige zorgafhankelijkheid	Het uitgangspunt bij foutloos leren is dat fouten tijdens het leerproces worden voorkomen. Een vaardigheid wordt hierbij routinematig zonder fouten herhaald om de vaardigheid opnieuw "in te slijten". Foutloos leren bij Korsakov wordt door het Korsakov Kenniscentrum (KKC) uitgevoerd en maakt onderdeel uit van de Korsakov Academie.	Er is geen informatie bekend over de effectiviteit van deze informatie of over het verhogen van comfort van deze interventie.

### Totstandkoming onderbouwing

Voor het wegen van de bewijskracht van interventieonderzoek is de volgende indeling gebruikt, op basis van Boluyt, Rottier, en Langendam (2012):

Tabel 29: Mate van bewijskracht van interventieonderzoek

A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van expert

De conclusie op basis van de wetenschappelijke onderbouwing wordt conform de bewijskracht als volgt geformuleerd:

Tabel 30: Niveau van aanbevelingen op basis van literatuuronderzoek

Niveau 1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2	Het is aangetoond dat.....
Niveau 2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B	Het is aannemelijk dat.....

Niveau 1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2	Het is aangetoond dat.....
Niveau 3	Eén onderzoek van niveau B of C	Er zijn aanwijzingen dat.....
Niveau 4	Mening van experts	De werkgroep is van mening dat.....

### Totstandkoming overwegingen

De gevonden interventies bleken geen van alle in Nederland geëvalueerd te zijn op toepasbaarheid en/of effectiviteit. Daarom is de inhoud van de effectieve interventies voorgelegd aan de werkgroepleden. Aan hen is de vraag gesteld in hoeverre zij bekend waren met de onderliggende principes van deze interventies en in hoeverre zij in de praktijk de verwachte effecten terugzagen. Deze ervaringen van de werkgroep zijn in de overwegingen verwerkt. Ook is de werkgroepleden gevraagd om op basis van praktijkervaring aan te geven welke interventies in hun zorgsetting zouden kunnen werken in het vergroten van comfort en ADL-zelfstandigheid.

### Formuleren van aanbevelingen

Naast de wetenschappelijke onderbouwing en conclusie zijn de aanbevelingen gebaseerd op overwegingen vanuit de werkgroep. Deze kennisbronnen zijn conform het “Evidence to decision-framework” (Alonso-Coello et al., 2016) geïntegreerd om te komen tot praktische aanbevelingen.

### Voorkeuren zorgvragers Uitgangsvraag 2

In uitgangsvraag 2 van deze richtlijn waren de voorkeuren van de zorgvrager met name van belang bij het vaststellen van de ADL-gerelateerde uitkomstmaten. Op de eerste plaats hebben n=4 werkgroepleden het perspectief van de zorgvragers over het gehele ontwikkeltraject heen vertegenwoordigd. Deze vier werkgroepleden spraken namens een patiëntenorganisatie (n=2 Burgerkracht Limburg, n=1 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), n=1 Patiëntenfederatie Nederland). Één werkgroeplid was zowel binnen een patiëntenorganisatie werkzaam als tegelijkertijd ervaringsdeskundige. Deze leden hebben in de werkgroepbijeenkomsten het perspectief van de zorgvrager vertegenwoordigd en hun belangen behartigd.

Patiëntrelevante uitkomstmaten zijn vastgesteld in samenspraak met de werkgroep via een schriftelijke afstemming en gezamenlijke conversaties tijdens de werkgroepbijeenkomsten. Zorgvragers maakten een duidelijk verschil tussen het stimuleren van zelfredzaamheid in ADL en het bevorderen van comfort. Het doel van de ADL-zorg is hierbij afhankelijk van de voorkeuren van de zorgvrager op het moment van de zorgverlening. Zorgvragers geven hierin duidelijk mee dat gemaakte afspraken over de uitvoering van de ADL-zorg altijd in de situatie van het moment moeten worden gezien. De te maken keuzes over welke interventie in het belang van de zorgvrager wordt ingezet, dient altijd in samenspraak met de zorgvrager te worden gemaakt.

## 8.4 Verantwoording Uitgangsvraag 4

In de uitwerking van de uitgangsvraag wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvraag: **"Op welke manier kan de mantelzorger op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden in de zorg bij ADL?"**

Uit de uitgevoerde knelpuntenanalyse blijkt, dat mantelzorgers hun kennis en vaardigheden op het gebied van het bieden van de juiste ADL-zorg willen vergroten door gebruik te maken van de expertise van de betrokken professionele zorgverlener.

### Literatuuronderzoek (quick scan)

Om inzicht te krijgen in de beschikbare kennis over wat verpleegkundigen en verzorgenden kunnen doen om de kennis en vaardigheden van de mantelzorger in het verlenen van ADL-zorg te bevorderen, is in de wetenschappelijke literatuur een quick scan uitgevoerd. Voor het ontwikkelen van de zoekstrategie is onderstaand PI(C)O format ingevuld. Deze search is in de PubMed database uitgevoerd.

Tabel 31: PICO-Format Uitgangsvraag 5

PICO	MESH	Vrije zoektermen
<b>P: Mantelzorgers</b>		
PubMed database:		"informal caregiver"[Title] "carer*"[Title] OR "caregiver*"[Title] OR "Care giver*"[title]
AND		
<b>I: ADL-Strategieën voor V&amp;V</b>		
PubMed-database:		"self-care"[title/abstract] OR "ADL"[title/abstract] OR "Activities of daily living"[title/abstract]
AND		
<b>C: n.v.t.</b>		
AND		
<b>O: Competentie van mantelzorgers verhogen in ADL-zorg en belasting verlagen</b>		
PubMed-database:		"competencies"[title/abstract] OR "skills"[title/abstract]

Tabel 32: Voorbeeld zoekstrategie PubMed

Voorbeeld search string PubMed  
 (("informal caregiver"[Title] "carer\*"[Title] OR "caregiver\*"[Title] OR "Care giver\*"[title]) AND  
 ("self-care"[title/abstract] OR "ADL"[title/abstract] OR "Activities of daily living"[title/abstract]))  
 AND ("competencies"[title/abstract] OR "skills"[title/abstract])

### Selectiecriteria

- ✓ Om tot een passende en relevante selectie van studies te komen, zijn selectiecriteria voor het oriënterend literatuuronderzoek opgesteld.

*Inclusiecriteria:*

- ✓ Strategieën/adviezen die voor V&V zijn toegepast (Interventies of beschrijvingen)
- ✓ Strategieën/adviezen ter ondersteuning van de ADL-zorg door mantelzorgers (Interventies of beschrijvingen)
- ✓ Taal: Engels, Nederlands, Frans, Duits

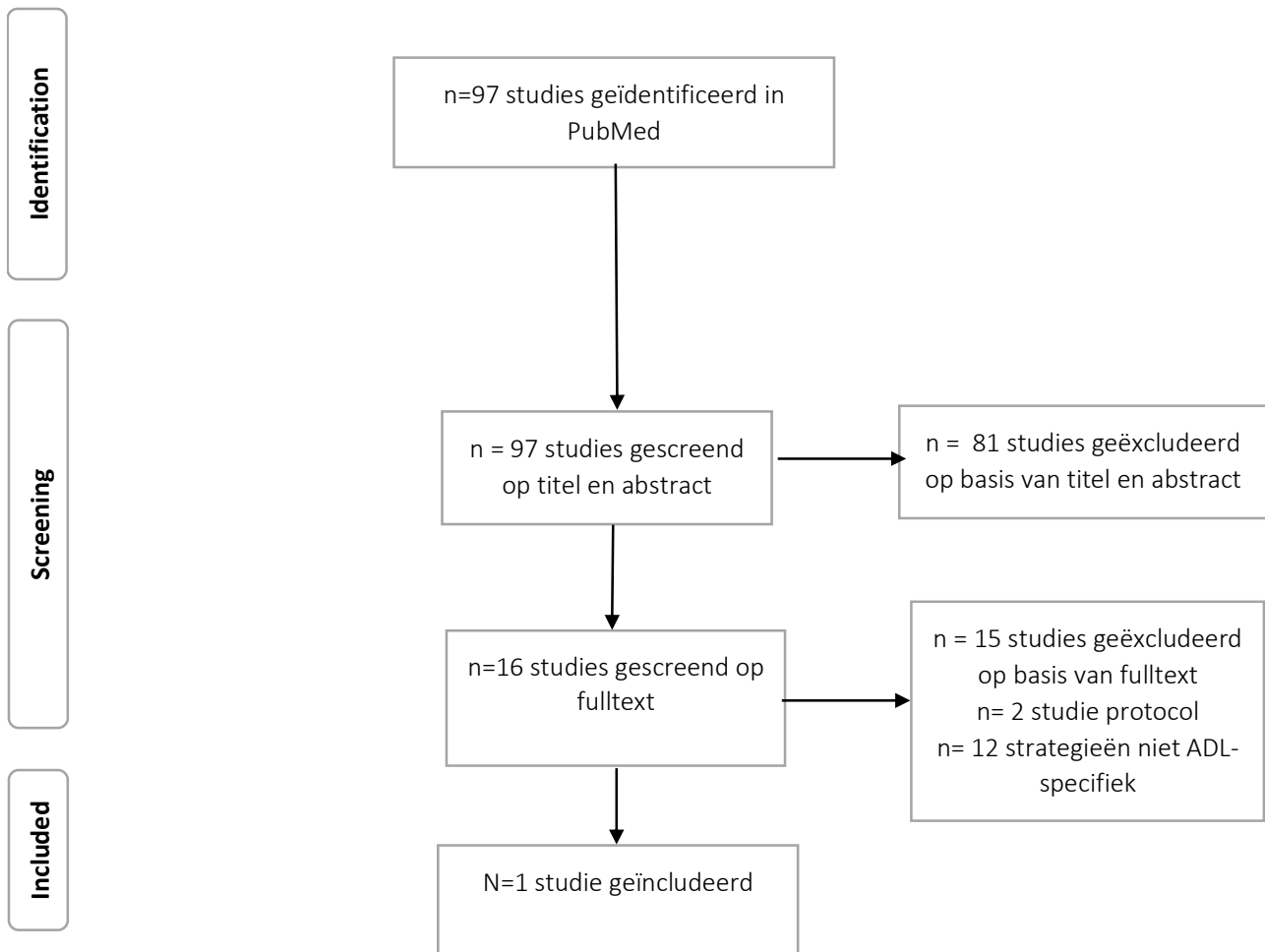
*Exclusiecriteria*

- ✓ Strategieën voor mantelzorgers van kinderen
- ✓ Multidisciplinaire interventies/strategieën

**Selectie**

Alle publicaties met een publicatiedatum t/m 25-03-2020 zijn vervolgens gedownload en geïmporteerd in het referentieprogramma EndNote. De selectie van de geïdentificeerde bronnen is door 1 persoon beoordeeld op relevantie. Na het screenen van de titels zijn de abstracts van de gevonden publicaties getoetst op de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria (zie boven). Aansluitend zijn de full-text-versies van de artikelen gescreend en geselecteerd aan de hand van de criteria.

