



Kennisinfrastructuur Langdurige Zorg

10 februari 2020



ZOEK HET UIT!

Hoe kunnen we de samenwerking tussen de zorgpraktijk en de kennis en know how van de wetenschap bereiken? Daar draait het vandaag bij het congres Zoek het uit! om. Na het welkom van dagvoorzitter Lennart Booij, vraagt hij zich af hoe we ervoor kunnen zorgen dat de ontmoeting tussen praktijk en kennis geen toevallige ontmoetingen blijven.

Booij: "Ook over die vraag buigen we ons vandaag. Misschien bent u zelf ook wel eens betrokken bij een academische werkplaats, of wilt u die samenwerking juist zoeken. Vandaag zult u voorbeelden horen van hoe wetenschappers aankijken tegen de praktijk, en hoe die wordt geanalyseerd. Met die wetenschappers kunt u in gesprek gaan. In die overdracht tussen praktijk en wetenschap, is nog een grote slag te slaan."

"Soms zit de kennis in hele kleine teams, maar weet de rest het nog niet. Soms is een ontwikkeling zo belangrijk, dat u het wel van de daken wilt schreeuwen maar u en uw team niet weten hoe. Hoe dat het beste kan, hopen we vandaag te horen om cliënten uiteindelijk de best mogelijk zorg te kunnen geven. Hij geeft het woord aan longarts Sander de Hosson.



EÉN MEDICIJN KAN ALTIJD: TROOST

Sander de Hosson, longarts in Assen, schreef het boek 'Slotcouplet' over palliatieve zorg, schrijft er regelmatig blogs over en twittert erover. Want, 'palliatieve zorg hoort in de spotlights', vindt hij. Er zijn, is uiteindelijk waar het allemaal om draait.

De Hosson begint voor te lezen uit een interview met acteur Joost Prinsen, die het sterven van zijn vrouw Emma beschrijft. Zij weigerde een operatie in de palliatieve fase, want schreef Joost Prinsen: ze beschouwde de dood als een welkome vriend en hield zelf graag de regie. Haar darmen gingen wonderwel weer functioneren, terwijl haar ziekte bleef huishouden. 'Nu was ze te goed om te sterven maar te slecht om te leven. Dit was Niemandland. Emma, gesteund door onze kinderen en mijzelf, smeekte om een einde te maken aan dit Niemandland.' Maar de regels en protocollen verhinderden de artsen om aan die smeekbede te kunnen voldoen. Toen Emma stierf, hield Joost Prinsen haar hand vast: 'Ik heb nooit geweten dat het vasthouden van een hand van een stervende zo intiem kon zijn', schreef hij.

Sander de Hosson werd geraakt door Prinsens verhaal. "Altijd hebben wij als palliatieve zorgverleners de ruimte om het sterven te verlichten. De regels zijn in stervensland niet altijd duidelijk, het is een land van grijstinten en soms zelfs een dor Niemandland. Dan worden wij als zorgverleners koorddansers."

Soms is Hosson die koorddanser zelf. "Tegelijkertijd ben ik ook de aanhoorder

van het verhaal van Prinsen. Er had krachtiger ingegrepen kunnen worden, ook al kende ik de artsen niet. Maar het deed mij ook realiseren: soms is niets duidelijk tijdens een stervensproces.” Altijd kan de stervende bekrachtigd worden, zegt De Hosson, en kunnen artsen compassie tonen. Want als alles onzeker is, is er altijd nog de liefde, zoals de hand van Prinsen, zegt hij.



Een citaat uit de zestiende eeuw is voor De Hosson daarom nog altijd actueel: ‘Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten maar altijd troost bieden’. De Hosson: “Vaak ben ik in mijn werk bezig met verlichtingskunde. Eén medicijn kan altijd: troosten. Of compassie tonen. Dat zal hier voor velen van jullie een leidraad in jullie werk zijn.”

Nog een anekdote uit de praktijk. “Laatst behandelde ik een man met eindstadium COPD. Op een ochtend vertelde ik dat aan hem. Hij zei: ‘Akkoord, ik ga dood. Ik wil graag nog één ding. Dat mijn hond hier komt.’ Ik regelde dat. Dus die hond loopt de afdeling op, rent naar zijn baasje, springt bovenop het bed en de katheterzak zwiept door de ruimte. De man stierf dezelfde avond met zijn hond naast hem. Ik vond het zo mooi en eigenlijk ook zo bevreemdend dat nog nooit iemand mij dat had gevraagd. Nu bieden we dat gewoon aan en is het al vaker gebeurd. Dit is precies de compassie die ik in mijn werk wil toevoegen.”

De Hosson legt uit dat er een aantal interventies zijn binnen de eindfase in de palliatieve zorg, die holistisch is. Die interventies beginnen bij symptoombestrijding, daarna volgt palliatieve sedatie, acute palliatieve sedatie en kan uiteindelijk eindigen bij euthanasie. Maar de belangrijkste interventie is en blijft: er zijn, stelt De Hosson. Ooit rende Hosson door de zalen van het

ziekenhuis naar een patiënt waar hij acute palliatieve sedatie moest toepassen. Zijn co-assistent zei toen: 'slaap zacht'. "Ze bleef erbij. Ze was er."



LEER ELKAARS TAAL KENNEN!

Er is ongelooflijk veel technologie beschikbaar, maar hoe kan technologie nu het welzijnsdomein versterken? We worden steeds ouder, en daardoor krijgen we als zorgprofessionals steeds meer te maken met veel andere aandoeningen en chronische ziekten en daardoor hebben we ook te maken met stijgende zorgkosten. “Als we op dezelfde manier doorgaan moet binnenkort één op de vier mensen in de zorg werken,” stelt Marjolein den Ouden. In deze inleiding neemt ze ons mee in de nieuwe wereld van zorg en technologie.

Op het scherm is een foto te zien van De Nachtwacht, met daarnaast op het bankje een groepje jongeren die niet naar het schilderij kijken, maar op hun telefoon. “Kijk,” zegt Den Ouden, “bij deze situatie is het belangrijk om je af te vragen wat deze deze scholieren nu eigenlijk aan het doen zijn. Het is namelijk in dit geval zo dat ze op de telefoon over diezelfde Nachtwacht informatie krijgen. Dit voorbeeld is in een notendop het uitgangspunt van innovatie: je inleven in andere perspectieven en zo jezelf ontwikkelen.”

Scan mij

Den Ouden gaat dieper in op de meerwaarden van het werken met een interdisciplinaire groep. Op het scherm is een afbeelding te zien van een publicatie van een onderzoek dat Scan Mij heet. We zien een oudere dame én een robot graffiti spuiten op een muur: “Vanuit de studenten uit de interdisciplinaire groep waarmee we dit onderzoek deden, kregen we terug dat het allemaal heel leuk is: zo’n boekje, maar dat ze dat toch niet gingen lezen.

Het was dus van belang om ook na te denken over hoe een doelgroep getriggerd wordt. Hoe bereik je nou je publiek? “Hoe kun je in verschillende vormen kennis teruggeven? Via een filmpje of infographics: op zichzelf staand of ter aanvulling van een wetenschappelijk artikel. Of neem bijvoorbeeld het inzetten van 3D-printen in ziekenhuizen. Die technologie kun je ook gebruiken voor voorlichting, als je bijvoorbeeld goed wilt kunnen laten zien waar een tumor in een lichaam zit.”



Briljante mislukkingen

Waar loop jij als zorgverlener tegenaan en hoe kun je daar een technologie aan matchen? “Leer elkaars taal kennen! We zijn allemaal burger en inwoner. Delen in goede voorbeelden is natuurlijk goed, maar wat veel interessanter is: deel de briljante mislukkingen met elkaar! Dan kunnen we de volgende stap nemen.” Start altijd bij elkaars taal leren spreken!

Technologie is iets dat wordt gepresenteerd als kant-en-klaar product, maar Den Ouden drukt de luisteraars op het hart dat onderzoekers het liefst de gebruiker in de ontwikkeling willen betrekken: “De tussenresultaten kunnen we in een wetenschappelijk artikel zetten, maar is het niet veel leuker om deze vorm te geven in een infographic? Dan kan iedereen meelesen en het begrijpen.”

