

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De implementatie van de Amsterdam IADL-vragenlijst op de geheugenpolikliniek

- ▶ Angela van der Putten-Toorenburg
- ▶ Niki Schoonenboom
- ▶ Anna-Eva Prick
- ▶ Roeslan Leontjevas
- ▶ Tim Vaessen
- ▶ Sietske Sikkes

- **Samenvatting** — Bij het stellen van de diagnose dementie is het van belang om cognitieve stoornissen in kaart te brengen en te bepalen in hoeverre deze stoornissen interfereren met het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse vaardigheden. De Amsterdam IADL-vragenlijst (A-IADL) kan hierbij een belangrijke rol spelen. In dit pilotonderzoek werd geëxploreerd wat de behoeften, bevorderende en belemmerende factoren zijn voor de implementatie van de A-IADL op een geheugenpolikliniek van een perifere topklinisch ziekenhuis. Hierbij werden zowel het perspectief van zorgverleners als het perspectief van naasten van patiënten onderzocht met diverse kwalitatieve onderzoeksmethoden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er zowel bij de naasten van patiënten als bij de betrokken zorgverleners behoefte is aan de A-IADL en dat hij een bruikbaar instrument kan worden geacht in het diagnostisch proces op een perifere geheugenpolikliniek.

Inleiding

Een zorgvuldige en tijdige diagnose geeft mensen met dementie en hun naasten toegang tot benodigde zorg en ondersteuning. Dit kan de kwaliteit van leven van zowel de persoon met dementie als de naasten bevorderen. Om de tijdige diagnostiek bij dementie te verbeteren worden patiënten met cognitieve klachten door de huisarts verwezen naar een van de geheugenpoliklinieken in Nederland (Huijsman e.a., 2020). Het stellen van de diagnose dementie is veelal een multidisciplinair proces waarbij er gebruikgemaakt kan worden van verschillende onderzoeken. Hierbij is

het conform de diagnostische criteria van belang om cognitieve stoornissen te meten en te bepalen in hoeverre deze stoornissen interfereren met het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten (American Psychiatric Association, 2013).

Bij een beginnende dementie zijn de complexe dagelijkse activiteiten (IADL) zoals koken, autorijden en het gebruik van apparaten aangedaan. In het begin kan dit nog subtiel zijn. Het is van belang om in het diagnostisch proces gebruik te maken van meetinstrumenten die gericht zijn op het meten van het IADL-functioneren zodat eventuele achteruitgang in kaart kan worden gebracht (Dubbelman, 2022). In de klinische praktijk worden informantenvragenlijsten zoals de Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (Jorm & Korten, 1988), voorgelegd aan een naaste partner, kind of familielid, het meeste gebruikt. Uit onderzoek kwam naar voren dat er bij dergelijke vragenlijsten vaak sprake is van beperkingen in psychometrische eigenschappen (Sikkes e.a., 2009). Daarnaast bleek er behoefte aan een vragenlijst die qua activiteiten beter aansloot bij de huidige technologische ontwikkelingen, zoals het gebruik van mobiele telefoon en de computer. Tevens is het met de huidige ontwikkelingen van het elektronische patiëntendossier steeds meer van belang dat vragenlijsten online kunnen worden ingevuld door de patiënt ter voorbereiding op het polikliniekbezoek.

Vanuit deze behoefte naar een nieuwe informantenvragenlijst is de Amsterdam IADL-vragenlijst (A-IADL) ontwikkeld (Sikkes e.a., 2012). De meetpretentie van deze vragenlijst is het in kaart brengen van problemen in het dagelijks leven bij beginnende dementie. De vragenlijst bestaat uit dertig vragen over dagelijkse activiteiten die de persoon met geheugenproblemen mogelijk heeft uitgevoerd in de afgelopen vier weken en heeft een maximale afnameduur van circa tien minuten. De naaste van de persoon met cognitieve klachten kan de vragenlijst zelfstandig digitaal invullen op bijvoorbeeld een tablet, er is een papieren versie beschikbaar indien digitale afname onmogelijk is. De digitale vragenlijst heeft als belangrijk voordeel dat hij adaptief is: vervolgvragen over activiteiten zullen alleen worden gesteld als de persoon met geheugenklachten de activiteiten ook daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Indien het gegeven antwoord te maken heeft met cognitieve problemen wordt het betreffende item meegerekend in de score. De berekende totaalscore wordt geschaald naar een T-score, waarbij lagere scores meer problemen in het dagelijks IADL-functioneren betekenen. Tevens kan de vragenlijst worden ingebouwd in een patiëntenportaal als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD), de score kan automatisch berekend worden waarna de resultaten voor de zorgverlener inzichtelijk zijn. De kwaliteit van de A-IADL werd in