Flowchart: Literatuuronderzoek Uitgangsvraag 5



### Resultaten

Slechts één publicatie (Dixé et al. (2019)) voldeed aan de inclusiecriteria. Deze studie richt zich op de kennis en vaardigheden van mantelzorgers in de ADL-zorg. Het doel van dit dwarsdoorsnede onderzoek was om een beter inzicht te krijgen in de behoeften en competenties van de mantelzorger bij de zorg voor een hulpbehoevende op de verschillende ADL-aspecten. Om deze reden zijn interviews uitgevoerd met 143 mantelzorgers in het ziekenhuis op het moment van ontslag naar huis. De gemiddelde leeftijd van de 143 mantelzorgers in deze studie was 58 jaar; de jongste mantelzorger was 21 jaar. De meesten van hen waren vrouwen, waarvan 50% voor een van hun ouders zorgt. De zorgvragers in deze studie waren volledig afhankelijk op het gebied van comfort en hygiëne (53,8%). De studie van Dixé et al. (2019) laat verschillen zien in de ervaren competenties in zelfzorgondersteuning tussen vrouwen en mannen en oudere en jongere mantelzorgers. Aanvullend geeft deze studie inzicht in de soort informatie die verstrekt wordt op het moment van ontslag, waaronder het uitvoeren van ADL in de thuissituatie. Uit de studie blijkt dat er tussen mantelzorgers verschillen zijn in ervaren competenties wat het ondersteunen bij ADL betreft. Vrouwelijke mantelzorgers geven aan zich significant competenter te voelen op het gebied van sanitaire hygiëne vergeleken met mannelijke mantelzorgers. Oudere mantelzorgers zien zichzelf als minder competent op bepaalde gebieden van zelfzorg, zoals voeding, mobiliteit en transfers.

Uit de studie blijkt dat er over een aantal ADL-aspecten weinig tot geen informatie wordt gegeven aan de mantelzorgers. Dixé et al. (2019) geven aan dat een groot percentage van de mantelzorgers



geen informatie heeft ontvangen over de ADL-aspecten baden (32,9%), uiterlijke verzorging en aankleden (26,6%) en toiletgebruik (26,4%). Ook opmerkelijk is het hogere percentage van de mantelzorgers dat geen informatie heeft ontvangen over de financiële ondersteuning (39,9%) en hulpmiddelen (28,0%). Toch concludeert deze studie dat de informatie die de verzorgers kregen niet voldoende was om mantelzorgers beter in staat te stellen hun naasten in de ADL te ondersteunen.

### Totstandkoming onderbouwing

De uitkomsten van deze studie zijn samengevat en gebruikt als onderbouwing voor de aanbevelingen van deze uitgangsvraag. Tevens is er gebruik gemaakt van de conceptrichtlijn mantelzorg (stand van zaken 11/2020). In overleg met de ontwikkelaars van de richtlijn mantelzorg is besloten om de aanbevelingen uit deze richtlijn die relevant zijn voor ADL als basis voor deze uitgangsvraag te gebruiken. Dit betreft met name de aanbevelingen over aandacht voor het stilstaan bij en in kaart brengen van de draagkracht van mantelzorgers. De onderbouwing van de aanbevelingen van de richtlijn ADL is tot stand gekomen door de conclusies uit de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbeveling in de richtlijn mantelzorg (V&VN, 2020a) samen te vatten, om aan de werkgroep voor te leggen.

### Totstandkoming overwegingen

Aan de werkgroep zijn de conclusies uit de wetenschappelijke literatuur en de daaruit afgeleide aanbeveling schriftelijk voorgelegd ter beoordeling op toepasbaarheid in de ADL-zorg voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep in de verschillende zorgsettingen.

### Formulering aanbeveling:

De aanbevelingen zijn geformuleerd door de conclusies uit de wetenschappelijke literatuur samen te voegen met de overwegingen van de werkgroep. In het formuleren van de aanbeveling is een chronologische volgorde op basis van het verpleegkundig proces gehanteerd. Het gebrek aan voor de ADL-zorg specifieke literatuur resulteert in een aanbeveling op niveau 4: Mening van experts.

In de totstandkoming van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van een combinatie uit zowel formele als informele consensusmethodieken. In de uitgevoerde werkgroepbijeenkomsten is vooral gebruik gemaakt van informele consensusmethodieken door telkens aan de werkgroepleden te vragen in welke mate zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanpak en aanbevelingen. Aansluitend zijn de aanbevelingen uit deze uitgangsvraag met de werkgroep en haar achterban gedeeld, met de vraag om schriftelijk te reageren op de inhoud en duidelijkheid van de aanbevelingen. Aanvullende opmerkingen uit deze schriftelijke raadpleging zijn vervolgens door de projectgroep verwerkt in de aanbevelingen.

### Voorkeuren zorgvragers Uitgangsvraag 4

In uitgangsvraag 4 van deze richtlijn waren de voorkeuren van de zorgvrager met name van belang bij het vaststellen van de manier waarop de ADL-zorgvraag in kaart wordt gebracht. In eerste instantie hebben n=4 werkgroepleden het perspectief van de zorgvragers over het gehele ontwikkeltraject heen vertegenwoordigd. Deze vier werkgroepleden spraken namens een patiëntenorganisatie (n=2 Burgerkracht Limburg, n=1 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), n=1 Patiëntenfederatie Nederland). Één werkgroeplid was zowel binnen een patiëntenorganisatie werkzaam als tegelijkertijd ervaringsdeskundige. Deze leden hebben in de werkgroepbijeenkomsten het perspectief van de zorgvrager vertegenwoordigd en hun belangen behartigd.

Zorgvragers geven bijvoorbeeld aan het belangrijk te vinden dat naasten bij het proces betrokken kunnen worden. Tegelijkertijd attenderen zij de zorgverleners erop, dat dit niet vanzelfsprekend voor iedere zorgvrager geldt. Tevens vinden zorgvragers het belangrijk dat zij hun eigen stem ook in afstemming met de naaste of mantelzorger kunnen blijven behouden. De voorkeur van de

zorgvrager kan namelijk anders zijn dan de voorkeur van de mantelzorger. Volgens de zorgvragers vindt betrokkenheid en eventuele ondersteuning altijd in overleg met de zorgvrager plaats.

## 8.5 Verantwoording Uitgangsvraag 5

### Uitgangsvraag

"Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor de signalering van gezondheidsrisico's en -problemen?"

### Literatuuronderzoek

De methode voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is met de projectgroep van het ontwikkeltraject afgestemd. Op advies van projectgroep is ervoor gekozen om oriënterende zoekacties uit te voeren om de 'body of evidence' omtrent het integreren van risicosignalering in de ADL-zorg te verkennen.

### Search:

In de wetenschappelijke literatuur is gezocht naar relevante publicaties over het gebruiken van de dagelijkse zorg als middel voor het opsporen van mogelijke risico's en gezondheidsproblemen op basis van sleutelbegrippen.

Tabel 33: Voorbeeld zoekstrategie PubMed Uitgangsvraag 7

Oriënterende literatuursearch in PubMed:  
 ("Risk detection"[Title/Abstract] OR "Risk screening"[Title/Abstract]) AND  
 ("Nurses"[Title/Abstract] OR "Nursing"[Title/Abstract] OR "Nurse"[Title/Abstract]) AND  
 ("Activities of daily living" [Mesh] OR "Activities of daily living" [Title/abstract])

De output van deze zoekstrategie leverde naast prevalentiestudies alleen risicosignaleringsinstrumenten op. Het inventariseren van risicosignaleringsinstrumenten was echter niet de focus van de vastgestelde uitgangsvraag. De verkennende search leverde geen resultaten met handvatten over het toepassen van risicosignalering in de ADL-zorg.

### Grijze literatuur

Aanvullend op het zoeken van wetenschappelijke literatuur is gezocht naar informatie in richtlijnen en grijze literatuur op het gebied van patiëntparticipatie en gezamenlijke besluitvorming in de ADL-zorg.

### Search

In het kader van het raadplegen van grijze literatuur is de international guideline database the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk); op 12-01-2021) geraadpleegd. Daarnaast is er een keyword-search in Google en andere databases (Vilans, Zorginzicht, De Medischspecialist) uitgevoerd met behulp van Engels- en Nederlandstalige keywords.

Tabel 34: Voorbeeld zoektermen grijze literatuur Uitgangsvraag 7

Keyword search (12-01-2021)
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
✓ - Risk detection
✓ - Risk assessment
Google, Vilans ( <a href="https://www.vilans.nl/">https://www.vilans.nl/</a> ) ; Zorg in zicht ( <a href="https://www.zorginzicht.nl/">https://www.zorginzicht.nl/</a> ); Zorg voor beter ( <a href="http://www.zorgvoorbeter.nl">www.zorgvoorbeter.nl</a> )
✓ - Risicosignalering in de zorg
✓ - Signaleren van risico's in de verpleegkundige zorg
✓ - Gezondheidsproblemen signaleren zorg
✓ - Richtlijn risicosignalering
✓ - Opsporen van risico's en gezondheidsproblemen in de zorg
- Risicosignalering

### Resultaten

Op basis van de bovenstaande zoektermen zijn in de diverse databases geen richtlijnen geïdentificeerd die handvatten geven over het inzetten van ADL-zorg om risico's te signaleren. Op basis van de keyword search op Google zijn verschillende kennisbronnen geïdentificeerd die in samenspraak met leden uit de projectgroep als basis voor deze uitgangsvraag zijn geselecteerd.

Uit deze search zijn op basis van de sleutelwoorden in samenspraak met projectgroepleden een aantal kennisbronnen gevonden waaronder:

- ✓ Een kennisbundel van "Zorg voor beter": <https://www.zorgvoorbeter.nl/risicosignalering> (geraadpleegd 08-02-2021) (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020)
- ✓ Het boek van Halem, N., Groot, S. Risicosignalering en het zorgproces. Bijzijn XL 9, 27-34 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12632-016-0036-x>

Deze kennisbron omvat het kennisplein Zorg voor beter, en de uitwerking van Van Halem en Groot (2016) die praktische handvatten bieden voor het inzetten van risicosignalering in de (verpleegkundige) zorgverlening. Inhoudelijk baseren beide bronnen zich op methodisch werken in het zorgproces met een cyclisch karakter en zijn zij opgedeeld in: (1) verkennen en vaststellen (2) plannen en doen/opvolgen en (3) evalueren en bijstellen. Deze twee kennisbronnen vormden de basis voor het ontwikkelen en onderbouwen van de opgestelde aanbevelingen bij deze uitgangsvraag. Hiervoor zijn de hoofdconclusies van Halem en Groot (2016) en het Zorg voor Beter Kennisplein samengevat. Concrete handvatten en voorbeelden voor de uitvoering van de aanbeveling zijn in de onderbouwing van de aanbevelingen beschreven.