Van elkaar leren

Hoe kunnen we als wetenschapper meer geworteld raken in de praktijk? “Ben je in staat je te verdiepen in een ander? Zonder oordeel? Ik ben als onderzoeker gewend om alle variabelen te minimaliseren, maar daar zit juist

de brug tussen wetenschap en praktijk!"

Den Ouden haalt een citaat aan: "Tell me and I forget, teach me and I remember, involve me and I learn. Dus maak gebruik van alle expertise die je om je heen hebt! Zo kunnen verschillende vakgebieden elkaar veel beter leren kennen vanuit de eigen expertise, en dat levert weer veel inspiratie op." Hoe maak je dus de optimale match tussen mens en technologie? "Dat gaat alleen maar samen," sluit Den Ouden af. Zodat we dingen buiten het individuele trekken en zo echt samen een samen een stap kunnen maken.





HANDJES IN DE LUCHT VOOR DE GRANNIES

Nog voordat het officiële programma van start gaat, gaan de handjes de lucht in.

De Granny Hip Hop Crew laat haar vetste moves zien en de aanwezigen dansen mee. Welkom bij Zoek het uit!









Karlijn Kwint over het Vilans-onderzoek naar kennisbehoefte zorgmedewerkers

WAT WIL JIJ WETEN?

Hoe kun je zo goed mogelijk omgaan met onbegrepen gedrag bij ouderen? Hoe kun je dementie bij cliënten met een verstandelijke beperking herkennen? Het zijn slechts twee van de 1222 onderzoeksvragen die Vilans in 2019 ophaalde bij medewerkers in de zorg. Programmaleider Karlijn Kwint legt uit hoe Vilans tot een selectie kwam, en wat er verder met de opgehaalde vragen wordt gedaan.

In opdracht van het ministerie van VWS inventariseerde Vilans het afgelopen jaar welke zorgvragen er bij medewerkers in de langdurige zorg leefden. Vilans haalde de vragen op bij congresbezoekers, informatielijnen, via online vragenlijsten, chatbots en grijze literatuur zoals de vizier-rapporten. Uiteindelijk kwamen de onderzoekers tot 1.222 binnen scope-vragen: 401 vragen die specifiek over de ouderenzorg gingen, 647 vragen over de gehandicaptenzorg en 174 vragen die op beide van toepassing zijn.

Door de kennisvragen te categoriseren, samen te voegen en te herformuleren beperkte Vilans het aantal vragen verder. Drie thema's kwamen overeen tussen sectoren en disciplines, vertelt Kwint. De complexe, meervoudige zorgvragen, gedragsproblemen en vragen over opleidings- en deskundigheidsbevordering.

Twee top tiens

Vilans bracht een prioritering aan op basis van vragenlijsten aan medewerkers. 619 ouderenzorgmedewerkers en 597 gehandicaptenzorgmedewerkers vulden die in. Wat vinden zij de belangrijkste vragen? Op basis daarvan werd voor elke sector een top 10 opgesteld, die je

onderaan dit artikel vindt.

ZonMw, de organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, kan deze onderzoeksvragen uitzetten. Kwint: "Wij gaan de antwoorden vervolgens vertalen in praktische kennis, in filmpjes, instructies en academische werkplaatsen."

Vragen adopteren

En wat gebeurt er met de vragen die geen plekje in de top tiens hebben gekregen? "Die gaan absoluut de prullenbak niet in", zegt Kwint. "Maar je hoeft niet van elke vraag een promotietraject te maken. Je kunt ook zelf tot antwoorden komen. Waarom gedraagt meneer of mevrouw zich zo. Hoe kan ik dat veranderen? Daarover nadenken en die kennis delen met je collega's is minstens zo belangrijk als wetenschappelijk onderzoek. Blijf dus vooral ook in je eigen praktijk nieuwsgierig?"

"Kunnen we niet vragen of mensen in de zaal die overgebleven vragen willen adopteren?", suggereert dagvoorzitter Lennart Booij als Kwint haar verhaal heeft afgerond. "Wat een geweldig idee", reageert die. "We moeten met elkaar verantwoordelijk worden voor de antwoorden op die vragen en daarvoor ieders talent gebruiken. Dat is nodig om tot goede zorg te komen."



Top 10 ouderenzorg

1. Hoe kan zo goed mogelijk worden omgegaan met onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie?
2. Hoe kan de zelfredzaamheid van ouderen in verpleeghuizen gestimuleerd

worden? Wat is de rol van technologie hierin?

3. Hoe zijn de leerbehoeften van professionals in de ouderenzorg te achterhalen, en kan zo leren en verbeteren vanzelfsprekender gemaakt worden?

4. Wat zijn basisvoorwaarden voor gezonde zorgteams in de ouderenzorg?

5. Wat is de relatie tussen dementie en pijn?

6. Gedrag kan voortkomen uit onderliggende psychiatrische problematiek die vanwege het wegvallen van coping en executieve functies aan het licht komt, maar het kan ook horen bij de dementie. Wanneer stel je nog een psychiatrisch beeld vast?

7. Hoe houdt een oudere zelf de regie wanneer hij/zij langdurige zorg nodig heeft?

8. Hoe vinden zorgprofessionals balans tussen het volgen en afwijken van regels, richtlijnen en protocollen?

9. Hoe kunnen de wensen en behoeften van ouderen worden vertaald in een goed zorgplan?

10. Hoe kan er worden omgegaan met de spanning tussen persoonsgerichte zorg en kwaliteitskaders?

Top 10 gehandicapten

1. Wat zijn valide diagnostische en interventiemethoden en protocollen in de zorg voor cliënten met verstandelijke beperkingen?

2. In hoeverre leidt technologie tot lagere werkdruk in de gehandicaptenzorg?

3. Hoe kunnen opleidingen goed aansluiten bij de behoeften van zorgmedewerkers en de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg?

4. Hoe kan de psychische gezondheid van cliënten met beperkingen worden verbeterd?

5. Hoe kan dementie bij cliënten met een verstandelijke beperking herkend worden en wat zijn goede diagnostische methoden?

6. Hoe kan nieuwe en bestaande kennis worden geïmplementeerd zodat professionals deze ook daadwerkelijk toepassen? Hoe werkt dit bij zelfsturende teams?

7. Hoe kunnen de vragen en behoeften van een cliënt met een verstandelijke beperking of EMB goed gehoord en in kaart gebracht worden? Hoe kan de ondersteuning en zorg hier zo goed mogelijk op afgestemd worden?

8. Hoe worden diverse problematieken bij cliënten gesignaleerd en al dan niet met elkaar in verband gebracht?

9. Hoe kan zo goed mogelijk omgegaan worden met moeilijk verstaanbaar gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking en wat is daarbij de rol van medicatie? Wat is de rol van medicatie? Wat zijn de mogelijkheden voor

preventie van moeilijk verstaanbaar gedrag?

10. Hoe kan psychiatrische problematiek bij cliënten met een verstandelijke beperking herkend worden? Hoe kan de begeleiding en behandeling goed bij deze cliënten aansluiten?

Het volledige rapport over deze inventarisatie verschijnt binnenkort. Houd daarvoor de website en/of nieuwsbrief van Vilans in de gaten.



DE OMDENKENSHOW

Omdenken is denken in mogelijkheden, niet in problemen of problemen die nog kunnen komen. Iemand die dat als de beste kan, is spreker Steye van Dam.

Van Dam zet de zaal op stelten bij de Omdenkenshow. Hij laat eerst het licht aandoen en plaagt de zaal door 'jullie zijn de mensen van die zorgtoestanden toch?', te zeggen. Iedereen lacht. 'Hoe lang al? Willen degenen die voor 2015 zijn gaan werken in de zorg gaan staan?' Een grote groep gaat staan. Van Dam telt af. Wie werkte er al in de zorg voor 1980? Nog steeds staan er mensen. Hij belandt uiteindelijk bij 1969. Nog één meneer staat. Die begon in dat jaar als leerling z-verpleegkundige. "Wat maakt dat je zo lang bent blijven rondlopen?" vraagt Van Dam. "Ik vind het nog steeds fantastisch om een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van iemand anders' leven." De zaal applaudisseert.