verschillende validatiestudies onderzocht. Hieruit bleek de vragenlijst een valide en betrouwbaar instrument voor interferentie in het dagelijks leven (Sikkens e.a., 2019). Onderzoek bevestigde dat de A-IADL reeds in het voorstadium van dementie subtiele IADL-problemen aan het licht kan brengen (Jutten e.a., 2017).

Op basis van de besproken onderzoeken kan verondersteld worden dat de A-IADL een geschikt diagnostisch instrument is voor gebruik in een geheugenpoli-setting. Er werd echter tot op heden nog geen onderzoek gedaan naar hoe de A-IADL als digitaal meetinstrument kan worden geïntroduceerd en geïmplementeerd op een geheugenpolikliniek van een perifere ziekenhuis. Voor een succesvolle implementatie is het nodig om een goede analyse te maken van de doelen, doelgroep, determinanten en de context van de vernieuwing (Van der Linden, 2016). Het ZonMw implementatieplan (2022) is een voorbeeld van een online tool waarin stapsgewijs analyses van de vernieuwing gemaakt kunnen worden. Deze kunnen leiden tot een goed onderbouwd implementatieplan.

Het doel van het huidige onderzoek is om te onderzoeken wat de behoeften zijn ten aanzien van de implementatie van de digitale A-IADL op een perifere geheugenpolikliniek. Daarnaast beoogt dit onderzoek meer inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die van invloed kunnen zijn op de implementatie.

Methode

Deelnemers

Het perspectief van zes medisch specialisten, een klinisch neuropsycholoog en twee GZ-psychologen werd onderzocht; allen werkzaam en verantwoordelijk voor de patiëntenzorg op de geheugenpolikliniek van het Spaarne Gasthuis. Tevens werd het perspectief van tien naasten van patiënten meegenomen. Patiënten werden verwezen door de huisarts, specialisten ouderengeneeskunde of andere medisch specialisten in de periode april tot juni 2022. De patiënten en naasten werd achtereenvolgens gevraagd om mee te doen met het onderzoek. De diagnose was hierbij niet van belang. Demografische gegevens van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1 (p. 203).

TABEL 1 Demografische gegevens van deelnemers

	Patiënten (n = 10)	Naasten van patiënten (n = 10)	Medisch specialisten (n = 9)
Geslacht			
Man	5	5	3
Vrouw	5	5	6
Leeftijd in jaren			
Min.	49	48	33
Max.	77	84	51
Mediaan	71,50	72,50	39
Opleidingsniveau Verhage			
Laagopgeleid	4	3	
Hoogopgeleid	6	7	
Specialisme			
Klinisch geriater			3
Neuroloog			2
Klinisch neuropsycholoog			1
GZ-psycholoog			2
Ouderenpsychiater			1

Meetinstrumenten

Zorgverleners *Oriënterend face-to-face-interviewprotocol* Zorgverleners waren nog niet bekend met afname en interpretatie van de A-IADL, om die reden werd bij aanvang van het oriënterende face-to-face-interview de vragenlijst door de onderzoeker geïntroduceerd met een korte demonstratie. In het oriënterende face-to-face-interview werden vragen gesteld om te bepalen welke determinanten de implementatie van de A-IADL op de geheugenpolikliniek zouden kunnen beïnvloeden. Het interviewprotocol werd gebaseerd op onderdelen van het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) (Fleuren e.a., 2012). Een voorbeeldvraag is ‘Past de vragenlijst in de huidige werkwijze op de geheugenpolikliniek?’