### Totstandkoming Overwegingen

Met de projectgroep is besloten om voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag naast de literatuurstudie ook het oordeel van de werkgroep te vragen. De reden hiervoor is dat de projectgroep de wetenschappelijke bewijslast voor het inzetten van ADL-zorg voor het signaleren van gezondheidsrisico's schaars vond. In discussie met de werkgroepleden als experts zijn tijdens twee werkgroepbijeenkomsten praktische aanbevelingen geformuleerd. Tijdens de werkgroepbijeenkomst werden met de werkgroepleden de hoofdconclusies uit de geïdentificeerde kennisbronnen, Zorg voor Beter en de uitwerking van Van Halem en Groot (2016), besproken en werd vastgesteld of de in de literatuur beschreven aanpak werkbaar en van toepassing is op de zorg bij ADL, naar hun oordeel en op basis van hun praktijkervaring. Op basis van deze conclusies zijn specifieke en voor ADL-zorg relevante aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn verder getoetst in een achterbanraadpleging.

Aanvullend zijn illustratieve praktijkvoorbeelden in de werkgroep geïnventariseerd met het doel om de verbinding tussen de aanbeveling en de praktijksituaties in de ADL-zorg te verduidelijken.

Deze voorbeelden zijn in de vorm van tekstvakken in de onderbouwing en/of overweging toegevoegd om ter illustratie of verdere specificatie van aanbevelingen.

### Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen zijn geformuleerd door de resultaten uit het literatuuronderzoek binnen de wetenschappelijke en grijze literatuur samen te voegen met de overwegingen van de werkgroep. De aanbeveling zijn gepresenteerd in een chronologische volgorde, op basis van het verpleegkundig proces. In het totstandkomen van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van een combinatie van zowel formele als informele consensusmethodieken. In de uitgevoerde werkgroepbijeenkomsten is vooral gebruik gemaakt van informele consensusmethodieken, door telkens aan de werkgroepleden te vragen in welke mate zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanpak en aanbevelingen. Aansluitend zijn de aanbevelingen uit deze uitgangsvraag met de werkgroep en hun achterban gedeeld met de vraag om schriftelijk te reageren op de inhoud en duidelijkheid van de aanbevelingen. Aanvullende opmerkingen uit deze schriftelijke raadpleging zijn vervolgens door de projectgroep verwerkt in de aanbevelingen.

### Voorkeuren zorgvragers Uitgangsvraag 5

In uitgangsvraag 5 van deze richtlijn waren de voorkeuren van de zorgvrager met name van belang bij het vaststellen van de manier waarop de ADL-zorgvraag in kaart wordt gebracht. Op de eerste plaats hebben n=4 werkgroepleden het perspectief van de zorgvragers over het gehele ontwikkeltraject heen vertegenwoordigd. Deze vier werkgroepleden spraken namens een patiëntenorganisatie (n=2 Burgerkracht Limburg, n=1 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), n=1 Patiëntenfederatie Nederland). Één werkgroeplid was zowel binnen een patiëntenorganisatie werkzaam als tegelijkertijd ervaringsdeskundige. Deze leden hebben in de werkgroepbijeenkomsten het perspectief van de zorgvrager vertegenwoordigd en hun belangen behartigd.

Zorgvragers en hun vertegenwoordigers uit de werkgroep geven aan een meerwaarde te zien in het gericht inzetten van ADL-zorg om problemen of risico's te signaleren. Zij hechten hierbij waarde aan korte lijnen en directe afstemming wanneer op basis van observaties door de zorgverlener actie ondernomen wordt. Ook vinden zorgvragers het belangrijk dat observaties door de zorgverlener eerst met de zorgvrager worden gedeeld.

# Bijlage 9

## Juridische betekenis

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de zorgvrager van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijn in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

# Bijlage 10

## Implementatie

### Commentaarfase

Van eind juli 2021 tot oktober 2021 heeft de commentaarfase van de richtlijn plaatsgevonden. Met behulp van een vragenlijst zijn de richtlijndeterminanten: Juistheid, compleetheid, complexiteit, helderheid, en relevantie per aanbeveling uitgevraagd. Deelnemers van de commentaarronde konden ook met behulp van een open commentaarformulier reageren op de conceptringlijn. Gedurende de commentaarfase hebben partijen namens zorgvragers (waaronder de Patiëntenfederatie NL, Burgerkracht Limburg, Alzheimer Nederland), Mantelzorgers (Saffiergroep) en zorgverleners (V&VN) en andere disciplines (Ergotherapie Nederland (EN) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)) commentaar geleverd op de richtlijn. Ook andere relevante belanghebbenden zoals hulpmiddelen leveranciers (Vegro Verpleegartikelen B.V) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze partijen hebben via een vragenlijst of commentaarformulier gereageerd op de conceptringlijn. Op basis van het commentaar is deze vervolgens aangepast. Aanpassingen hadden met name te maken met het expliciteren van de rol van Ergo- en Fysiotherapeut als adviseur van V&V en het verhelderen en concretiseren van formuleringen van de aanbevelingen.

### Proefimplementatie

Doelstellingen proefimplementatie:

Een richtlijn is in de praktijk van waarde wanneer deze daadwerkelijk door zorgverleners worden uitgevoerd. Van deze richtlijn is een proefimplementatie uitgevoerd. In dit hoofdstuk zijn de resultaten ervan weergegeven. Het doel van de proefimplementatie was tweeledig:

- 1 Het vaststellen van de mate van gebruik van de kernaanbevelingen in de praktijk.
- 2 Het identificeren van belemmerende en bevorderende factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen beïnvloeden. Op basis van deze factoren kunnen gerichte strategieën worden ingezet voor de toekomstige invoering en inzet van de richtlijn.

### Methode

Om deze doelstellingen te behalen hebben n=52 zorgverleners uit vijf verschillende settings (zie tabel 35) de kernaanbevelingen in een periode van drie weken uitgetest. Gedurende deze drie weken hebben zorgverleners bijgehouden welke kernaanbevelingen zij bij verschillende zorgvragers hebben kunnen toepassen. In totaal zijn de kernaanbevelingen bij n=89 zorgvragers toegepast.

Tabel 35: Setting en aantal zorgvragers en zorgverleners proefimplementatie

Setting		Aantal zorgverleners	Aantal bereikte zorgvragers
Ziekenhuiszorg	Oncologie/ Longafdeling	11	18
Revalidatiezorg	Neurorevalidatie	9	9
	Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	6	12
Wijkzorg		5	17
Verpleeghuiszorg		8	8

		8	17
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Ernstige meervoudige beperkingen (EMB)	5	8
		52	89

Na afloop van de drie weken hebben zorgverleners in een vragenlijst aangegeven in hoeverre ze belemmerende en bevorderende factoren ervaren hebben bij het toepassen van de kernaanbevelingen. De uitgevraagde factoren zijn gebaseerd op het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al. (2009) en de MIDI vragenlijst (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen, and Van Buuren (2014) en zijn vooraf door de projectgroep geselecteerd op basis van hun potentiële invloed in de praktijk. Na de analyse van de ingevulde vragenlijsten, hebben met ieder zorgteam, dat betrokken is geweest bij de proefimplementatie, focusgroepen plaatsgevonden. Enkel met het team in het ziekenhuis heeft een focusgroep door omstandigheden niet plaats kunnen vinden. Tijdens deze focusgroepen is aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst dieper ingegaan op de ervaringen van medewerkers in het gebruik van de kernaanbevelingen.

### Resultaten: Factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen bevorderen en belemmeren

Voor elke factor die het gebruik van de kernaanbeveling mogelijk zou kunnen beïnvloeden is in onderstaande tekst aangegeven of deze als positief (+), neutraal (+/-) of negatief (-) is ervaren door de deelnemers van de proefimplementatie.

#### Richtlijndeterminanten

##### 1. Relatief voordeel (+)

Het gebruik van de kernaanbevelingen levert volgens de zorgverleners voordelen op t.o.v. de huidige werkwijze. In de focusgroepen geven medewerkers aan dat de kernaanbevelingen helpen om de ADL-zorg "bewuster" te verlenen en te onderbouwen. Uit de focusgroepen blijkt dat er kritischer gekeken wordt naar dingen "die men toch al doet". Op deze manier draagt de richtlijn bij aan het bespreekbaar maken van de manier waarop ADL-zorg in de praktijk verleend wordt.

##### 2. Aanpasbaarheid doelgroep en setting (+)

Zorgverleners geven zowel in de vragenlijsten als in de focusgroepen aan dat de kernaanbevelingen in de diverse settings toepasbaar zijn en waar nodig kunnen worden aangepast.

Enkele kernaanbevelingen zijn in bepaalde zorgsettings minder toegepast. Een voorbeeld hiervan is het betrekken van mantelzorgers in de ADL-zorg in een deel van de betrokken settings. Genoemde reden voor het niet betrekken van mantelzorgers zijn: (1) Mantelzorgers (thuis) zijn blij als de zorg een keer wordt overgenomen en gebruiken deze zorgmomenten als ademruimte voor zichzelf; (2) door COVID-19 zijn mantelzorgers in de geriatrische revalidatie minder betrokken; en (3) in de deelnemende verpleeghuizen of de verstandelijk gehandicaptenzorg worden mantelzorgers niet standaard betrokken in de uitvoering van ADL-taken omdat de ADL-zorgverlening wordt gezien als taak van verpleegkundigen en verzorgenden.

##### 3. Mate van complexiteit (+)

In de afgenomen vragenlijst werd de mate van complexiteit van de kernaanbevelingen als positief beoordeeld. Uit de focusgroepen blijkt echter dat sommige kernaanbevelingen in de praktijk als ingewikkeld worden ervaren. Dit betreft bijvoorbeeld kernaanbeveling 5 (zorgvragers betrekken bij het stellen van doelen), of de kernaanbevelingen 9 en 10 (toepassen



van effectieve interventies).

Daarnaast wordt de hoeveelheid tekst van de kernaanbevelingen en de bijbehorende plannen van aanpak soms als (te) lang ervaren. Zorgverleners geven in de focusgroep aan dat een visualisatie van de kernaanbevelingen in de vorm van een infographic of samenvattingskaart zou kunnen helpen om de essentie van de kernaanbevelingen sneller te begrijpen.