Maar wat is dat nou, omdenken? "Het belangrijkste ingrediënt van omdenken is het probleem. Zonder probleem is er geen omdenken, tenzij je helemaal geen problemen hebt en toch wilt omdenken. Maar dan heb je een probleem." De zaal lacht weer. Bij omdenken los je het probleem niet op. Je haalt het niet weg, maar laat het bestaan. Je gaat je juist interesseren voor het probleem. Je gaat het onderzoeken en je ermee verbinden en daardoor ga je er nieuwe kwaliteiten in ontdekken. Dat is voor een brein heel moeilijk omdat we geneigd zijn elk probleem op te lossen", vertelt Van Dam.

Stel, je wilt fietstochten gaan organiseren op een plek waar het altijd waait. Dan heb je dus de helft van de tocht tegenwind. Niemand wil die tocht fietsen.

Dat is dus een probleem. Dan kun je ook de wind de richting van de tocht laten bepalen en de fietsers bij het eindpunt terugbrengen. De eerste stap in het omdenken: maak van het probleem een feit. Het probleem is de wind. De wind is een gegeven. Nadat je die wind hebt bestudeerd, uit welke richting die waait, kun je je ermee verbinden. De wind blijkt ineens allerlei kwaliteiten te bezitten, hij kan je vooruit blazen. Kijk, zo heb je het probleem omgezet in een kwaliteit. Dat is omdenken.



DE KLEINE - NIET ZO HEEL ERG ENGE - GEHEUGENTEST MET DE RANDOM MACHINE

Bent u zo iemand die op het moment suprême ook niet op het antwoord van een quizvraag kunt komen? Geen nood! Want het team van Random Machine helpt u er doorheen.

Bij de Random Machine krijgt u vandaag maar één geschiedenisvraag voor uw kiezen om tijdens deze dag eens lekker uw geheugen te trainen. Compleet met foto op een keek printje, bijvoorbeeld (nu we het er toch over hebben) ter herinnering aan deze dag.





DEZE ROBOT VERTELT JE HOE LAAT DE BINGO BEGINT

Slecht nieuws. Robot Karel-Pepper kon er helaas niet bij zijn vandaag. Maar: zijn collega Annabel is er gelukkig wel. "En die kan precies hetzelfde als Karel." Twee medewerkers van de Twentse zorgorganisatie ZorgAccent vertellen hoe de beide robots hen ondersteunen.

Bij de vorige editie van Zoek het uit! liet ZorgAccent ons al kennismaken met de interactieve zorgrobot Pepper. De interactieve robot Karel 'werkte' toen al een poosje bij ZorgAccent, op de revalidatieafdeling van woonzorglocatie Krönnenzommer. Annabel is er sinds kort. Bij haar is de ontvangst-app geïnstalleerd, vertelt Jeanine Wesselink, verzorgende IG. "Wij kregen vaak vragen over waar het toilet is, waar mensen verblijven, waar de koffie is of hoe laat de bingo begint. Dat hield ons van ons werk. Nu kunnen mensen deze vragen aan de robot stellen."

In een van de huiskamers staat robot Karel. Die bedient daar acht cliënten. Die kunnen op het scherm op de buik van Karel bijvoorbeeld hun afspraken inzien. Of als meneer Janssen naar z'n therapie moet, gaat Karel zwaaien en zegt hij: "mag ik even uw aandacht. Meneer Janssen moet zo naar therapie." Cliënten kunnen via de robot ook zelf afspraken inplannen. "Maar Karel kan ons ook helpen", vertelt Wesselink. "Hij vertelt ons bijvoorbeeld wanneer we boodschappen moeten doen."

Knopjes aanpassen

Alles wat de applicatie kan, wordt uitgebreid getest bij medewerkers en cliënten. Daardoor zijn er bijvoorbeeld al verschillende knopjes aangepast. ZorgAccent werkt hiervoor nauw samen met Diginova, de leverancier van de robot en de bijbehorende software.

Vanaf binnenkort gebruiken ook behandelaars in het revalidatiecentrum de robot. Karel gaat cliënten namelijk helpen bij of herinneren aan oefeningen. Als Karel weet welke cliënt hij voor zich heeft, toont hij de oefeningen die die persoon moet doen: of dat nou een kop thee zetten is, of kniebuigingen doen. Karel laat een filmpje, afbeeldingen, of stappenplan zien van de bewuste oefening. De cliënt geeft zelf aan of hij de oefening heeft gedaan of niet.



Eerder naar huis

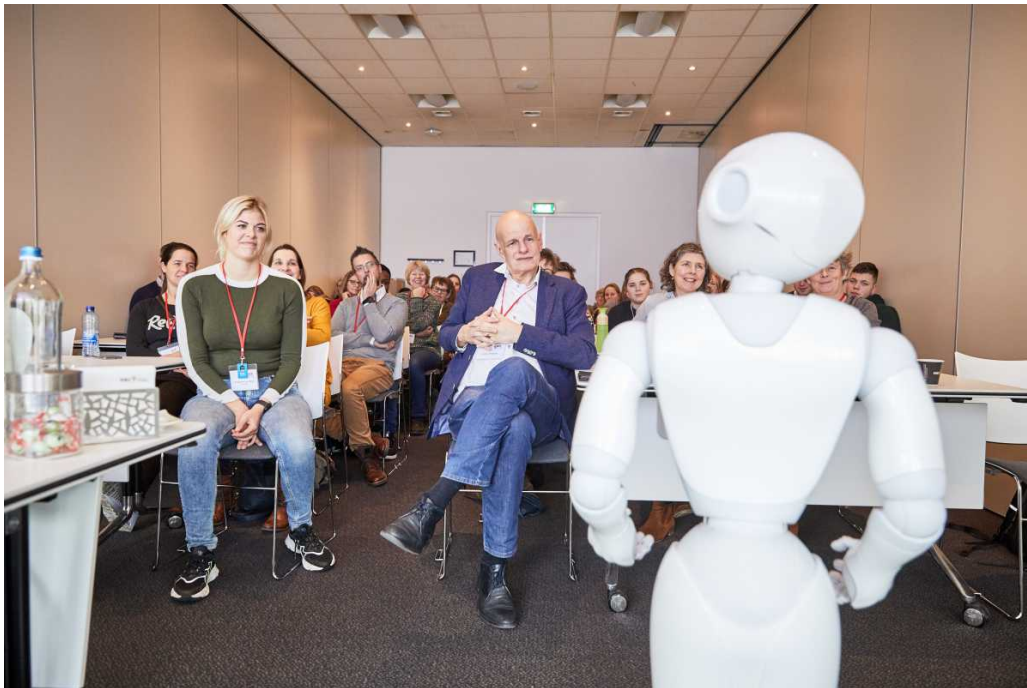
In de applicatie kunnen de behandelaars precies plannen wanneer en hoe vaak er oefeningen gedaan moeten worden, legt ergotherapeute Yvonne Quadvlieg uit. "De cliënt kan zo in z'n eigen tijd oefenen, zonder dat andere medewerkers hem of haar daarbij hoeven te helpen. Als die persoon vaker oefent, kan hij waarschijnlijk ook eerder naar huis."

Robot Annabel heeft nog wat oefeningen voor ons. De robot vertelt de aanwezigen wat ze moeten doen: de armen omhoog, de armen naar beneden. Zwaaien naar de burens. Annabel doet het allemaal keurig voor. Annabel: "We sluiten af met een potje imaginair gewichtheffen. Doe maar alsof je iets van de grond optilt naar boven je hoofd. Jullie doen het super, zwaar zeg, zo'n imaginair gewicht."

'Technologie is onmisbaar'

Ze heeft ook nog een paar vragen voor de zaal. "Wie zou een robot op z'n eigen ouders willen laten passen?" "Door alleen maar de robot nee", reageert iemand. "Maar voor bepaalde stukken zeg ik 'ja'". En wie zou liever door een robot als door een persoon geholpen worden met douchen? Eén iemand steekt z'n hand op. "Die robot is dan altijd dezelfde, die precies is afgestemd op mijn wensen. Als je door mensen gedoucht wordt, weet je nooit wie er komt."

De laatste vraag: wordt al het zorgpersoneel uiteindelijk vervangen door robots? "Nee", zegt vrijwel iedereen in de zaal. "Dat is niet te hopen", horen we iemand zeggen. Maar, zegt Jeanine Wesselink, "Technologie is onmisbaar voor de toekomst van de zorg. Niet dat ik daar blij mee ben. Ik ben ook opgevoed met warme zorg. Maar ik heb als verzorgende liever een robot naast me dan helemaal niets of niemand."