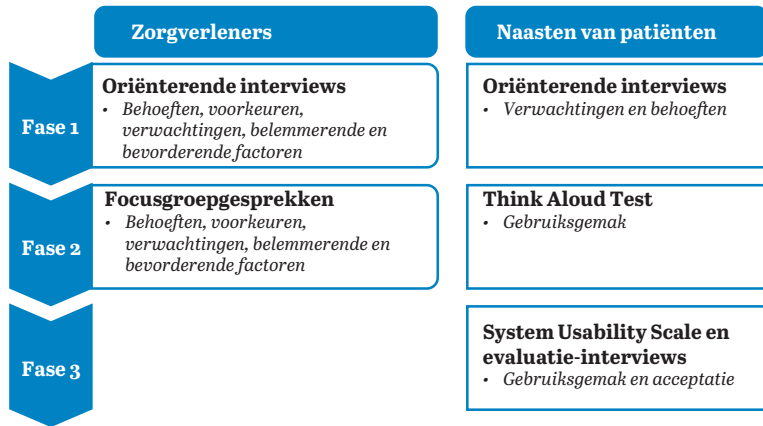
Focusgroep-interviewprotocol De topics die uit de vijf face-to-face-interviews naar voren kwamen en de vijf fasen van een implementatieproces zoals die door Grol en Wessing (2006) zijn beschreven, vormden de basis voor het focusgroepprotocol. Een voorbeeldvraag is: 'Denkt u dat u de A-IADL-vragenlijst in de toekomst zou willen gebruiken?'

Naasten van patiënten Oriënterend face-to-face-interviewprotocol Het oriënterende interview werd afgenomen om in kaart te brengen of naasten van patiënten behoefte hadden om ter voorbereiding van de afspraak op de geheugenpolikliniek een digitale A-IADL-vragenlijst in te vullen. Tevens werd er gevraagd naar de verwachtingen die zij hebben van een dergelijke vragenlijst. Een voorbeeldvraag is: 'Als er een mogelijkheid bestaat om de vragenlijst digitaal via het patiëntenportaal in te vullen, zou u hier gebruik van willen maken?'

Think Aloud Test Het gebruiksgemak van de digitale A-IADL werd vastgesteld door de bruikbaarheid, toegankelijkheid, effectiviteit, efficiëntie en beleving te onderzoeken. De Think Aloud Test (Nielsen & Yssing, 2004) werd gebruikt om een beeld te krijgen van het gedrag en de denkprocessen bij de naaste tijdens het invullen van de digitale vragenlijst; de deelnemer werd uitgenodigd om directe gedachten tijdens het invullen van de A-IADL hardop uit te spreken.

System Usability Scale (SUS) De System Usability Scale (SUS) is een korte vragenlijst waarin naasten van patiënten kunnen aangeven in hoeverre ze de digitale A-IADL prettig in gebruik vonden (Brooke, 1996). Deelnemers werd gevraagd om tien stellingen te beoordelen. Een voorbeeldstelling is: 'Ik voelde me erg vertrouwd met het systeem.' Dit levert een enkel getal dat de samengestelde maat is voor de algehele bruikbaarheid van de digitale A-IADL. Een SUS-score boven de 68 wordt volgens de literatuur als gemiddeld beschouwd (Usability.gov, 2020).

Evaluatie face-to-face-interviewprotocol In een kort interview werd deelnemers gevraagd naar de attitude, het gebruiksgemak en de voor- en nadelen van de digitale A-IADL. Het interviewprotocol werd samengesteld op basis van de Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991): deze theorie beschrijft hoe de intentie tot het gebruik van de A-IADL beïnvloed kan worden. De vragen zijn ingedeeld in de categorieën: lay-out, gebruiksvriendelijkheid, inhoud en algemeen. Een voorbeeldvraag is: 'Wat was uw eerste indruk van de digitale vragenlijst?'



FIGUUR 1 Schematische weergave huidig onderzoek

Procedure

De betrokken zorgverleners werden per e-mail benaderd door de onderzoeker. Zij ontvingen een informatiebrief en een informed consent. Na opgave werd een oriënterend face-to-face-interview ingepland op de geheugenpolikliniek, dit duurde maximaal 45 minuten. De twee focusgroepgesprekken vonden ook plaats op de geheugenpolikliniek en deze duurden maximaal een uur. Bij aanvang van beide gesprekken werd er toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Deelname was ook mogelijk zonder geluidsopname.