### **Congruentie huidige werkwijze (+)**

Kernaanbevelingen sluiten in grote lijnen aan op de huidige werkwijze. Enkele kernaanbevelingen zoals het in kaart brengen van objectieve gegevens met behulp van de Barthel Index passen niet in elke setting bij de huidige werkwijze. In de deelnemende verpleeghuizen en de wijk- en VGZ-organisaties is de Barthel index door de organisatie niet gekozen als meetinstrument om het ADL-functioneren van de zorgvrager in kaart te brengen.

*Conclusie richtlijndeterminanten uit de proefimplementatie:* Er zijn weinig belemmeringen voor het gebruik van de kernaanbevelingen in de praktijk. De kernaanbevelingen bieden voordelen ten opzichte van de huidige werkwijze en zijn ook grotendeels aanpasbaar aan de doelgroep en setting. Het maken van samenvattingskaart of infographic waarin de meest essentiële informatie visueel wordt zou kunnen helpen om de kernaanbevelingen sneller te begrijpen en toe te passen.

*Determinanten m.b.t. de organisatie (inner setting)*

### **Noodzaak om te veranderen (-)**

De huidige manier van ADL-zorg verlening hoeft volgens de zorgverleners die deelgenomen hebben aan de proefimplementatie niet te veranderen. Dit kan het gebruik van de kernaanbevelingen belemmeren. Uit de focusgroepen en de afgenomen vragenlijst komt echter wel naar voren dat zij vinden dat het gebruik van de kernaanbevelingen bijdraagt aan de professionalisering van de ADL-zorg.

### **Personele bezetting (+/-)**

Personele bezetting is een factor die wisselend als bevorderend of belemmerend wordt ervaren. Deze ervaring lijkt afhankelijk te zijn van de context van de kernaanbevelingen. Op basis van de vragenlijst en de uitgevoerde focusgroepen kan er niet eenduidig wordt gezegd dat personele bezetting het gebruik van de kernaanbevelingen belemmert of bevordert.

### **Tijd (+/-)**

De tijd die nodig is om de kernaanbevelingen in de praktijk toe te passen belemmert de zorgverleners niet in het gebruik van de kernaanbevelingen. Uit de focusgroepen blijkt dat zorgverleners het idee hebben het grootste gedeelte van de kernaanbevelingen al toe te passen in hun dagelijkse werk, waardoor er niet veel extra tijd nodig zou zijn. Er wordt wel aangegeven dat sommige aanbevelingen eerst een tijdsinvestering vragen, voor dat er uiteindelijk tijd bespaard zou kunnen worden. Bijvoorbeeld het toepassen van Function Focused Care principes bij zorgvragers kan in het begin meer tijd kosten, maar levert ook tijd op wanneer zorgvragers hierdoor sneller ADL-zelfstandig worden.

In het kader van tijd werd in de focusgroepen genoemd dat zorgverleners meer tijd nodig hadden dan verwacht, om zich de aanbevelingen eigen te maken. Een introductiebijeenkomst waarin de inhoud van de kernaanbevelingen en de vertaling van de aanbevelingen de dagelijkse zorgverlening zou dit proces mogelijk kunnen versnellen.

### **Steun collega's en teamleider (+)**

Een gebrek aan steun van collega's in het toepassen van de richtlijn is niet ervaren door de zorgverleners. Uit de focusgroepen komt naar voren dat collega's over het algemeen steun

aan elkaar hebben gehad in het begrijpen en uitvoeren van de kernaanbevelingen door onderling over de individuele werkwijze in gesprek te gaan.

### **Subjectieve norm collega's (+/-) en teamleider (+)**

Uit de proefimplementatie blijkt dat zorgverleners enigszins onzeker zijn over de mate waarin collega's verwachten dat zij in lijn met de kernaanbevelingen handelen. Over het algemeen geven zorgverleners aan te denken dat teamleider een handelen in lijn met de aanbevelingen verwacht.

*Conclusie determinanten organisaties:* In de organisatorische factoren worden geen eenduidige set van factoren genoemd die belemmerd zijn bij het gebruik van de kernaanbevelingen. Het werkt vooral bevorderend wanneer zorgverleners op steun van collega's en teamleiders kunnen rekenen. Tijd en personele bezetting kan afhankelijk van de setting en de kernaanbeveling een mogelijke belemmering zijn. Zorgverleners gaven wel aan dat een tijdsinvestering vooraf aan het toepassen van de kernaanbevelingen om zich de kernaanbevelingen eigen te maken nodig lijkt en dat een bijeenkomst van de organisatie kan helpen om de inhoud van de kernaanbevelingen en de gevolgen hiervan voor het dagelijkse werk sneller en beter te begrijpen.

### *Determinanten m.b.t. zorgverlener*

#### **Kennis (+)**

Zorgverlener ervaren voldoende kennis om de kernaanbevelingen in de praktijk uit te voeren. Enkel voor de kernaanbevelingen omtrent het toepassen van de effectieve interventies lijkt de nodige kennis soms te ontbreken. Ook in de focusgroepen komt naar voren dat zorgverleners op basis van de aanbevelingen betreffende effectieve interventies niet altijd voldoende kennis hebben over de uitvoering van de kernaanbeveling. De inhoud van de aanbeveling geeft blijkbaar niet in elke situatie voldoende handvaten om de interventie uit te voeren. Redenen hiervoor liggen in de beperkte informatie over de daadwerkelijke uitvoering van de interventies, die in de literatuur beschikbaar is. Deze kennishiaat is opgenomen in de kennislacunes van deze richtlijn als aanleiding voor verder onderzoek.

#### **Uitkomstverwachting: Waarschijnlijkheid (+)**

Zorgverleners geven aan dat zij bij het gebruik van de kernaanbevelingen ook daadwerkelijk verwachten om het doel van de aanbeveling bij de betreffende zorgvragers te bereiken. Bijvoorbeeld wordt aangegeven dat men met het toepassen kernaanbeveling 1 daadwerkelijk toe kan werken naar een relatie op basis van vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid.

#### **Uitkomstverwachting Belangrijkheid (+)**

De zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld geven aan de uitvoering van de kernaanbevelingen in de praktijk belangrijk te vinden. Uit de focusgroepen blijkt dat zorgverleners het belangrijk vinden om persoonsgerichte ADL zorg te verlenen en op deze manier ook aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen en veranderingen de eigen organisatie. Deze ontwikkelingen hebben vooral betrekking op het sterker betrekken van zorgvragers en het stimuleren van zelfstandigheid in de uitvoering van ADL-taken.

#### **Eigen effectiviteitsverwachting (+)**

Op basis van de vragenlijst schatten zorgverleners in dat zij in staat zijn om de meeste kernaanbevelingen in de praktijk toe te passen. In de kernaanbevelingen rondom het betrekken van mantelzorgers en het toepassen van effectieve interventies is dit vertrouwen minder. Volgens de deelnemers van de focusgroepen komt dat omdat er minder betrokkenheid van mantelzorgers is (zie 2. Aanpasbaarheid doelgroep en setting) of zoals eerdergenoemd in de beschikbare informatie omtrent de praktische uitvoering van de interventies beperkt is (zie 10.

Kennis).

### Professionele taakopvatting (+)

Zorgverleners vinden het bij hun taak horen om de kernaanbevelingen uit te voeren. Ook geeft men in de focusgroepen aan dat de kernaanbevelingen voor een professionalisering van de ADL-zorg zorgen en dat men zich gesterkt voelt in de eigen professionaliteit. Uit de focusgroepen blijkt ook dat de manier waarop organisaties taken zoals de intake (verzamen van gegevens) beleggen beïnvloedt welke zorgverlener welke taken uitvoert. Voorbeelden van de verdeelde taken zijn dat het afnemen van assessments bijvoorbeeld vaak bij de verpleegkundige wordt belegd of dat niet alle lagen van de verpleegkundige beroepsgroep gemachtigd zijn om dingen in het zorgplan te wijzigen.

### Persoonlijk voordeel (+/-)

In het algemeen zegt men dat de het toepassen van de kernaanbevelingen het gevoel van professionalisering van de basiszorg en het klinisch redeneringsproces versterkt. Kernaanbevelingen omtrent het toewerken naar een samenwerkingsrelatie zorgen bij zorgverleners voor een goed gevoel. Zorgverleners geven aan dat het toepassen van deze kernaanbevelingen een vertrouwensband en een samenwerkingsrelatie ontstaat vertrouwen waardoor het uitvoeren van zorghandelingen vergemakkelijkt. Persoonlijke voordelen in het gebruik van de kernaanbevelingen worden niet voor elke kernaanbeveling genoemd. Voor de aanbevelingen omtrent het samen doelen stellen en samen maken van zorgafspraken is het beeld niet eenduidig. In de helft van de zorgsettings worden geen persoonlijke voordelen gezien voor deze kernaanbevelingen. In de andere helft worden een sterkte eigenwaarde van zorgvragers in het maken van keuzes en het dat zorgvragers zich gehoord voelen als voordeel benoemd waarvoor de zorgverlening verbetert.

### Persoonlijk nadeel (+)

Zorgverleners rapporteerden geen persoonlijke nadelen te ervaren door het gebruik van de kernaanbevelingen.

*Conclusie factoren zorgverleners:* Zorgverleners benoemen in de vragenlijst en de focusgroepen vooral factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen kunnen bevorderen zoals het belang om persoonsgerichte ADL-zorg te verlenen. Zorgverleners voelen zich in staat om de kernaanbevelingen grotendeels uit te voeren en ook tot hun taak als verpleegkundige en verzorgende horen.

### *Conclusie proefimplementatie:*

Op basis van de uitgevoerde proefimplementatie kunnen een aantal factoren benoemd worden die het gebruik van de kernaanbevelingen positief lijken te beïnvloeden. Zo lijken de kernaanbevelingen over het algemeen een voordeel op te leveren ten opzichte van huidige werkwijzen omdat door de kernaanbevelingen huidige werkwijzen en gewoontes nog een keer bewust gereflecteerd worden. Door de kernaanbevelingen wordt het gesprek geopend over de manier waarop ADL-zorg wordt verleend en kan er op een onderbouwde en bewuste manier naar "routinematige" zorghandelingen worden gekeken. Tegelijkertijd lijken de uitgevoerde kernaanbevelingen grotendeels aan te sluiten bij de huidige werkwijze van de zorgverleners en ontwikkelingen die landelijk en op organisatieniveau plaatsvinden. Tevens lijkt er over het algemeen voldoende kennis te zijn bij de zorgverleners over het uitvoeren van de kernaanbevelingen en heeft men het gevoel dat de kernaanbevelingen ook daadwerkelijk eraan bijdragen dat er goede ADL-zorg wordt verleend. Zorgverleners hebben vertrouwen dat ze de kernaanbevelingen in de praktijk kunnen uitvoeren en ervaren geen persoonlijke nadelen in het gebruik van deze.