OVER SPARREN, IMPLEMENTEREN EN BRUGGENBOUWERS

In deze workshop gaat het erover hoe je theoretische kennis kunt vertalen naar concrete, praktische producten. Resultaten uit onderzoek zijn nuttig en bruikbaar voor de praktijk, maar dan moet je wel de inhoud weten om te zetten in een vorm en taal die past bij cliënten en zorgprofessionals. Hoe kunnen ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals bij dat proces betrokken worden?

“We kunnen wel van alles gaan uitleggen over onze werkgroep en onze onderzoeken, maar het duidelijkste wordt het aan de hand van deze film,” zo begint Noud Frielink van Tilburg University.

Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking ^[1] from AWVB ^[2] on Vimeo ^[3].

Sterker dan de kick

“We willen natuurlijk ook graag weten wie jullie zijn,” zet Giesbers na de film de workshop voort. Via een link kunnen de deelnemers zich aanmelden voor een survey op pollEv.com. De resultaten zijn meteen zichtbaar voor iedereen: we zien live de staafdiagrammen op het scherm groeien en krimpen of woorden verschijnen en verdwijnen. Er blijken veel verpleegkundigen,

onderzoekers, leerlingen aanwezig, maar ook, wijkverpleegkundigen en mensen die in de ambulante zorg werken. Uit de poll komt ook dat 59% nog nooit wetenschappelijke kennis heeft vertaald naar een praktijkproduct. “Heeft u wel eens gewerkt met een product dat gebaseerd is op wetenschappelijke kennis?” is de volgende vraag van de poll. In de zaal steekt meteen iemand van wal dat er in haar werkomgeving in de ouderenzorg niemand open staat voor werken met nieuwe producten. Mensen waarmee ze werkt staan afwijzend tegenover veranderingen, ook als er protocollen worden aangepast ten goede van de bewoners. Niet iedereen van de zaal herkent zich erin, maar het probleem zelf is wel erg herkenbaar.

De vertaling van een praktijkproduct

Bij de vraag of wetenschappelijke kennis zich gemakkelijk laat vertalen in een eindproduct zegt slechts 14% ja. Iemand uit de zaal legt zijn “ja” uit: “Het is een andere manier van denken, maar als je dat eenmaal onder de knie hebt, dan gaat zo’n vertaling best gemakkelijk. Het heeft ook te maken met creativiteit.” Ook bij de onderzoekers is zo’n andere manier van denken aanleren belangrijk, vult Frielink aan. Na de laatste vraag: “Bij het vertalen van wetenschappelijke kennis naar een praktijkproduct loop ik aan tegen...” staan er woorden als tijd, geld, weerstand en implementatie op het scherm. Iemand uit de zaal vult aan: “Ik heb zelf bijvoorbeeld niet de juiste competenties in huis, ik zou niet weten hoe ik een infographic kan maken, en dan moet ik iemand inhuren en dan kom je weer uit op tijd en geld.”

Bruggenbouwers

De zaal wordt in kleine groepen verdeeld, om vervolgens binnen die groepen een drietal dilemma’s met elkaar te bespreken.

Dilemma 1:

De taal tussen de wetenschap (onderzoekers) en de praktijk (cliënten, naasten, zorgprofessionals) is verschillend. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat zij elkaar beter leren begrijpen op basis van taal?

Na de eerste gespreksronde komt er het volgende terug uit de zaal:

“Dit dilemma gaat niet alleen over taal, maar het gaat ook over de manier waarop het gebracht wordt: je kunt een artikel in tekst publiceren, maar je kunt het ook in een gesprek of in beelden overbrengen. Of publiceer een wetenschappelijk artikel in De Kijk, dat iedereen het snapt.” Een ander zegt: “Neem de vraag vanuit de praktijk als startpunt. Dus niet vanuit de fascinatie van een onderzoeker.” Weer iemand zegt: “Wat goed werkt is een bruggenbouwer zoeken die in de praktijk werkt, maar die ook interesse heeft

in onderzoek en wetenschap, bijvoorbeeld ikzelf: ik ben coach op een groep, maar ik zit ook in verschillende werkgroepen in de organisatie. Ik ga naar het hoofdkantoor, ik netwerk en ik lees natuurlijk zelf veel. Dat is een wisselwerking van wat je op websites vindt, maar zijn ook veel wetenschappelijke artikelen online te vinden. Maar het begint altijd bij sparren.”



Implementeren

Verder wordt er verteld dat bepaalde ingewikkelde woorden vaak niet handig zijn om te gebruiken als startpunt, dat het belangrijk is om dezelfde taal te spreken en dat het daarom soms handig is om kwalitatief onderzoek te doen naar welke taal het werkveld zelf gebruikt. Ook wordt er gedeeld dat er vaak door zorgverleners helemaal geen tijd is om enquêtes in te vullen en dat het daardoor onontbeerlijk is aan te vangen met een onderzoeksvraag waar de zorgprofessional zelf ook mee zit, want dat draagt bij aan de motivatie om mee te werken aan die enquête. “Dus niet gaan zoeken naar een probleem waar de zorgprofessional mee *zou moeten zitten*,” zegt iemand in de zaal. Daar haakt een ander dan op in: “Alleen al de wens om te willen ‘implementeren’ vind ik eigenlijk raar taalgebruik. Alsof iets ergens geïmplementeerd kan worden. Het heeft iets van ‘wij weten het wel, en dat zullen we wel even implementeren’.”

Dilemma 2

Het vertalen van wetenschappelijke kennis naar een praktijkproduct is niet eenvoudig. Hoe maak je op basis van wetenschappelijke kennis iets waar de praktijk mee aan de slag kan gaan? En waar moet je rekening mee houden?

“Je ontmoet bij mijn werk in de thuiszorg steeds minder je collega's, en vaak hoor je via cliënten wat je collega's anders doen dan jij. Ik mis dat

intercollegiale contact toch wel, want je leert vooral van elkaar.” Iemand anders vult aan: “De tweestrijd is dat alles efficiënter moet zijn, minder tijd moet kosten, maar dat je ook steeds de praktijk erbij moet betrekken. Anderzijds gaat het opzetten en doen van een heel onderzoek ook erg traag, want soms is een heel team op de werkvloer al van samenstelling veranderd voor je überhaupt bent begonnen.” Verder wordt er ook aangedragen dat het belangrijk is om te kijken naar de manier van aanbieden: Hoe leren mensen? De één wil een boek, de ander een film. Maar vooral die ontmoetingen met de praktijk blijven belangrijk. Eenzelfde boodschap kan, naar gelang de doelgroep, op verschillende manieren verpakt worden.



‘Huizen’ leren volgens Van Uum ook steeds meer van elkaar. Is hij tevreden op dit moment? “Ik ben tevreden, maar de actoren moeten geen losse bollen blijven die apart van elkaar opereren.” De implementatie van kennis kan nog beter, stelt hij. “Laatst was ik op een internationaal congres over dementie. Daar hoorde ik dat er van de wetenschappelijke nieuwe kennis rondom dementie slechts 5% bij de betrokkenen terechtkomt. Schokkend.” “Wat vindt u parameters van tevredenheid?”, vraagt workshopleider Jos Schols. “Klanttevredenheid en medewerkerstevredenheid. Daar gaat het uiteindelijk om.”

De zaal krijgt de microfoon. Een huisarts vraagt hoe onderzoekers beter beloond kunnen worden dan hen alleen te laten publiceren. Onderzoekster Marjolein den Ouden vindt dat er vooral in de selectie van kennis winst valt te behalen. “We ontwikkelen inmiddels zoveel tools, dat het belangrijk is om de belangrijkste voor een bepaalde sector al van tevoren te selecteren. De zaal en Theo van Uum zijn het erover eens: de winst van alle nieuwe kennis zit niet in de publicatie, die natuurlijk ook van belang is, maar vooral in de praktische toepassing ervan.

Marjolein den Ouden: “Die trechter van kennis moet gereguleerd. Eigenlijk zou er voor elke zorgsector een top tien moeten komen waaruit blijkt: deze kennis is bruikbaar in jouw situatie.” Van Uum zegt dat resultaten ook beter vindbaar moeten zijn. “Soms moet ik resultaten afzonderlijk opzoeken en blijf ik maar doorklikken.”