In de periode april-juni 2022 werden achtereenvolgens veertig patiënten schriftelijk benaderd met de vraag of de onderzoeker contact mocht opnemen in verband met deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Bij getoonde interesse werd door de onderzoeker een informatiebrief met informed consent naar de patiënt verzonden. Bij toestemming werd er een afspraak met de onderzoeker in het bezoek aan de geheugenpolikliniek geïntegreerd. Aan de deelnemers werd bij aanvang van het onderzoek om toestemming gevraagd het gesprek op te nemen. Deelname was ook mogelijk zonder geluidsopname.

Analyse

Voor het interpreteren van de gegevens uit de oriënterende interviews, focusgroepgesprekken en evaluatie-interviews werd gebruikgemaakt van de Thematische analyse (TA) (Braun & Clarke, 2006). De interviews en

focusgroepgesprekken werden getranscribeerd en ingevoerd in Nvivo (Hoover & Koerber, 2011), een softwareprogramma voor sociaalwetenschappelijk kwalitatief onderzoek. Vervolgens werden secties van de teksten door onderzoekers voorzien van een code. Van deze codes werd een codeerschema gemaakt waar alle relevante tekstfragmenten onder konden worden gebracht. De derde stap was om te thematiseren: het zoeken naar potentiële overkoepelende thema's. Vervolgens werden de thema's verfijnd en ten slotte werden de verbanden tussen de thema's en de betekenis in relatie tot elkaar vastgesteld.

De Think Aloud Test werd eveneens via TA geanalyseerd, maar hierbij werden de codes op deductieve wijze verwerkt met het coderingsschema van Alfing (2014). De kwantitatieve analyses werden uitgevoerd met SPSS-versie 27 van IBM. Dit zijn de beschrijvende statistieken die werden berekend voor alle sociodemografische variabelen en SUS-scores.

Resultaten

Het perspectief van medisch specialisten, de klinisch neuropsycholoog en GZ-psychologen

Uit zowel de oriënterende interviews als de focusgroepgesprekken komt naar voren dat alle deelnemende zorgverleners ($n = 9$) behoefte hebben aan een extra gestructureerde vragenlijst ter ondersteuning van de diagnostiek. In de oriënterende interviews werd de behoefte genoemd aan het gestructureerd uitvragen van de moderne activiteiten gerelateerd aan hedendaagse technologie zoals het gebruik van een mobiele telefoon en digitale televisie. De behoefte aan de vragenlijst werd ook in de focusgroepen genoemd bij casussen waarbij er binnen het multidisciplinaire overleg discussie ontstaat of er sprake is van MCI (lichte cognitieve stoornis) of een dementie bij een patiënt. Deelnemers benoemden hierbij als belangrijke doelgroep de groep patiënten jonger dan zeventig jaar die de geheugenpolikliniek bezoeken:

'Soms is het dus zo dat je te laat bent met een interventie of dat mensen toch later terugkomen en dan blijkt dat er toch wel meer aan de hand is. En dan gaat het opvallend genoeg vaak om jonge mensen. Want het is moeilijk vast te stellen bij jonge mensen of er interferentie is omdat het toch vaak wel heel subtiel is.' (Deelnemer B)

Alle deelnemers gaven aan dat er voldoende draagvlak onder de betrokken zorgverleners is om de A-IADL te implementeren in de huidige werkwijze van de geheugenpolikliniek. Het merendeel van de deelnemende

zorgverleners verwachtte dat een gedegen onderbouwing en de inzet van gemotiveerde kartrekkers kan helpen bij een succesvolle implementatie op de geheugenpolikliniek.