Uit de proefimplementatie konden geen directe factoren gedestilleerd worden die het gebruik van de kernaanbevelingen belemmeren. Het valt op dat niet in alle settings alle kernaanbevelingen

zijn toegepast, zo hebben organisatorische keuzes voor meetinstrumenten die uitvoering van de Barthel index in de langdurige zorg settings (Verpleeghuis, VGZ) en in de wijk belemmert. Ook het betrekken van mantelzorgers is in verhouding minder gebeurt door diverse beschreven omstandigheden.

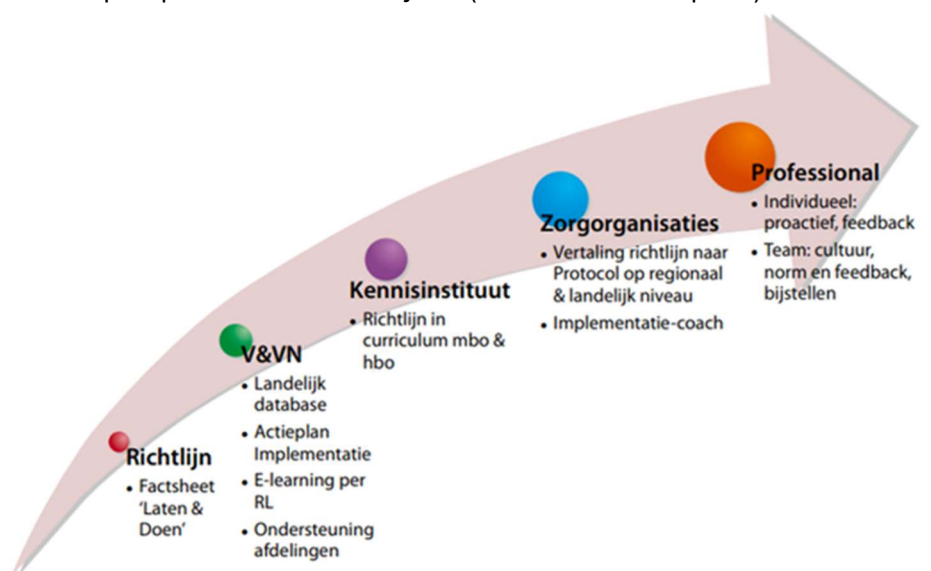
Echter zou aandacht voor een goede samenvattingskaart of infographic kunnen helpen om de essentie van de kernaanbevelingen sneller te kunnen begrijpen. Daarnaast lijkt aandacht voor het vertalen van de kernaanbevelingen naar primaire processen in de organisatie bevorderend te werken voor zorgverleners bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijke bijeenkomsten en presentaties.

Een aanleiding voor het herzien of veranderen van de kernaanbeveling kon op basis van de proefimplementatie niet geconcludeerd worden.

### Adviezen voor implementatie

Om een richtlijn effectief in de praktijk te kunnen gebruiken is een grondige implementatie noodzakelijk. Deze implementatie vraagt om actie op verschillende niveaus (zie figuur 1) (Ista et al., 2020).

Figuur 1 Road Map Implementatie Richtlijnen (Ista et al., 2020, p. 27)



Op elk niveau zijn taken voor richtlijnontwikkelaars, de beroepsvereniging V&VN, kennisinstututen op het HBO en MBO, zorgorganisaties en de zorgprofessionals zelf. Voor elk niveau zijn hieronder adviezen voor implementatie opgenomen.

### Van veranderingsprincipes naar implementatiestrategieën

Strategieën voor implementatie zijn ook bij het implementeren van richtlijnen gebaseerd op veranderingsprincipes of 'behaviour of change techniques' genoemd. Deze principes zijn componenten van een interventie die ontworpen worden om het gedrag van de eindgebruiker in dit geval verpleegkundigen en verzorgenden, te beïnvloeden (Michie et al., 2013). In het kader van deze richtlijn betekent dit, dat we verpleegkundigen en verzorgenden willen ondersteunen om in de praktijk conform de richtlijn te handelen en de aanbevelingen ook daadwerkelijk toe te passen in de praktijk.

Op basis van de literatuur omtrent dit thema weten we dat er sommige verander- of implementatie strategieën beter werken dan andere. We weten bijvoorbeeld dat feedback op gedrag, directe instructie of het vergelijken met collega's vaak wel bijdragen aan verandering, en monitoren van

uitkomsten zonder feedback of bijsturing bijvoorbeeld niet bijdragen aan verandering (Patey, Grimshaw, & Francis, 2021). In het formuleren van de hieronder beschreven implementatieadviezen hebben we rekening gehouden met deze veranderingsprincipes.

### Adviezen voor richtlijnontwikkelaars

Op basis van de proefimplementatie wordt het opstellen van een samenvattingskaart of infographic voor de richtlijn geadviseerd. Aanvullend op een infographic van de richtlijn zelf bevelen we aan om aanvullende samenvattingskaarten of zakkaarten te creëren van de uitgebreidere aanbevelingen bijvoorbeeld omtrent het stellen van doelen (Kernaanbeveling 5). De boodschap van de deelnemende partijen is dat op deze manier het snel(ler) begrijpen van de kernaanbevelingen in de praktijk voor de verschillende lagen van de beroepsgroep bevordert kan worden. We weten dat een duidelijke instructie over de uitvoering helpt in het veranderen van gedrag (Patey et al., 2021). Om deze reden zal in het maken van de samenvattingskaart of infographic rekening gehouden moeten worden met een eenduidige en korte formulering, die door aansprekende visualisaties ondersteund kunnen worden. Gezien de diversiteit in zorgsettings waar deze richtlijn voor van toepassing is betekent dat ook dat het nodig is om deze samenvattingskaarten door te vertalen naar praktische werkafspraken voor de organisatie (zie adviezen voor zorgorganisaties).

### Adviezen voor V&VN

De richtlijn Zorg bij ADL is voor een breed spectrum van zorgsettings van toepassing. Daarom is het advies aan V&VN om de richtlijn zo breed mogelijk te verspreiden. Naast het opnemen in de V&VN Richtlijndatabase zijn nieuwsbrieven, social-media, en ledenbijeenkomsten geschikte middelen. In het bijzonder is er aanvullende aandacht nodig voor de sector VGZ waarin persoonlijke begeleiders zonder verpleegkundige of verzorgende opleiding ook ADL-zorg verlenen. De verschillende V&VN-afdelingen zouden ook de verschillende settings kunnen ondersteunen in het vertalen van de richtlijn naar de betreffende setting en doelgroep. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van Webinars of themabijeenkomsten waarin de doorvertaling van de (kern-)aanbevelingen naar concrete afspraken of instructies of het gezamenlijk reflecteren op en vergelijken van de uitvoering van ADL zorg.

### Adviezen voor Kennisinstituten (MBO/HBO)

Op basis van de uitgevoerde proefimplementatie adviseert de projectgroep om de richtlijn in te bedden in bestaande onderwijsactiviteiten en modules, zowel in het HBO als MBO. Mogelijk kunnen landelijke en of regionale opleidingsverbanden zoals het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), de MBO Raad, of regionale opleidingscentra (ROC's) hierin faciliteren. ADL-zorg is een verantwoordelijkheid van alle verpleegkundigen onafhankelijk van opleidingsniveau. Bij het inbedden van de ADL-richtlijn in het onderwijs is het van belang om naast de inhoud van de richtlijn ook aandacht te hebben voor de manier van implementatie van de richtlijn in de dagelijkse beroepspraktijk (Ista et al., 2020). Het kan volgens de deelnemers uit de proefimplementatie bijvoorbeeld bevorderlijk zijn als nieuwe verpleegkundigen en verzorgenden de juiste handvatten hebben om in samenwerking met ervaren zorgverleners het gesprek te voeren over ADL-zorg volgens de richtlijn.

### Adviezen voor Zorgorganisaties

Het advies aan zorgorganisaties is de richtlijnprincipes/kernaanbevelingen te vertalen naar de primaire processen op ADL-gebied in de eigen organisatie. Tevens kunnen eerder gemaakte keuzes op ADL-gebied, waaronder de gebruikte meetinstrumenten evaluatiemomenten, manier van benadering van zorgvragers en de rol mantelzorgers in de ADL-zorg, worden heroverwogen en bij voorkeur aangepast aan de richtlijn. Deze taak zou bij een kwaliteitsfunctionaris belegd kunnen worden die bijvoorbeeld aan de hand van Plan Do Check Act (PDCA) cyclus verbeteracties op het gebied van ADL-zorg kan (blijven) faciliteren.

Tevens wordt geadviseerd dat de organisatie de zorgteams faciliteert bij het zich eigen maken van de inhoud en de voor hun praktische implicaties van de richtlijn, bijvoorbeeld in de vorm van team-overleggen en werkgroepen. Daarbij hoort ook dat kernaanbevelingen worden aangevuld met concrete instructies en werkafspraken. Hierbij hoort ook dat de uitvoering van specifieke kernaanbevelingen ook belegd worden bij de functionarissen, die deze in de praktijk uitvoeren. Denk aan het afnemen van meetinstrumenten door de verpleegkundige. Daarnaast zou een informatiebijeenkomst over de richtlijn en de vertaling van de richtlijn naar bestaande primaire processen zorgverleners kunnen helpen om de kernaanbevelingen sneller te begrijpen en te integreren in dagelijkse werkzaamheden. Andere mogelijkheden voor organisaties om het gebruik van de richtlijn onder de aandacht te brengen zouden ook themabijeenkomst of themaperioden kunnen zijn, denk bijvoorbeeld aan: de (richtlijn-) uitgangsvraag van de maand. Om onderlinge reflectie en feedback op elkaars handelen te stimuleren zouden organisaties in het toepassen van de kernaanbeveling ook intervisiebijeenkomsten of meeloopdagen kunnen implementeren waarin collega's elkaar gericht feedback kunnen geven of met elkaar op de uitgevoerde ADL zorg kunnen reflecteren.

### Adviezen voor de professional

Op basis van de proefimplementatie is het voor zorgverleners aan te bevelen om de tijd te nemen de kernaanbevelingen door te nemen en samen met collega's en leidinggevenden te kijken welke onderdelen voor de betreffende setting geïntegreerd kunnen worden. Deze richtlijn biedt de mogelijkheid om kritisch te kijken naar de manier waarop ADL-zorg wordt verleend en waar men aanknopingspunten ziet om de zorgverlening te verbeteren. De vraag 'Waarom doe je de dingen die je doet?' helpt om daar inzicht in te krijgen. Ook helpt de richtlijn om te reflecteren op manieren die de ADL-zorg persoonsgericht maken, zorgvragers sterker betrekken bij het maken van keuzes en het comfort en de zelfstandigheid van zorgvragers verhogen. Daarnaast biedt de richtlijn de mogelijkheid om de professionele expertise aan te scherpen en/of te vergroten. Ten slotte leren de ervaringen uit de proefimplementatie dat gesprekken met collega's kunnen helpen om van elkaar te leren. Als teamleider kun je in overleggen ruimte maken om het gebruik van de richtlijn te (blijven) bespreken.