Een 82-jarige meneer, die vroeger mantelzorger was, krijgt de microfoon. Hij zegt dat hij weet dat iedereen zijn 'stinkende best' doet, maar dat er voor zijn doelgroep, de ouderen, toch nog te weinig gebeurt. Er zouden 'killerapp's' moeten komen, vindt hij, een Uber voor de zorg bijvoorbeeld, om de belasting van zorgprofessionals en mantelzorgers te verlichten. De informele zorg moet meer betrokken worden, zagezegd. Van Uum reageert: "De noodzaak om het anders te gaan doen, is er inderdaad zeker. We moeten out of the box gaan denken, anders redden we het niet. Sociale innovatie hoort daar ook bij." Een vrouw die al 20 jaar als vrijwilliger binnen de zorg werkt, en veel overlegt, vindt dat er interdepartementaal gekeken moet worden. Van Uum: "Ik ben het hartgrondig met u eens. De samenwerking kan veel beter."

Een adviseur Zorg en Welzijn deelt haar zorgen. "Veel kennis landt niet. Ik zou een week lang alleen maar nieuwe kennis kunnen opdoen. Het is too much. Maar er is een andere kwestie waar ik mee rondloop. Ik kom in veel verpleeghuizen. Daar is het vaak niet de vraag 'hoe is het voor oma?' maar 'zou ik mijn moeder hier brengen?' en dan zegt 90% van de zorgmedewerkers nee. Dat is schokkend. We investeerden 2,1 miljard euro, en we kunnen geld blijven pompen maar waar zijn we nou mee bezig? Zouden we niet veel meer moeten experimenteren met pilots en de nadruk moeten leggen op de verbinding van de gehele keten met elkaar, de verbetering van het sociaal domein, de verbinding met de wijk, en de besteding van middelen? Sorry, het is een lange vraag." De zaal applaudisseert.

Van Uum: "We zijn er nog niet. We hebben inderdaad meer ruimte nodig voor pilots. Maar ik kan eerlijk gezegd alleen maar onderschrijven wat u vraagt." "Wat zou u willen?", vraagt Jos Schols aan de adviseur. Ze antwoordt:

“Sommige huizen hebben het geld niet nodig, daar gaat het ook goed mee. En waar het niet goed gaat, zie ik het met geld niet beter gaan. Er is een ziekenhuis in Nederland met het motto ‘gewoon lief zijn’. Vraag eens aan de bewoners en familie wat ze willen, kijk eens in die huiskamer. Misschien moeten we minder naar de zorg zelf kijken maar meer naar welzijn. Draai muziek en ga dansen, zoiets.” Theo van Uum knikt instemmend. “Ik proef vandaag toch nog een beetje wantrouwen. Misschien komt dat door de manier hoe we het geld hebben weggezet en door de regels. Ik zou het mooi vinden als we een stap kunnen zetten naar meer wederzijds vertrouwen.”





KENNIS MOET VOORAL STROMEN: EEN BRUG SLAAN TUSSEN LANDELIJK EN LOKAAL

Hoe organiseer je kennis en wat is nu eigenlijk persoonsgerichte zorg? En hoe kun je binnen persoonsgerichte zorg een professionaliseringsslag maken? Binnen het landschap van de gehandicaptenzorg is het soms lastig om door de bomen het bos te zien. Hoe sla je niet alleen een brug tussen kennis en praktijk, maar hoe vertaal je landelijk naar lokaal?

Na een korte inventarisatie van welke beroepsgroepen uit het werkveld allemaal aanwezig zijn beginnen Marion Kersten en Gera van der Woude meteen met de workshop zelf: iedereen moet gaan staan en zich naar aanleiding van een stelling door de ruimte verplaatsen. Als je achteraan gaat staan ben je tegen de stelling, als je voorin gaat staan ben je voor.

De eerste stelling

In 2030 is in de gehandicaptenzorg alle kennis geconcentreerd bij een beperkt aantal specialistische zorgaanbieders

“Ik denk dat er behoefte is om kennis te delen,” zegt iemand midden in de zaal, “digitaal of in levende lijve, dus volgens mij is het ondenkbaar dat in 2030 alles gecentreerd is bij een beperkt aantal specialistische zorgaanbieders. En

wat mij betreft is dat maar goed ook, want kennis moet stromen.”

De tweede stelling

In 2030 is in de gehandicaptenzorg alle kennis is gebaseerd op onderzoek (evidence based)

“Ik zou het heel erg vinden als de kennis alleen gebaseerd is op onderzoek. Je mist dan toch de intuïtie, ervaringskennis, praktijkkennis,” zegt iemand die midden in de zaal staat.

Iemand anders zegt: “Mijn hoop is wel dat er aan alles onderzoek vooraf gaat. Je kunt niet alles ondervangen, maar veel zou wel goed zijn. Dat je door onderzoek sneller kunt weghalen wat niet werkt, dan alleen door trial-and-error in de praktijk.”

De derde stelling

In 2030 maken in de gehandicaptenzorg ervaringsdeskundigen altijd deel uit van de multidisciplinaire teams.

Na het positioneren van iedereen in de zaal staan er twee mensen zo ver achteraan, dat ze bijna in de gang staan. Na navraag blijkt dat beiden eigenlijk meer naar voren wilden, maar dat het te druk was. De zaal lacht. “Ik merk nu al dat de inzet van ervaringsdeskundigen een meerwaarde is,” licht iemand toe. “Soms, als het bij bepaalde complexe zaken lastig is om de doelgroep zelf te betrekken, zou ook een naaste als deskundige moeten kunnen optreden.”

Kennis naar de cliënten toe

Wat zou de zaal ervan vinden als ze nu al tien keer hadden moeten opstaan en van plaats hadden moeten wisselen? Gera van der Woude neemt het als vergelijking met wat een cliënt moet voelen als er geen geschikte plek kan worden gevonden in de gehandicaptenzorg. “We halen ‘m altijd aan,” zegt Gera van der Woude als de dilemma’s zijn afgerond. “Een MEE-lijst kwam in de media met namen van cliënten die geen plek konden vinden in de gehandicaptenzorg. Hoe ontzettend frustrerend moet dat zijn? Wij hebben toen die handschoen opgepakt. Hoe kunnen we dit beter organiseren?” De zorgprofielen van complexe zorg (VG 7 en 8) stammen uit vroeger tijden, dus een actualisatie was noodzakelijk: “Naar aanleiding van de uitkomst hebben we afgesproken om kennis voortaan naar de cliënt toe te brengen. We geloven in de gedachte dat cliënten overal zitten, we zien de complexiteit van de context: de omgeving, hoe sluit de begeleidingsstijl aan? Hoe sluit alles aan bij bestaande netwerken en structuren? Ook werken we nu met open expertisenetwerken.”

Ren je rot

De groep wordt nu verdeeld en per groep moet er besproken worden welke partijen er allemaal te maken hebben met een cliënt in een bepaalde zorggroep. Alle partijen moeten worden genoteerd op een groot vel papier met een poppetje in het midden. Na de bespreking duizelt het van de namen van partijen, van familie en directe omgeving, naar de CIZ en de facilitaire diensten. Ziekenhuizen, verpleeghuizen, kleinschalige woonvoorzieningen, maar ook zorgkantoor, dagbesteding, aangepast werk, de gemeenten, alles komt in beeld. “Misschien de kunstwereld,” vult iemand nog aan. “En de huisarts heb ik er ook nog in weten te frummelen.”

Verslavingszorg. Psychiatrie. Sport, muziek. Paramedici. LVB kenniscentrum. NVG zorgorganisatie. Wijkteams. Justitie. De Borg. Woningbouw. GGZ. Social media. Gemeente WMO jeugdwet. Buren. School. Alles komt voorbij.

Eigen inkleuring

“We maken de stap van organiseren naar inhoud,” vervolgt Marion Kersten. “Dit doen we in Leidraden perspectief op persoonsgerichte zorg. Op landelijk niveau hebben we een visie omarmd dat het uiteindelijk altijd gaat om goede zorg die bijdraagt aan welzijn van de cliënt. Met die leidraden willen we een brug slaan van landelijk vastgelegde documenten naar de lokale praktijken. Er zijn al heel erg veel zorgprogramma’s, en die zijn een heel goed vertrekpunt om een gezamenlijke taal te vinden. Op landelijk niveau leggen we één stuk vast: lokaal kan dan vervolgens iedere organisatie er zijn eigen inkleuring geven.”