Uit zowel de face-to-face-interviews als de focusgroepgesprekken bleek uit de antwoorden van de deelnemers een voorkeur om de digitale versie van de A-IADL voor de afspraak aan de geheugenpolikliniek door het afdelingssecretariaat te laten klaarzetten in het patiëntenportaal, waarna hij thuis ingevuld kan worden. Door alle deelnemers werd het gebruiksvriendelijk inbouwen van de digitale vragenlijst in het EPD als belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie genoemd: na het invullen worden de resultaten bij voorkeur automatisch gescoord en zijn de resultaten voor de betrokken zorgverleners zichtbaar in het EPD. Daarnaast spraken de meeste deelnemers de voorkeur uit om naasten van patiënten die geen gebruikmaken van het patiëntenportaal de mogelijkheid te bieden de digitale vragenlijst met ondersteuning op een tablet op de geheugenpolikliniek in te vullen. Hierin wordt een actieve praktische rol van bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist gezien.

Vanuit het perspectief van betrokken zorgverleners werden efficiëntie en tijdswinst frequent benoemd als een van de belangrijkste voordelen om de vragenlijst in de praktijk te gaan gebruiken. Dit komt volgens alle deelnemers aan de focusgroepen tegemoet aan de behoefte om meer tijd in de spreekkamer te kunnen nemen voor betere uitleg en overleg met patiënten en naasten. Daarnaast zagen alle deelnemers de kans voor patiënten en naasten om zich op de afspraak op de geheugenpolikliniek voor te bereiden als belangrijk voordeel:

‘De anamnese wordt korter en minder confronterend. Ik denk dat het voordeel vooral is dat je dan tijd hebt om toe te lichten hoe de geheugenpoli werkt en dat we patiënten en naasten meenemen in het hele proces’ (Deelnemer A)

Tevens waren er deelnemers die door de implementatie van de A-IADL mogelijkheden zien om de huidige werkwijze op de geheugenpolikliniek te optimaliseren: minder aanvragen van neuropsychologisch onderzoek en minder patiënten die hoeven te worden besproken in het multidisciplinair overleg. Volgens het merendeel van de deelnemers aan het tweede focusgroepgesprek zou de vragenlijst ook kunnen ondersteunen bij de follow-up van patiënten met MCI:

‘Dat de mensen met MCI voor een controleafspraak weer die lijst thuis krijgen. Sterker nog, dan kan het zelfs helpen om te kijken: moet deze patiënt wel op controle komen of nog niet.’ (Deelnemer G)

Als voornaamste beperking van het gebruik van de A-IADL werd het mogelijke gebrek aan digitale vaardigheden van de populatie die de geheugenpolikliniek bezoekt, genoemd. Ook het niet gebruikmaken van het digitale patiëntenportaal werd als grote belemmering gezien. Een derde door de deelnemers veel genoemde belemmering is dat te vragenlijst te veel en te specifieke vragen bevat waardoor de naasten van patiënten wellicht afhaken. In huidig onderzoek bleek dit echter niet het geval te zijn. Als belangrijkste risico's van de A-IADL werden door alle deelnemers privacy en digitale veiligheid genoemd. Deelnemers uitten hun zorgen over hoe de digitale vragenlijst aan de naaste van de patiënt zal worden aangeboden: indien de vragenlijst wordt aangeboden via het EPD van de patiënt kan hij alleen ingevuld worden via de DigiD van de patiënt.

Het perspectief van naasten van patiënten

Uit de oriënterende face-to-face-interviews kwam naar voren dat het merendeel ($n = 9$ van 10) van de deelnemers behoefte heeft aan het invullen van een digitale vragenlijst ter voorbereiding van een afspraak op de geheugenpolikliniek. Naasten spraken de voorkeur uit om er thuis rustig de tijd voor te kunnen nemen. Het merendeel van de deelnemers verwachtte geen behoefte te hebben aan ondersteuning bij het invullen van de digitale vragenlijst. Hierbij spraken deelnemers uit aan te nemen dat er bij naasten van een hogere leeftijd wellicht meer behoefte aan ondersteuning bij het invullen van de digitale vragenlijst zal zijn. Ten slotte spraken vier deelnemers de voorwaarde uit om de lay-out van de digitale vragenlijst te kunnen aanpassen naar de voorkeur van degene die het invult:

‘Een vragenlijst moet qua lay-out aan te passen zijn naar de voorkeuren van de mensen: grote letter, misschien ook de mogelijkheid van gesproken tekst.’ (Deelnemer 4)

Het merendeel van de deelnemende naasten ($n = 8$ van 10) spraken de verwachting uit dat de A-IADL van meerwaarde is voor de arts die ze tijdens het bezoek aan de geheugenpolikliniek zullen consulteren. Een tweede verwachting die frequent werd benoemd is mogelijke tijdswinst: naasten spraken de verwachting uit dat er meer tijd over zou blijven voor het gesprek met de arts.