Bronnen:

- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., . . . Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine, 46*(1), 81-95.
- Patey, A. M., Grimshaw, J. M., & Francis, J. J. (2021). Changing behaviour, 'more or less': do implementation and de-implementation interventions include different behaviour change techniques? *Implementation Science, 16*(1), 20. doi:10.1186/s13012-021-01089-0

# Bijlage 11

## Onderwerpen voor verder onderzoek

In deze bijlage zijn de gedetecteerde onderwerpen voor verder onderzoek (kennislacunes) van deze richtlijn voor elke uitgangsvraag geformuleerd. Bij het formuleren van onderstaande

kennislacunes is gebruik gemaakt van de beschreven criteria voor kennislacunes in de Tool Kennislacunes in richtlijnen (IQ Healthcare, 2013).

### Uitgangsvraag 1: Betrekken van zorgvragers in keuzes in de ADL-zorg

Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag. Na uitgevoerd literatuuronderzoek zijn in de (inter)nationale wetenschappelijke en grijze literatuur geen manieren gevonden over hoe de zorgvrager specifiek bij de ADL-gerelateerde keuzes door de zorgverlener betrokken kan worden. In deze richtlijn worden een aantal aanbevelingen gedaan, die vooral gericht zijn op het betrekken van de zorgvrager bij het stellen van doelen, het maken van zorgafspraken en het uitvoeren van ADL-zorg. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op algemene (niet ADL-specifieke) bevindingen uit de verpleegkundige wetenschappelijke en grijze literatuur en aanpalende vakgebieden, maar vervolgens niet in de context van ADL-zorg getoetst. Deze aanbevelingen zijn door de werkgroep en haar achterban als zinnig beschouwd. De daadwerkelijke effectiviteit van de verschillende aanbevelingen zijn echter nog onvoldoende onderzocht. Ook is niet duidelijk of er essentiële elementen ontbreken. Meer inzicht is nodig in de mogelijke strategieën die toegepast kunnen worden om de betrokkenheid van zorgvragers in de besluiten rondom ADL-zorg te vergroten. Ook lijkt het nodig om specifieke strategieën voor de ADL-zorg te ontwikkelen om de betrokkenheid van de zorgvrager te vergroten.

### Uitgangsvraag 2: Effectieve ADL-interventies ter bevordering van ADL-zelfstandigheid en comfort

Uit de literatuur zijn interventies geïdentificeerd die positieve effecten lieten zien op ADL-zelfstandigheid en comfort tijdens het verlenen van ADL-zorg. Deze interventies zijn nog niet geëvalueerd op toepasbaarheid en/of effectiviteit in de Nederlandse setting - op de foutloos leren interventie na. Dit duidt erop dat de ADL-zorg in de zorgsettings in Nederland beperkt wetenschappelijk onderbouwd is. Meer inzicht is nodig in de effectiviteit van interventies die in de Nederlandse setting zijn ontwikkeld voor het vergroten van ADL-zelfstandigheid en comfort van zorgvrager. Het lijkt nodig om passende en effectieve ADL-interventies te ontwikkelen gericht op het vergroten van ADL-zelfstandigheid en comfort van de zorgvrager. Het gewenste onderzoeksontwerp hiervoor bevat gerandomiseerde en of quasi-experimentele onderzoeken.

### Uitgangsvraag 3: ADL-zorgvraag:

#### In kaart brengen subjectieve en contextgegevens

De gevonden kennis over het in kaart brengen van subjectieve gegevens en contextgegevens van de zorgvrager zijn grotendeels gebaseerd op ervaringen en informatie uit aanpalende richtlijnen. Het blijft onduidelijk of er meetinstrumenten of bewezen strategieën zijn die deze gegevens voldoende in kaart kunnen brengen.

#### Metten van ADL-zelfstandigheid

Op basis van het uitgevoerd literatuuronderzoek in de (inter)nationale wetenschappelijke en grijze literatuur is een aantal meetinstrumenten geselecteerd die geschikt zijn gevonden om de ADL-zelfstandigheid van zorgvragers te meten. Deze instrumenten zijn echter nog niet voor alle ADL-relevante zorgsettings op psychometrische eigenschappen getoetst. Ondanks het feit dat de beschreven meetinstrumenten volgens de expertise van de werkgroep ook voor een bredere doelgroep inzetbaar zijn, is het nodig om de psychometrische eigenschappen van de volgende meetinstrumenten te bepalen voor de hieronder beschreven zorgsettings.

Tabel 36: Overzicht Zorgsettings waarin psychometrische eigenschappen in de Nederlandse zorgsettings zijn onderzocht

Instrument/ zorgsetting	Zorg in de Wijk	Revalidatie	Ziekenhuis	Verpleeghuiszorg	Verstandelijk gehandicapten- zorg
Barthel Index	?	+	?	?	?

		Geriatrische & CVA revalidatie & mensen met een dwarslaesie			
Katz	+ Thuiswonende ouderen	?	?	?	?
GARS	+ Thuiswonende ouderen, mensen met reuma	?	?	?	?
USER	?	? Klinische & neuro-revalidatie	?	?	?
HAQ-DI	+ Mensen met artritis	?	?	?	?
PDL-scorelijst	?	?	?	?	?
+ bekend voor: Setting/populatie ? psychometrische eigenschappen niet bekend					

#### Uitgangsvraag 4: Ondersteunen van mantelzorgers in de ADL-zorg

Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag. Uit het literatuuronderzoek blijkt er geen directe aanwijzing te zijn voor hoe de mantelzorgers optimaal door de zorgverlener bij de ADL-zorg betrokken kan worden. In deze richtlijn wordt een aantal aanbevelingen gedaan die vooral gericht zijn op het betrekken en ondersteunen van de mantelzorgers. Door het gebrek aan wetenschappelijke literatuur over betrekken van mantelzorgers bij de ADL-zorg zijn de aanbevelingen in deze richtlijn voornamelijk gebaseerd op extrapolatie van relevante bevindingen uit de verpleegkundige richtlijn mantelzorg naar ADL-zorg, die door de werkgroep zijn geaccordeerd en aangevuld vanuit hun expertise en ervaring.

#### Uitgangsvraag 5: Risicosignalering in de ADL-zorg

Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag. Uit het in de wetenschappelijke en grijze literatuur uitgevoerd literatuuronderzoek blijkt er geen bewijs te zijn over hoe ADL-zorg effectief ingezet kan worden om gezondheidsrisico's te signaleren en wellicht ook het ontstaan van gezondheidsproblemen kan voorkomen. Er is dus sprake van een kennislacune. In deze richtlijn wordt een aantal aanbevelingen gedaan, die vooral gericht zijn op het signaleren van risico's in het verpleegkundig proces. Deze aanbevelingen zijn weliswaar gebaseerd op algemene (niet ADL-specifieke) implicaties uit verschillende kennisbronnen uit de grijze literatuur waaronder "Risicosignalering in de Zorg" (van Halem & Groot, 2016) en het Zorg voor Beter Kennisplein (Zorg voor Beter Kennisplein, 2020). Daarnaast worden de aanbevelingen door de werkgroep als waardevol beschouwd. Of deze aanbevelingen in de praktijk voor de ADL-situatie effectief zijn is nog onduidelijk. Ook is niet duidelijk of er essentiële elementen ontbreken. Er is meer inzicht nodig in de werkzaamheid van deze aanbevelingen in de dagelijkse zorgpraktijk.





# Bijlage 12

## Literatuurlijst

### Bronnen Uitgangsvraag 1

- Clark, N. M., Nelson, B. W., Valerio, M. A., Gong, Z. M., Taylor-Fishwick, J. C., & Fletcher, M. (2009). Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *The open nursing journal*, 3, 65-75. doi:10.2174/1874434600903010065
- Daniëls, R., Vogelzang, F., den Boer, J., & de Booy, M. (2016). *Gezamenlijke Besluitvorming over doelen en zorgafspraken*. Retrieved from [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/handreiking\\_gezamenlijke\\_besluitvorming\\_boek\\_2017\\_web.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf)
- Davis, R., Ziomkowski, M. K., & Veltkamp, A. (2017). Everyday Decision Making in Individuals with Early-Stage Alzheimer's Disease: An Integrative Review of the Literature. *Res Gerontol Nurs*, 10(5), 240-247. doi:10.3928/19404921-20170831-05
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
- Friesen-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T., & Beurskens, A. J. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 393-402. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012
- Harder, C. (2020). *Handreiking Verpleegkundig Proces bij het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*. Retrieved from <https://www.venvn.nl/media/x3enwye5/handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf>
- IQ Healthcare. (2013). Tool Kennislacunes in richtlijnen. *Kennisbank richtlijnontwikkeling; Ondersteunende materialen bij het ontwikkelen van richtlijnen*. Retrieved from <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Kennislacunes+in+richtlijnen.pdf>
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 52(6), 1107-1120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010
- Truglio-Londrigan, M., & Slyer, J. T. (2018). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The open nursing journal*, 12, 1-14. doi:10.2174/1874434601812010001
- V&VN. (2020). Richtlijn Mantelzorg

### Bronnen Uitgangsvraag 2:

- Boers, M., Jacobs, J. W. G., van Vliet Vlieland, T. P. M., & van Riel, P. L. C. M. (2007). Consensus Dutch health assessment questionnaire. *Annals of the rheumatic diseases*, 66(1), 132-133. doi:10.1136/ard.2006.059451
- Bouwstra, H., Smit, E. B., Wattel, E. M., van der Wouden, J. C., Hertogh, C. M. P. M., Terluin, B., & Terwee, C. B. (2019). Measurement Properties of the Barthel Index in Geriatric Rehabilitation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 420-425.e421. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.033>
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 10(2), 61-63. doi:10.3109/09638288809164103
- Cuperus, N., Mahler, E. A., Vliet Vlieland, T. P., Hoogeboom, T. J., & van den Ende, C. H. (2015). Measurement properties of the Health Assessment Questionnaire Disability Index for