‘MAAK HET BESPREEKBAAR’

Angela Mengelers, psycholoog en onderzoekster, inventariseert eerst even wie er bij haar in de zaal zitten. De meesten zijn zorgprofessional, maar er zitten ook een paar beleidsmedewerkers en studenten in de zaal. Mengelers vertelt dat ze verbonden is aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg van de Universiteit Maastricht. Haar onderzoek, over onvrijwillige zorg, richt zich in het bijzonder op mensen met dementie die nog thuis wonen.

De definitie van onvrijwillige zorg, legt Mengelers uit, “is zorg waar de cliënt of de vertegenwoordiger niet mee instemt of zich tegen verzet.” Daarbij zijn drie vormen denkbaar.

Gedwongen zorg zoals gedwongen onder de douche, en de deur op slot draaien, *leefregels opstellen*, zoals het gas afsluiten en toezicht houden. En *gedragsbeïnvloedende medicatie*. Het uitgangspunt bij die laatste is: als iemand niet meer kan inschatten wat de gevolgen zijn als hij of zij bepaalde medicatie neemt, dan is het onvrijwillige zorg.

Mengelers laat een nieuwsitem van RTL zien waarin de resultaten van het onderzoek te zien zijn. 40% van de demente ouderen krijgt te maken met dwangmaatregelen. Eén op de vier krijgt daarom een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd. In het ergste geval, zien we in het nieuwsitem, werd een patiënt vastgebonden aan het bed of aan de stoel. Ook blijkt uit het filmpje dat meer dan de helft van de mantelzorgers overbelast is en daarom dwangmiddelen inzet. Uit machteloosheid of radeloosheid.



“Schrikken jullie van de cijfers?”, vraagt Mengelers. Niet echt, zo blijkt. Uit het onderzoek blijkt dat gedwongen zorg het meest voorkomt (79%), daarna psychotrope medicatie (41%), en dan de vrijheidsbeperkende maatregelen (7%). Risicofactoren zijn daarbij alleen wonen, cognitieve beperking, ADL-afhankelijkheid en de overbelasting van de zorgverlener.

Mengelers geeft de deelnemers een opdrachtje. De zaal wordt verdeeld in twee groepen. Op tafel liggen negen strookjes met vrijheidsbeperkende maatregelen. Die strookjes moeten worden geordend, van erg naar minst erg. De ene groep ordent de maatregelen voor zichzelf, dus wat hij of zij de ergst of minst erg maatregel voor zichzelf zou vinden, de andere groep ordent de maatregelen voor een dementerende, van ergst naar minst erg.

De resultaten verschillen enorm. Het ene groepje vindt het afpakken van de telefoon van iemand met dementie het ergst, de ander dwangmedicatie. “Alles waar dwang bijstaat, lijkt me per definitie onwenselijk”, zegt iemand.

Mengelers gaat uitgebreid in op de Wet zorg en dwang (Wzd), die per 1 januari is ingegaan. Het is een transitiewet, dat wil zeggen, dat er nog veel vragen zijn over de wet, maar van zorgprofessionals wordt wel verwacht dat ze ervan op de hoogte zijn, zoals van het stappenplan.

“Is er verzet bij een cliënt, dan is er sprake van onvrijwillige zorg, en wordt een stappenplan ingezet. Bij deze 3 uitzonderingen wordt het stappenplan altijd ingezet. Dat is bij beperkende bewegingsvrijheid, insluiten en medisch handelen.

Tot slot geeft Mengelers een aantal tips mee, als het gaat om onvrijwillige zorg.

“Herken het”. “Maak het bespreekbaar, ook zeker voor de mantelzorgers.”

“Voorkom het”, en niet te vergeten, “rapporteer het.”





LES IN DE REALITEIT

Een andere manier van leren voor mbo-studenten Maatschappelijke Zorg: dat is de kern van het project Met één been in de MZ-praktijk, waarvoor ROC Gilde Opleidingen samenwerkt met de Academische Werkplaats Ouderen Zuid-Limburg.

Elk opleidingsinstituut worstelt met de vraag: wat is de beste manier van kennisoverdracht? Hoe zorg je ervoor dat die zo goed mogelijk aansluit bij de praktijk? "Als stagebegeleider kreeg ik vanuit zorginstellingen regelmatig de vraag: leren ze dat niet op school?", vertelt Michael Maissan van het Limburgse ROC Gilde Opleidingen. "Studenten zeiden dan ook: nee, dat heb ik nooit gehad. Terwijl ik toch zeker wist dat ik daar les over had gegeven."

Acquisitie/realistisch

Voor Maissan en zijn collega's bij de opleidingen Maatschappelijke Zorg, Verzorgende IG en de combinatieopleiding was het reden om hun lessen eens onder de loep te nemen. Daarbij gebruikten ze het Model voor het ontwerpen van een beroepsgerichte leeromgeving van Ilya Zitter. Dat model zet acquisitie tegenover participatie en de geconstrueerde werkelijkheid versus de realiteit. Een stage zit bijvoorbeeld in het vak participatie/realistisch, de lessen anatomie en pathologie vallen in het vak geconstrueerd/acquisitie. "Wij hadden relatief veel vakken in dat vak en wilden daar verandering in brengen."

Zo ontstond het project Met één been in de MZ-praktijk. Maissan en zijn collega Chantal Kleijssen kregen hiervoor budget. "Het idee is dat we een dagdeel in de week, negen weken lang, naar de instelling gaan", vertelt

Kleijssen. "We starten daar het dagdeel op met wat theorie en die brengen we vervolgens meteen in de praktijk. Daarna evalueren we nog een half uur. Als de theorie gaat over contact maken met dementerende ouderen, gaan ze dat daarna meteen doen. Zo krijg je als student meteen beeld en een gevoel bij de theorie. En meteen daarna reflecteer je op de situatie. Je kunt simpelweg niet alles nabootsen in het klaslokaal."



Monitoring en evaluatie

Twee zorginstellingen wilden meewerken en de Academische Werkplaats Ouderen Zuid-Limburg, werd aangehaakt voor monitoring en evaluatie. In de Academische Werkplaats werken kennis- en zorginstellingen samen, om zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven, van zorg en van werk.

"Ons personeel is zowel bij een kennisinstelling als bij een zorginstelling werkzaam", vertelt Bram de Boer. "We noemen ze linking pins: ze halen de vragen uit de zorginstellingen naar boven. Dit project sluit bij ons werk aan, omdat als studenten van de opleiding komen ze niet altijd de competenties hebben die nodig zijn."

Sterktes en zwaktes

Het is tijd voor een SWOT-analyse. Wat vinden de deelnemers de sterktes en zwaktes van het project, en wat zijn kansen en bedreigingen? In drie groepen gaan ze daarover in gesprek. Bij elke tafel staan ook studenten die deelnamen aan het project. Hun wordt het hemd van het lijf gevraagd.

"Ik vond het heel fijn om hieraan mee te doen", zegt een student. "Ik was de eerste keer best geschrokken van de cliënten. Tegen een stagebegeleider zou

ik daar minder eerlijk over zijn. Maar met mijn klas, met m'n vriendinnen, kon ik er tijdens de evaluatie meteen over praten." Een andere student vindt dat laatste half uur ook heel fijn. "In het begin vond ik het contact met de cliënten best moeilijk. Het hielp toen om de ervaringen van klasgenoten te horen."



Wafels bakken

In een groepje noemt iemand als zwakte van het project dat het een te groot beroep op medewerkers van de instellingen doet. Maar dat blijkt in de praktijk mee te vallen. "We gingen met een paar cliënten wafels bakken, een cliënte die normaal heel veel slaapt, leefde daar helemaal van op. Dus de medewerkers waren daar heel blij mee", vertelt een student. Een ander: "Medewerkers zijn juist heel enthousiast. Onze hulp is voor hen een voordeel. We kunnen ze vragen stellen als ze in de buurt zijn, maar als ze er niet zijn zoeken we het zelf uit."