Vanuit het perspectief van de naasten kwamen er geen problemen of incidenten naar voren tijdens het invullen van de digitale vragenlijst. De layout sprak het merendeel van de deelnemende naasten aan, met name de eenvoud, overzichtelijkheid en toegankelijkheid werden hierbij benoemd. Alle deelnemers waren tijdens het invullen positief over het gebruiksgemak, ook de deelnemers die in het dagelijks leven weinig gebruikmaken van digitale middelen. De inhoud van de digitale vragenlijst werd tijdens het invullen positief beoordeeld door de deelnemers. Zeven deelnemers waren verrast dat het beantwoorden van de vragen digitaal zo vlot verliep. Meerdere deelnemers waren tijdens de evaluatie kritisch over de ordening van de vragen en de categorieën:

‘Als een algemene categorie is uitgevraagd zoals “Heeft u moeite met het gebruik van apparaten?” en dat is niet het geval dan zou je niet nog eens alle specifieke apparaten moeten uitvragen.’ (Deelnemer 10)

De A-IADL werd door de deelnemers met de System Usability Scale (SUS) beoordeeld op gebruiksvriendelijkheid. De SUS-scores van de tien deelnemers lagen tussen de 35 en 97,50 (*Mediaan* = 82,50). Opvallend bij de scores van de SUS is dat acht deelnemers het item ‘zelfverzekerdheid’ de hoogste score hebben gegeven. Het item ‘de tevredenheid over het gebruik’ werd door zes deelnemers als hoogste gescoord en acht deelnemers gaven aan geen ondersteuning bij het invullen nodig te hebben. De vragenlijst werd door zes deelnemers als niet onnodig ingewikkeld ervaren.

Discussie en conclusie

Uit huidig onderzoek blijkt dat vrijwel alle deelnemers behoefte hebben aan het digitaal invullen van de A-IADL in de thuissituatie. De vragenlijst kan worden ingebouwd in het patiëntenportaal, de score kan automatisch berekend worden en is zichtbaar in het EPD. Een belangrijke beperking hierbij kan zijn dat patiënten en naasten die de geheugenpolikliniek bezoeken niet de digitale vaardigheden hebben om de A-IADL ter voorbereiding zelfstandig digitaal thuis in te vullen. Deelnemers aan huidig onderzoek suggereren om een mogelijkheid aan te bieden om de A-IADL op de geheugenpolikliniek in te vullen op een tablet met ondersteuning van bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist.

Als belangrijkste voordeel van het thuis digitaal online invullen worden zowel door de naasten van patiënten als de betrokken zorgverleners een aanzienlijke tijdwinst, de mogelijkheid zich voor te bereiden en daarmee