- generalized osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 54(5), 821-826.  
doi:10.1093/rheumatology/keu386
- de Haan, R., Limburg, M., Schuling, J., Broeshart, J., Jonkers, L., & van Zuylen, P. (1993). Klinimetrische evaluatie van de Barthel Index: een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 137(18), 917-921.
- Duffy, L., Gajree, S., Langhorne, P., Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2013). Reliability (inter-rater agreement) of the Barthel Index for assessment of stroke survivors: systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 44(2), 462-468. doi:10.1161/strokeaha.112.678615
- Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*, 23(2), 137-145. doi:10.1002/art.1780230202
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International journal of older people nursing*, 2(3), 204-212.
- Hopman-Rock, M., van Hirtum, H., de Vreede, P., & Freiberger, E. (2019). Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res*, 31(7), 917-925. doi:10.1007/s40520-018-1034-6
- Hsueh, I.-P., Lee, M.-M., & Hsieh, C.-L. (2001). Psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 100(8), 526-532.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *Jama*, 185, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kempen, G. I., & Suurmeijer, T. P. (1990). The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *Gerontologist*, 30(4), 497-502.  
doi:10.1093/geront/30.4.497
- Laan, W., Zuithoff, N. P., Drubbel, I., Bleijenberg, N., Numans, M. E., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J. (2014). Validity and reliability of the Katz-15 scale to measure unfavorable health outcomes in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging*, 18(9), 848-854.  
doi:10.1007/s12603-014-0558-5
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1. *The Gerontologist*, 9(3\_Part\_1), 179-186.  
doi:10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*.
- Metzelthin, S. F., Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L. P., van den Heuvel, W. J. A., & Kempen, G. I. J. M. (2011). Psychometrische eigenschappen van drie screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(3), 120-130. doi:10.1007/s12439-011-0022-5
- Mokkink, L. B., Prinsen, C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., De Vet, H., . . . Mokkink, L. (2018). COSMIN methodology for systematic reviews of patient-reported outcome measures (PROMs). *User manual*, 78(1).
- Oude Voshaar, M. A. H., ten Klooster, P. M., Taal, E., & van de Laar, M. A. F. J. (2011). Measurement properties of physical function scales validated for use in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 99.  
doi:10.1186/1477-7525-9-99
- Pashmdarfard, M., & Azad, A. (2020). Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 34, 33-33. doi:10.34171/mjiri.34.33
- Post, M. W., Van Asbeck, F. W. A., Van Dijk, A. J., & Schrijvers, A. J. P. (1995). Nederlandse interviewversie van de Barthel-index onderzocht bij dwarslaesiepatiënten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 139, 1376-1376.

- Post, M. W., van de Port, I. G., Kap, B., & Berdenis van Berlekom, S. H. (2009). Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). *Clin Rehabil*, 23(10), 909-917. doi:10.1177/0269215509341524
- Post, M. W., Visser-Meily, J. M., & Gispens, L. S. (2002). Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score and the Barthel Index. *Clin Rehabil*, 16(2), 182-189. doi:10.1191/0269215502cr474oa
- Post, M. W., Willems, M., van de Port, I. G., van Berlekom, S. H., & de Jong, L. K. (2019). Handleiding USER.
- Prinsen, C. A., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D., de Vet, H., & Terwee, C. B. (2016). COSMIN guideline for systematic reviews of outcome measurement instruments. *Quality of Life Research*, 25, 21-21.
- Reijneveld, S. A., Spijker, J., & Dijkshoorn, H. (2007). Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *J Clin Epidemiol*, 60(4), 382-388. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.02.022
- Stichting PDL. (2020). PDL-scorelijst Retrieved from <https://stichtingpdl.nl/download/3/downloads/771/pdl-scorelijst-2020>
- Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Moum, T., Briançon, S., Krol, B., Sanderman, R., . . . van den Heuvel, W. J. (1994). The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *American journal of public health*, 84(8), 1270-1273. doi:10.2105/ajph.84.8.1270
- Swinkels, R., Dijkstra, P. U., & Bouter, L. M. (2005). Reliability, validity and responsiveness of instruments to assess disabilities in personal care in patients with rheumatic disorders. A systematic review. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(1), 71-79.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., . . . de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34-42.
- Thiessen, J., Stijn, A. H. J. M., Fengler, R. K. B., Post, M. W., & Visser-Meily, J. M. (2013). Gebruik USER in het verpleeghuis - Bruikbaarheid van de USER versus de barthelindex *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* Retrieved from <https://www.kcrutrecht.nl/wp-content/uploads/2018/09/User-in-verpleeghuis-tijdschr-v-ouderengen-2013.pdf>
- van der Heijde, D. M., van Riel, P. L., & van de Putte, L. B. (1990). Sensitivity of a Dutch Health Assessment Questionnaire in a trial comparing hydroxychloroquine vs. sulphasalazine. *Scandinavian journal of rheumatology*, 19(6), 407-412. doi:10.3109/03009749009097629
- van Stuijvenberg, M., de Groot, A., & Smit, E. (2018). Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie in de Geriatrische Revalidatie Ervaringen van zorgmedewerkers en revalidanten Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie in de Geriatrische Revalidatie Ervaringen van zorgmedewerkers en revalidanten.
- V&VN. (2020b). Conceptrichtlijn: Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging. *Versie: 12-03-2020*. Verkregen van <https://www.venvn.nl/media/sfjlfy44/concept-richtlijn-verslaglegging-versie-12-03-2020-iqhcpdf.pdf>
- Wallace, M., & Shelkey, M. (2008). Monitoring functional status in hospitalized older adults. *Am J Nurs*, 108(4), 64-71; quiz 71-62. doi:10.1097/01.NAJ.0000314811.46029.3d

### Bronnen Uitgangsvraag 3

- Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., . . . Oxman, A. D. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*, 353, i2016. doi:10.1136/bmj.i2016

- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, *50*(9), 1259-1270.
- Boluyt, N., Rottier, B., & Langendam, M. (2012). Richtlijnen worden transparanter met de GRADE-methode: nieuwe methode maakt overwegingen bij aanbevelingen expliciet. *Ned Tijdschr Geneeskd*, *156*(25), A4379.
- Chang, C. C., & Lin, L. C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(10), 1185-1192.
- den Ouden, M., Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M., Zwakhalen, S. M. G., Braun, S. M., Tan, F. E. S., & Hamers, J. P. H. (2015). Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(11), 963-968. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.016>
- Engst, C., Chhokar, R., Robinson, D., Earthy, A., & Yassi, A. (2004). Implementation of a Scheduled Toileting Program in a Long Term Care Facility: Evaluating the Impact on Injury Risk to Caregiving Staff. *AAOHN Journal*, *52*(10), 427-435. doi:10.1177/216507990405201005
- Galik, E. M., Resnick, B., Gruber-Baldini, A., Nahm, E. S., Pearson, K., & Pretzer-Aboff, I. (2008). Pilot testing of the restorative care intervention for the cognitively impaired. *J Am Med Dir Assoc*, *9*(7), 516-522. doi:10.1016/j.jamda.2008.04.013
- Galik, E. M., Resnick, B., Hammersla, M., & Brightwater, J. (2014). Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. *Gerontologist*, *54*(6), 930-943. doi:10.1093/geront/gnt108
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D., Sloane, P., & Mor, V. (2014). Effect of the Bathing Without a Battle Training Intervention on Bathing-Associated Physical and Verbal Outcomes in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Crossover Diffusion Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(5), 797-804. doi:10.1111/jgs.12777
- Grönstedt, H., Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Granbo, R., . . . Hellström, K. (2013). Effects of Individually Tailored Physical and Daily Activities in Nursing Home Residents on Activities of Daily Living, Physical Performance and Physical Activity Level: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, *59*(3), 220-229. doi:10.1159/000345416
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr*, *54*(1), 61-66. doi:10.1016/j.archger.2011.03.011
- Hallberg, I. R. (2006). Challenges for future nursing research: providing evidence for health-care practice. *Int J Nurs Stud*, *43*(8), 923-927. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.017
- He, S., Craig, B. A., Xu, H., Covinsky, K. E., Stallard, E., Thomas, J., 3rd, . . . Sands, L. P. (2015). Unmet Need for ADL Assistance Is Associated With Mortality Among Older Adults With Mild Disability. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, *70*(9), 1128-1132. doi:10.1093/gerona/glv028
- Helvik, A.-S., Selbæk, G., & Engedal, K. (2013). Functional decline in older adults one year after hospitalization. *Arch Gerontol Geriatr*, *57*(3), 305-310. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.05.008>
- Jackson, D., & Kozłowska, O. (2018). Fundamental care—the quest for evidence. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(11-12), 2177-2178. doi:10.1111/jocn.14382
- Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study. *Contemporary Nurse*, *22*(1), 120-133. doi:10.5172/conu.2006.22.1.120
- Klein, K., Mulkey, M., Bena, J. F., & Albert, N. M. (2005). Clinical and psychological effects of early mobilization in patients treated in a neurologic ICU: a comparative study. *Crit Care Med*, *43*(4), 865-873.
- Lin, L. C., Huang, Y. J., Watson, R., Wu, S. C., & Lee, Y. C. (2011). Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(21), 3092-3101.

- Mickus, M., Wagenaar, D. B., Averill, M., Colenda, C., Gardiner, J., & Luo, Z. (2002). Developing effective bathing strategies for reducing problematic behavior for residents with dementia: The PRIDE approach. *Journal of Mental Health and Aging, 8*, 37-43.
- Myles, P. S., Boney, O., Botti, M., Cyna, A. M., Gan, T. J., Jensen, M. P., . . . Wijeyesundera, D. (2018). Systematic review and consensus definitions for the Standardised Endpoints in Perioperative Medicine (StEP) initiative: patient comfort. *British Journal of Anaesthesia, 120*(4), 705-711. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.12.037>
- Padula, C. A., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *J Nurs Care Qual, 24*(4), 325-331. doi:10.1097/NCQ.0b013e3181a4f79b
- Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing, 27*(11-12), 2179-2188. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.14150>
- Slaughter, S. E., & Estabrooks, C. A. (2013). Optimizing the mobility of residents with dementia: a pilot study promoting healthcare aide uptake of a simple mobility innovation in diverse nursing home settings. *BMC Geriatrics, 13*(1), 110. doi:10.1186/1471-2318-13-110
- Sloane, P., Hoeffler, B., Mitchell, C., McKenzie, D., Barrick, A., Rader, J., . . . Zink, R. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(11), 1795-1804. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x?download=true>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In M. Z. E. Aromataris E (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis: JBI Global*
- van Dijk, G. C., Dijkstra, A., Dassen, T., & Sanderman, R. (2008). Care of people who are powerless in daily living (PDL care): a theoretical approach. *The Netherlands: Dissertation Rijksuniversiteit Groningen*.
- van Hell-Cromwijk, M., Metzelthin, S. F., Schoonhoven, L., Verstraten, C., Willemieke, K., & de Man van Ginkel, J. M. (2021). Nurses' perceptions of their role with respect to promoting physical activity in adult patients: a systematic review. *J Clin Nurs*. doi:10.1111/jocn.15747
- Verstraten, C. C. J. M. M., Metzelthin, S. F., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & de Man-van Ginkel, J. M. (2020). Optimizing patients' functional status during daily nursing care interventions: A systematic review. *Research in Nursing & Health, 43*(5), 478-488. doi:<https://doi.org/10.1002/nur.22063>
- Wells, D. L., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D., & Pringle, D. (2000). Special Series-Effects of an Abilities-Focused Program of Morning Care on Residents Who Have Dementia and On Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(4), 442-449.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. (2007). Prevalence and Predictors of Neuropsychiatric Symptoms in Cognitively Impaired Nursing Home Patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 20*(1), 41-49. doi:10.1177/0891988706292762
- Zwakhalen, S. M. G., Hamers, J. P. H., Metzelthin, S. F., Eetema, R., Heinen, M., de Man-Van Ginkel, J. M., . . . Schuurmans, M. J. (2018). Basic nursing care: The most provided, the least evidence based - A discussion paper. *Journal of Clinical Nursing, 27*(11-12), 2496-2505. doi:10.1111/jocn.14296