Als bedreiging wordt continuïteit genoemd. "Dat snap ik", reageert De Boer. "We staan nu nog aan het begin van het project, maar het is natuurlijk ons doel om dit helemaal in te bedden in het onderwijs en zo continu aanwezig te zijn."

Welkom voelen

De kansen en sterktes van het project krijgen van de aanwezigen echter de meeste aandacht. "Wij kunnen er echt ook iets aan hebben", zegt een van de deelnemers aan de workshop. "Maar dan moeten wij er wel voor zorgen dat de studenten zich welkom voelen bij ons."

De eerste resultaten zijn positief, vertelt De Boer aan het einde van de

workshop. Studenten én zorginstellingen zijn enthousiast. "Wij zijn benieuwd of er vergelijkbare concepten zijn. Deel ze gerust met ons, want daar kunnen wij alleen maar van leren."

Heeft u een tip voor De Boer? U kunt hem bereiken via b.deboer@maastrichtuniversity.nl [4]





‘SOMS IS ANDERE MUZIEK OPZETTEN AL GENOEG’

Het Namaste Familieprogramma richt zich op het maken van contact. Dat kan via de zintuigen, en het herleven van herinneringen. “Soms kan andere muziek opzetten de kwaliteit van iemands leven al verbeteren.”

‘To help people live, not just exist’, is het credo van de Amerikaanse Joyce Simard, de bedenker van Namaste Care, een zorgprogramma voor mensen met dementie in een vergevorderd stadium. In Nederland heet dat het Namaste Familieprogramma, tal van zorginstellingen deden mee met het onderzoeksprogramma. De middelen of activiteiten zijn eenvoudig. Het kan van het spelen met een knuffeltje gaan tot een bellenblaas en is goed toepasbaar in de dagelijkse zorg, vertelt onderzoekster Hanneke Smaling. “Er worden herinneringen opgehaald, er is plek voor beweging, het kan van alles zijn. Het is volledig gericht op kwaliteit van leven.”

Hanneke Smaling is onderzoekster van het LUMC/UNC-ZH en legt uit dat het ooit is ontstaan voor mensen binnen het verpleeghuis die bij het reguliere activiteitenprogramma buiten de boot vallen door communicatieproblemen, gebrek aan initiatief of onbegrepen gedrag.



Het programma wordt inmiddels in 13 landen gebruikt. De positieve effecten zijn een afname van medicatiegebruik, er is minder onbegrepen gedrag en er zijn meer positieve interacties van medewerkers en bewoners. Toch zegt Smaling dat er meer onderzoek nodig is omdat de steekproeven te minimaal zijn.

Het familieprogramma is dagelijks, meestal anderhalf uur, op vaste momenten, al lukt dat niet altijd. Het is een gestructureerd programma vanuit een persoonsgerichte, palliatieve zorgbenadering, gericht op kwaliteit van leven en comfort. "Het is echt een activiteit als middel om contact te maken."

Uit de studieresultaten blijkt, kort samengevat, dat het de kwaliteit van leven van bewoners verbetert, resulteert in minder onwelbevinden en intercurrente aandoeningen en dat er minder pijn buiten de sessies werd waargenomen. Het LUMC heeft een *toolkit* klaargezet voor zorgprofessionals en familieleden om gratis te downloaden ([klik hier](#)) [5].

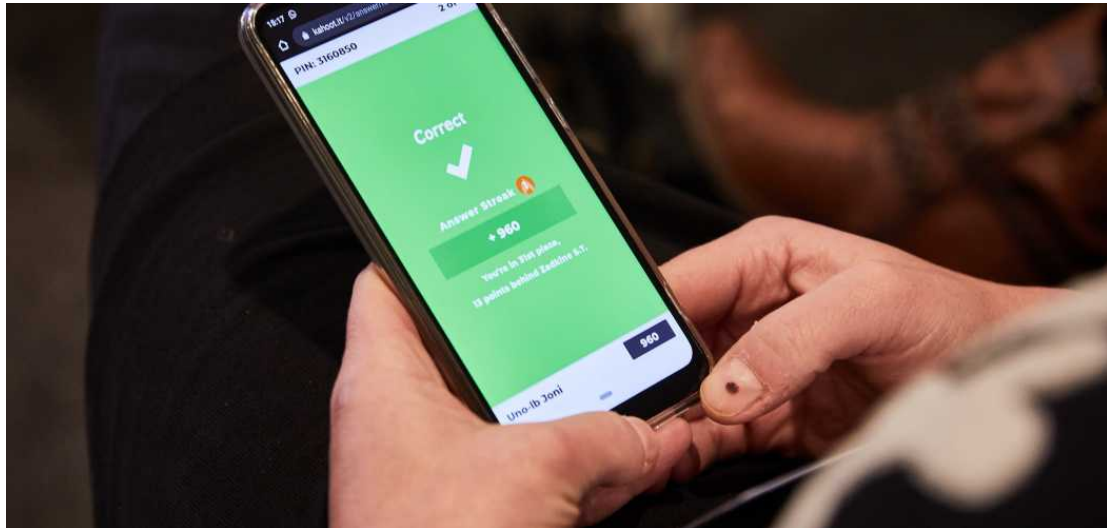
"Wij keken vooral naar wat mensen leuk vinden om te doen maar ook wat ze vroeger graag deden", vertelt Desha Davies, verpleegkundige en teamleider bij WZH Transvaal in Den Haag. Zij gebruiken het Namaste programma nu enkele jaren in hun 'huis', waar vooral Surinaamse en Hindoestaanse bewoners wonen. Soms worden de activiteiten in de huiskamer aangeboden maar net zo vaak op de kamer van de cliënt zelf. Succesfactoren zijn de familieleden en vrijwilligers die erbij werden betrokken. Zij reageren vaak positief omdat het beter gaat met hun vader of moeder.

“Er kan gewerkt worden met aromatherapie, de handen of voeten kunnen gemasseerd worden, er kan gespeeld worden met een muziekinstrument of er wordt andere muziek opgezet dan die in de huiskamer is te horen.”

Davies: "Wij doen het meestal 30 tot 45 minuten in de ochtend en daarna na de lunch ook weer 30 minuten tot 45 minuten." De activiteiten bieden ze aan náást de gewone activiteiten. De begeleiders noteren minder uitgeschreven medicatie en minder gedragsproblemen.

Iemand uit de zaal, lachend: "Maar is dit niet wat alle cliënten graag willen, ook de licht-dementerenden?" Davies: "Klopt. Wij bieden het nu aan iedereen aan, maar wij hebben ook maar een klein huis."





INFECTIES EN ANTIBIOTICA: EEN OPFRISCURSUS

Antibioticaresistentie is wereldwijd één van de grootste bedreigingen voor de gezondheidszorg. In het ergste geval zijn bacteriële infecties in de toekomst niet meer te behandelen. In deze workshop door Laura van Buul komen de laatste inzichten op gebied van infecties bij ouderen voorbij.

De zaal van de workshop Infectieziekten bij ouderen zit helemaal vol. Laura van Buul begint door iedereen uit te nodigen op Kahoot, voor de game die bij de inleiding hoort. De zaal kan via hun smartphone ingelogd op Kahoot meedoen met de opfrisquiz. “Laat ik eerst even stellen dat de begrippen infectie en ontsteking vaak door elkaar worden gehaald. Een infectie is het binnendringen door een organisme in het lichaam, waardoor je ziek wordt. Afhankelijk van de soort infectie kun je op verschillende plekken in je lichaam ontstekingen krijgen.”

Antibiotica

Er komen op Kahoot vragen voorbij als “Wat is geen algemeen teken van infectie?”, “Welke typen ziekteverwekkers kennen jullie?” of “Zijn alle bacteriën schadelijk?” Ook zaken als hygiëne en vaccineren komen aan bod. En wat zijn nu de voor en nadelen van antibiotica? “Wat grappig is dat in Duitsland een grootschalig onderzoek plaatsvond op gebied van blaasontsteking. De ene groep vrouwen kreeg antibiotica voorgeschreven, de andere alleen ibuprofen.” Wat bleek: ? van de groep met alleen Ibuprofen knapte ook op. Van Buul benadrukt nog even dat bij virussen antibiotica niet werkt.