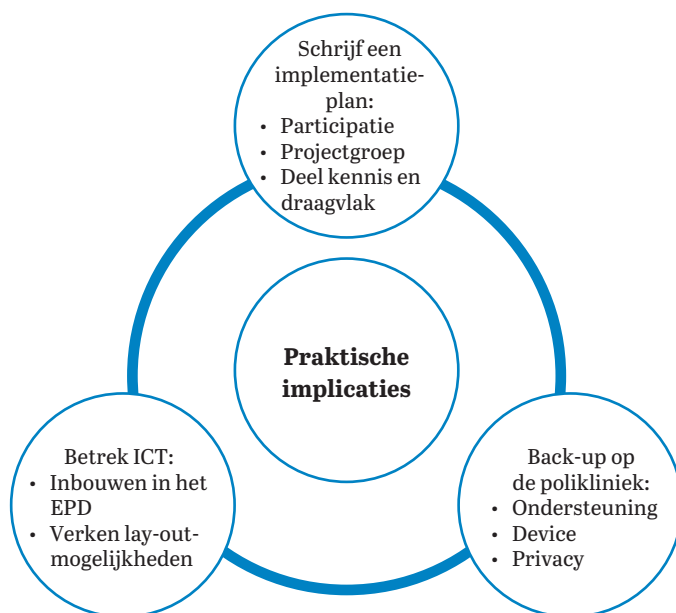
meer mogelijkheden om te participeren in de besluitvorming genoemd. Samen beslissen (Kramer e.a., 2020) is volgens de literatuur een proces waarbij beslissingen over diagnostiek en behandeling gemaakt worden door patiënt, naasten en zorgverleners. Patiënten en naasten benoemen met name dat er door het gebrek aan consulttijd minder gelegenheid is voor het stellen van vragen, het uiten van zorgen en steun zoeken bij het nemen van medische beslissingen (Frosch e.a., 2012). Als patiënten en naasten zich goed voorbereiden op een afspraak met een zorgverlener kunnen zij beter samen beslissingen nemen. Binnen deze overgang in de zorg naar meer participatie van patiënten en naasten zou de implementatie van een digitale vragenlijst zoals de A-IADL op een perifere geheugenpolikliniek een belangrijke rol kunnen spelen. De deelnemende zorgverleners spraken de verwachting uit dat er voldoende positief draagvlak is onder de betrokkenen om de A-IADL te implementeren in de huidige werkwijze van de geheugenpolikliniek. Het merendeel van de deelnemende zorgverleners geeft aan dat het voor het verdere verloop van het implementatieproces van belang is om de implementatie te kunnen onderbouwen en om gemotiveerde kartrekkers in te schakelen.

Een van de sterke punten van het huidige onderzoek is dat er specifiek werd getracht een vertaalslag te maken om een nieuw meetinstrument toepasbaar te maken in de klinische praktijk. Dit werd in kaart gebracht door middel van kwalitatief onderzoek. Een ander sterk punt zijn de heterogene onderzoeksgroepen: de deelnemende zorgverleners waren heterogeen en werkzaam in diverse specialismen. De patiënten en naasten waren divers en vormden een reële afspiegeling van de populatie die voor een eerste afspraak naar een geheugenpolikliniek van een perifere ziekenhuis wordt verwezen. Bij de interpretatie van de resultaten moeten ook de beperkingen in overweging worden genomen. Een beperking van het huidige onderzoek is dat het een kleine steekproef betreft. Dit maakt generalisatie mogelijk beperkt. De vragenlijst is echter reeds in 28 talen beschikbaar en in verschillende landen vindt er onderzoek plaats naar cross-culturele adaptatie en validatie (Stringer e.a., 2021). Ten tweede kan er sprake zijn van een interviewer-bias: de invloed van de interviewer op het sociaal wenselijk antwoorden van de respondent. Dit hebben we proberen te ondervangen door met interviewguides te werken.

Klinische implicaties en aanbevelingen

De belangrijkste praktische implicatie van dit onderzoek is om vroegtijdig de applicatiebeheerder van het elektronisch patiëntendossier bij de

implementatie te betrekken om de A-IADL te laten inbouwen in het EPD. Hierbij is het belangrijk om de A-IADL automatisch te laten scoren en het resultaat eenvoudig zichtbaar te maken in het dossier. De applicatie van de A-IADL zou qua lay-out kunnen worden aangepast naar de persoonlijke voorkeur van de naasten van de patiënt. Hierbij valt te denken aan een grotere letter of een gesproken tekstmogelijkheid. Ten tweede zal voor de naasten van patiënten die geen gebruikmaken van het patiëntenportaal, een voorziening op de geheugenpolikliniek moeten worden geboden om de A-IADL met hulp in te vullen.



FIGUUR 2 Schematische weergave praktische implicaties

Een derde punt heeft betrekking op het feit dat voor een succesvolle implementatie van de A-IADL op een geheugenpolikliniek van een topklinisch ziekenhuis een analyse met een implementatieplan van groot belang is. Belangrijk is om in een vroeg stadium alle medewerkers te betrekken die met de A-IADL op de geheugenpolikliniek moeten gaan werken. Hierbij kan overwogen worden om een projectgroep samen te stellen die samenwerkt aan een gedegen implementatieplan. De praktisch onderbouwde tool van ZonMW (2022) kan hierbij ondersteunend zijn.