#### Bronnen Uitgangsvraag 4

- Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B., & Tønnessen, S. (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services-A systematic review from a person-centred perspective. *J Clin Nurs, 27*(7-8), e1309-e1326. doi:10.1111/jocn.14205

- de Boer, A., de Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). *Blijvende bron van zorg - Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Retrieved from den Haag: <https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/2020/12/Blijvendebronvanzorg.pdf>
- Dixe, M. d. A. C. R., da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., de Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Hoefman, R. (2015). *The Impact of Caregiving*. (Ph.D. thesis). Erasmus University Rotterdam, Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/78028>
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K., . . . Street, R. L., Jr. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med*, *72*(7), 1085-1095. doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.020
- Oh, Y. S. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Appl Nurs Res*, *33*, 5-9. doi:10.1016/j.apnr.2016.09.008
- Reeve, B. B., Thissen, D. M., Bann, C. M., Mack, N., Treiman, K., Sanoff, H. K., . . . McCormack, L. A. (2017). Psychometric evaluation and design of patient-centered communication measures for cancer care settings. *Patient Educ Couns*, *100*(7), 1322-1328. doi:10.1016/j.pec.2017.02.011
- Treiman, K., McCormack, L., Olmsted, M., Roach, N., Reeve, B. B., Martens, C. E., . . . Sanoff, H. (2017). Engaging Patient Advocates and Other Stakeholders to Design Measures of Patient-Centered Communication in Cancer Care. *Patient*, *10*(1), 93-103. doi:10.1007/s40271-016-0188-6
- V&VN. (2020). (CONCEPT) Richtlijn Mantelzorg

### Bronnen Uitgangsvraag 5

- Bouwstra, H., Smit, E. B., Wattel, E. M., van der Wouden, J. C., Hertogh, C. M. P. M., Terluin, B., & Terwee, C. B. (2019). Measurement Properties of the Barthel Index in Geriatric Rehabilitation. *Journal of the American Medical Directors Association*, *20*(4), 420-425.e421. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.033>
- Chang, C. C., & Lin, L. C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(10), 1185-1192.
- Clark, N. M., Nelson, B. W., Valerio, M. A., Gong, Z. M., Taylor-Fishwick, J. C., & Fletcher, M. (2009). Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *The open nursing journal*, *3*, 65-75. doi:10.2174/1874434600903010065
- Cuperus, N., Mahler, E. A., Vliet Vlieland, T. P., Hoozeboom, T. J., & van den Ende, C. H. (2015). Measurement properties of the Health Assessment Questionnaire Disability Index for generalized osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, *54*(5), 821-826. doi:10.1093/rheumatology/keu386
- Daniëls, R., ;, Vogelzang, F., den Boer, J., & de Booy, M. (2016). *Gezamenlijke Besluitvorming over doelen en zorgafspraken* Retrieved from [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/handreiking\\_gezamenlijke\\_besluitvorming\\_boek\\_2017\\_web.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf)
- Davis, R., Ziomkowski, M. K., & Velkamp, A. (2017). Everyday Decision Making in Individuals with Early-Stage Alzheimer's Disease: An Integrative Review of the Literature. *Res Gerontol Nurs*, *10*(5), 240-247. doi:10.3928/19404921-20170831-05
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, *27*(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
- Engst, C., Chhokar, R., Robinson, D., Earthy, A., & Yassi, A. (2004). Implementation of a Scheduled Toileting Program in a Long Term Care Facility: Evaluating the Impact on Injury Risk to Caregiving Staff. *AAOHN Journal*, *52*(10), 427-435. doi:10.1177/216507990405201005

- Friesen-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T., & Beurskens, A. J. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud*, *52*(1), 393-402. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012
- Galik, E. M., Resnick, B., Gruber-Baldini, A., Nahm, E. S., Pearson, K., & Pretzer-Abhoff, I. (2008). Pilot testing of the restorative care intervention for the cognitively impaired. *J Am Med Dir Assoc*, *9*(7), 516-522. doi:10.1016/j.jamda.2008.04.013
- Galik, E. M., Resnick, B., Hammersla, M., & Brightwater, J. (2014). Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. *Gerontologist*, *54*(6), 930-943. doi:10.1093/geront/gnt108
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D., Sloane, P., & Mor, V. (2014). Effect of the Bathing Without a Battle Training Intervention on Bathing-Associated Physical and Verbal Outcomes in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Crossover Diffusion Study. *J Am Geriatr Soc*, *62*(5), 797-804. doi:10.1111/jgs.12777
- Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study. *Contemporary Nurse*, *22*(1), 120-133. doi:10.5172/conu.2006.22.1.120
- Klein, K., Mulkey, M., Bena, J. F., & Albert, N. M. (2005). Clinical and psychological effects of early mobilization in patients treated in a neurologic ICU: a comparative study. *Crit Care Med*, *43*(4), 865-873.
- Laan, W., Zuithoff, N. P., Drubbel, I., Bleijenberg, N., Numans, M. E., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J. (2014). Validity and reliability of the Katz-15 scale to measure unfavorable health outcomes in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging*, *18*(9), 848-854. doi:10.1007/s12603-014-0558-5
- Lin, L. C., Huang, Y. J., Watson, R., Wu, S. C., & Lee, Y. C. (2011). Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(21), 3092-3101.
- Metzelthin, S. F., Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L. P., van den Heuvel, W. J. A., & Kempen, G. I. J. M. (2011). Psychometrische eigenschappen van drie screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *42*(3), 120-130. doi:10.1007/s12439-011-0022-5
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., . . . Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, *46*(1), 81-95.
- Mickus, M., Wagenaar, D. B., Averill, M., Colenda, C., Gardiner, J., & Luo, Z. (2002). Developing effective bathing strategies for reducing problematic behavior for residents with dementia: The PRIDE approach. *Journal of Mental Health and Aging*, *8*, 37-43.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., De Vet, H., . . . Mokkink, L. (2018). COSMIN methodology for systematic reviews of patient-reported outcome measures (PROMs). *User manual*, *78*(1).
- Oude Voshaar, M. A. H., ten Klooster, P. M., Taal, E., & van de Laar, M. A. F. J. (2011). Measurement properties of physical function scales validated for use in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*(1), 99. doi:10.1186/1477-7525-9-99
- Padula, C. A., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *J Nurs Care Qual*, *24*(4), 325-331. doi:10.1097/NCQ.0b013e3181a4f79b
- Post, M. W., Van Asbeck, F. W. A., Van Dijk, A. J., & Schrijvers, A. J. P. (1995). Nederlandse interviewversie van de Barthel-index onderzocht bij dwarslaesiepatiënten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, *139*, 1376-1376.



- Post, M. W., van de Port, I. G., Kap, B., & Berdenis van Berlekom, S. H. (2009). Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). *Clin Rehabil*, 23(10), 909-917. doi:10.1177/0269215509341524
- Post, M. W., Visser-Meily, J. M., & Gispén, L. S. (2002). Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score and the Barthel Index. *Clin Rehabil*, 16(2), 182-189. doi:10.1191/0269215502cr474oa
- Post, M. W., Willems, M., van de Port, I. G., van Berlekom, S. H., & de Jong, L. K. (2019). Handleiding USER. Reijneveld, S. A., Spijker, J., & Dijkshoorn, H. (2007). Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *J Clin Epidemiol*, 60(4), 382-388. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.02.022
- Slaughter, S. E., & Estabrooks, C. A. (2013). Optimizing the mobility of residents with dementia: a pilot study promoting healthcare aide uptake of a simple mobility innovation in diverse nursing home settings. *BMC Geriatrics*, 13(1), 110. doi:10.1186/1471-2318-13-110
- Sloane, P., Hoeffler, B., Mitchell, C., McKenzie, D., Barrick, A., Rader, J., . . . Zink, R. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 52(11), 1795-1804. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x?download=true>
- Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Moum, T., Briançon, S., Krol, B., Sanderman, R., . . . van den Heuvel, W. J. (1994). The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *American journal of public health*, 84(8), 1270-1273. doi:10.2105/ajph.84.8.1270
- Swinkels, R., Dijkstra, P. U., & Bouter, L. M. (2005). Reliability, validity and responsiveness of instruments to assess disabilities in personal care in patients with rheumatic disorders. A systematic review. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(1), 71-79.
- Thiessen, J., Stijn, A. H. J. M., Fengler, R. K. B., Post, M. W., & Visser-Meily, J. M. (2013). Gebruik USER in het verpleeghuis - Bruikbaarheid van de USER versus de barthelindex *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* Retrieved from <https://www.kcrutrecht.nl/wp-content/uploads/2018/09/User-in-verpleeghuis-tijdschr-v-ouderengen-2013.pdf>
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 52(6), 1107-1120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010
- Truglio-Londrigan, M., & Slyer, J. T. (2018). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The open nursing journal*, 12, 1-14. doi:10.2174/1874434601812010001
- van Halem, N., & Groot, S. (2016). Risicosignalering en het zorgproces. *Bijzijn XL*, 9(4), 27-34. doi:10.1007/s12632-016-0036-x
- Wells, D. L., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D., & Pringle, D. (2000). Special Series-Effects of an Abilities-Focused Program of Morning Care on Residents Who Have Dementia and On Caregivers. *J Am Geriatr Soc*, 48(4), 442-449.
- Zorg voor Beter Kennisplein. (2015). Verkorte Checklist Veilige Zorg. Retrieved from [https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Verkorte\\_checklist\\_Veilige\\_Zorg\\_Risicosignalering.pdf](https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Verkorte_checklist_Veilige_Zorg_Risicosignalering.pdf)