“Is resistentie een probleem?” gaat Van Buul verder. “Ja! Want resistentie neemt toe! Het is één van de grootste bedreigingen van de gezondheidszorg. Als we niet oppassen krijgen we weer de situatie van vóór de Tweede Wereldoorlog: dat mensen kunnen overlijden door zoiets als een blaasontsteking.” Dus dat speelt ook een rol in de Nederlandse verpleeghuizen: gebruik het antibiotica alleen als het echt nodig is.



Nieuwe inzichten!

“Uit onderzoek blijkt dat één op de vier antibioticavoorschriften eigenlijk niet nodig is. En bij blaasontstekingen was het zelfs één op de drie.” Ze neemt als voorbeeld de casus van Aafje en de casus van mevrouw De Jong, waaruit uiteindelijk geconcludeerd kan worden dat bij dezelfde specifieke klachten bij een vrouw van in de dertig niet zo snel aan een blaasontsteking zal worden gedacht, terwijl dat bij de mevrouw in het pleeghuis in veel gevallen wel snel zal worden aangenomen.

“Wat blijkt nu?” legt Van Buul uit. “Als je het hele verpleeghuis zou gaan stikken dan blijkt 50% positief. Daarom is de urinestick bij ouderen niet echt effectief om een infectie aan te tonen. En bij mevrouw De Jong wordt dus de echte oorzaak niet aangepakt: wat zou er aan de hand kunnen zijn? Uitdroging, bijwerkingen, slaapproblemen, virus pijn, angst, somberheid. Wat kun je dan wél doen? In gesprek gaan. Meer laten drinken. De controles doen. Eventueel contact met arts.”



Wanneer wel?

Wanneer is er dan wél sprake van een UWI? Van Buul neemt ons mee in een lijstje:

Urineweg?gerelateerde symptomen:

Pijnlijke en moeilijke urinelozing

Mictiedrang

Vaker moeten plassen

Nieuw ontstane urine?incontinentie

Pusafscheiding uit de plasbuis

Algemene infectieverschijnselen (en bij een katheter gaan alleen deze op) :

Koorts

Koude rillingen

Delier

En overige aanwijzingen:

Pijn in de flanken

Pijn onderbuik

Van Buul verwijst door naar de nieuwe richtlijnen die te vinden zijn op de website van Verenso, alhier [6].

Luchtweginfecties

Van Buul benoemt even kort de highlights van de nieuwe richtlijnen omtrent luchtweginfecties. Wanneer denk je aan een lage luchtweginfectie? “Specifiek bij acuut hoesten en aspecifiek bij koorts of delier. Zeker als de bewoner een

zieke indruk maakt, benauwd is, snel ademt en blauwe lippen heeft. Ook een snelle pols en een lage bloeddruk moet je meewegen. Heb je een vermoeden schakel dan de hulp van een arts in.”

Wil je meer weten over lage luchtweginfecties bij ouderen? [Klik dan hier](#) [7].





TEGELTJESWIJSHEDEN OVER KENNIS DELEN

Nee, niemand in de zaal kan zich een leven voorstellen zonder kennis. Maar wat is kennis eigenlijk? En hoe kun je het slim delen? Daarover gaat deze workshop annex kennisdelingssessie van Vilans, ActiZ en VGN.

"Wij mensen zijn hersenen op pootjes", zegt Wimjan Vink van ActiZ. "We gebruiken het continu. Het is als water en lucht: het is zo gewoon dat je er niet eens meer bewust van bent." Er is zelfs een formule voor kennis: $K = f\{I \times EVA\}$, bedacht door bedrijfskundige Matthieu Weggeman [8]. Kennis is een functie van informatie, vermenigvuldigd met ervaring, vaardigheden en attitude.

Er zijn veel verborgen kennisschatten. Het topje van de ijsberg zien we, maar er is ook veel verborgen kennis. "Het zit in de mens, het individu en in organisaties", zegt Vink. "Maar het is vaak sterk persoonsgebonden. Als je niet genoeg beseft hoe belangrijk de kennis van het individu is, kan die kennis zo de deur uit lopen. Er is dus heel gericht beleid nodig."

'Facebook-groep voor recepten'

De deelnemers aan de workshop gaan in gesprek over de kennis die zij recent hebben gedeeld en schrijven ze op in tekstballonnetjes. Die worden op de muur verzameld. 'Sparren met collega's en vrienden', 'artikel geplaatst op LinkedIn', 'Facebook-groep voor recepten'. 'Ontmoeten' komt regelmatig terug, maar ook 'moreel beraad' en 'voordoen, instructies geven'.

"Hier kun je al hartstikke veel inspiratie uithalen. Er zitten ook allerlei combinaties en dwarsverbanden in", zegt Hilair Balsters van Vilans. "Je ziet dus dat kennis delen een geïntegreerd deel van ons werk is. En dat we het ook in onze privésituatie continu doen. Nu is het de kunst om het zo in te bedden dat we kennis ook gestructureerd gaan delen."



Nieuwsgierigheid en humor

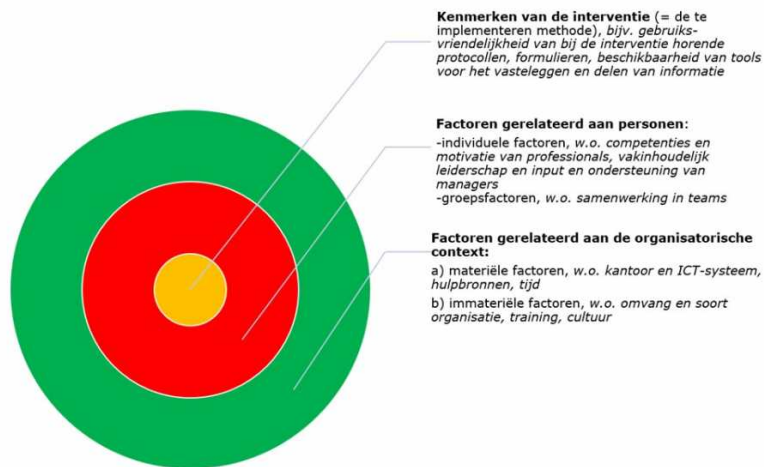
Marion Kersten (VGN) heeft bij de Academische Werkplaats Tilburg onderzoek gedaan naar het kennisbeleid van organisaties. Hoe kun je dat zo optimaliseren dat het delen en toepassen van kennis verbetert. Ze vraagt de aanwezigen eerst om eens na te denken over wat voor hen bevorderende en belemmerende factoren voor kennisdeling zijn.

Bevorderend vinden de aanwezigen onder meer nieuwsgierigheid en humor, een zelfde visie, aansluiten bij leerstijl en voorkennis. Belemmerend zijn onder meer wetten en regels, geen tijd om wetenschappelijke kennis door te voeren, concurrentie, verschillende perspectieven.

"Jullie benoemen veel factoren die met de mensen zelf te maken hebben",

stelt Kersten vast. "Uit mijn onderzoek kwamen ook factoren naar voren die met de interventies zelf te maken hebben en met de organisatorische context."

Belemmerende en bevorderende factoren voor kennisdeling*



De belemmerende en bevorderende factoren uit het literatuuronderzoek van Marion Kersten.

Moeten, willen en kunnen

"Het draait om een combinatie van drie woorden: moeten, willen en kunnen", zegt Kersten. "De competenties van mensen spelen een rol, maar ook of ze wel gemotiveerd zijn om kennis te delen. En soms moet je wel kennis gaan delen. Door nieuwe wetgeving bijvoorbeeld."

Nu haar literatuuronderzoek is afgerond gaat Kersten zich richten op de bestuurders van zorginstellingen en de zorgprofessionals. Welke factoren spelen een rol in het kennisbeleid. En wat hebben professionals nodig voor kennisdeling?

Tegeltjeswijsheden

Aan het einde van de bijeenkomst mogen de aanwezigen zelf ook nog kennis delen. Wat is hun kennisdeeltip voor hun eigen organisatie? Dat levert een mooie lijst met tegeltjeswijsheden op.

"Training in overvloed doet de mens nooit goed", bijvoorbeeld. "Gebruik elkaars talenten en kracht, want we zijn allemaal belangrijk in het team", "Maak de tijd om kennis met elkaar te delen" en "Maak gebruik van elkaars wijsheid."