Angela van der Putten-Toorenburg Klinische- Neuro en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; De Zorgcirkel, regio Noord-Kennemerland, e-mail: a.vander.putten-toorenburg@vu.nl.

Niki Schoonenboom Afdeling Neurologie, Spaarne Gasthuis, Haarlem en Hoofddorp.

Anna-Eva Prick Faculteit Psychologie, Open Universiteit, Heerlen; Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Roeslan Leontjevas Faculteit Psychologie, Open Universiteit, Heerlen; Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen.

Tim Vaessen Departement Cognitieve Neuropsychologie, Tilburg University; Alzheimercentrum Amsterdam, Afdeling Neurologie, Amsterdam Neuroscience, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam UMC.

Sietske Sikkes Klinische Neuro en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; Alzheimercentrum Amsterdam, Afdeling Neurologie, Amsterdam Neuroscience, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam UMC.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Alfing, J. (2014). *Zelfmanagement & e-health bij patiënten met een chronische aandoening: Onderzoek naar het gebruik van Mijn Gezondheidsplatform in het bevorderen van zelfmanagement* University of Twente.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brooke, J. (1996). SUS – A 'quick and dirty' usability scale. In: P. W. Jordan, B. Thomas, I. L. McClelland & B. Weerdmeester (red.), *Usability evaluation in industry* (pp.189-194). Taylor & Francis.
- Dubbelman, M. A. (2022). *For good measure: Detecting and defining changes in everyday functioning in Alzheimer's disease and related disorders*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Flourens, M., Paulussen, T., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2012). *Meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI)*. TNO.
- Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff (Millwood)*, 31(5), 1030-1038.
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoover, R., & Koerber, A. (2011). Using NVivo to answer the challenges of qualitative research in professional communication: Benefits and best practices tutorial. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 54, 68-82. <https://doi.org/10.1109/TPC.2009.2036896>.
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., & Döpp, C. (2020). *Zorgstandaard Dementie 2020: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers*.
- Jorm, A. F., & Korten, A. E. (1988). Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *The British Journal of Psychiatry*, 152(2), 209-213.
- Jutten, R. J., Peeters, C. F. W., Leijdesdorff, S. M. J., Visser, P. J., Maier, A. B., Terwee, C. B., Scheltens, P., & Sikkes, S. A. M. (2017). Detecting functional decline from normal aging to dementia: Development and validation of a short version of the

- Amsterdam IADL Questionnaire. *Alzheimer's Dementia*, 8, 26-35.
- Kramer, P., Damhuis, E., & Verhue, D. (2020). *Samen beslissen*. Kantar.
- Nielsen, J., & Yssing, C. (2004). *What kind of information does an HCI expert want? On concurrent usability testing*. Proceedings of the Fourth Danish HCI Research Symposium.
- Sikkes, S. A., De Lange-de Klerk, E. S., Pijnenburg, Y. A., Gillissen, F., Romkes, R., Knol, D. L., Uitdehaag, B. M., & Scheltens, P. (2012). A new informant-based questionnaire for instrumental activities of daily living in dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 8(6), 536-543.
- Sikkes, S. A., De Lange-de Klerk, E. S., Pijnenburg, Y. A., Scheltens, P., & Uitdehaag, B. M. (2009). A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: Room for improvement. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 80(1), 7-12.
- Sikkes, S. A. M., Dubbelman, M. A., Verrijp, M., Jutten, R. J., Gillissen, F., Pijnenburg, Y. A. L. P., & Scheltens, P. (2019). Het meten van problemen in het dagelijks leven bij beginnende dementie: De Amsterdam IADL-vragenlijst. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 14(2), 126-137.
- Stringer, G., Leroi, I., Sikkes, S. A. M., Montaldi, D., & Brown, L. J. E. (2021). Enhancing 'meaningfulness' of functional assessments: UK adaptation of the Amsterdam IADL questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 33(1), 39-50.
- Usability.gov. (2020). *System Usability Scale (SUS)*. <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>.
- Van der Linden, B.A. (2016). *Implementatie: Vakgebied dat volwassen wordt*.
- ZonMw. (2022). *Maak zelf een implementatieplan*. <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/#c9723>.