



**Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG**

**10 jaar kennis ontwikkelen,  
delen & implementeren**

**Dubbele medicatiecontrole:  
moet niet, mag wel**

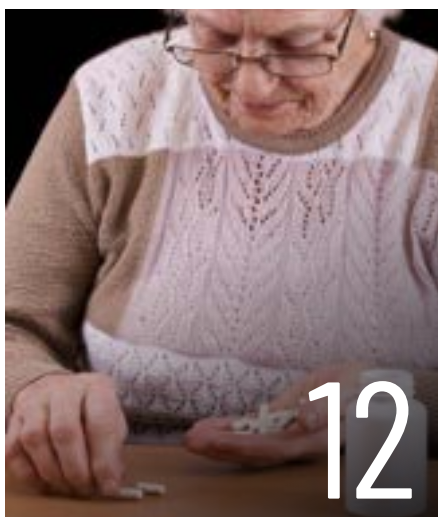
**Familieparticipatie: Werken aan  
een betere band met naasten**

**Wat doet zorg verlenen  
met zorgmedewerkers?**

**Test je kennis! Delier Quiz**

**Mevrouw Venema zingt weer:  
Impact case study  
Pijn bij dementie**

# INHOUDSOPGAVE



<b>Voorwoord</b>	1
<b>Dit is het UNO-UMCG</b>	2 - 11
<b>Kennisthema: Medicatieveiligheid</b>	12 - 15
<b>Zorgverlenen</b>	16 - 17
<b>Kennisthema: Zorgethiek</b>	18 - 21
<b>Kennisthema: Probleemgedrag</b>	22 - 25
<b>Kennisthema: Samenwerken in de 1e lijn</b>	26 - 29
<b>Kennisthema: Pijn, Functioneren en Welbevinden</b>	30 - 35
<b>Sensortechnologie</b>	36 - 39
<b>SPREAD+</b>	40 - 41
<b>Implementatie: van kennis ontwikkelen naar kennis benutten</b>	42 - 48

Het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG (UNO-UMCG) ontvangt jaarlijks financiering van ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS. Hiermee wordt gewerkt aan de opbouw van de kennisinfrastructuur binnen het programma Kennisinfrastructuur Academische Werkplaatsen Ouderenzorg.



# Van harte gefeliciteerd!

Waarom ik jou feliciteer? Omdat dat het UNO-UMCG 10 jaar bestaat en omdat jij waarschijnlijk werkt bij een zorgorganisatie die is aangesloten bij het UNO-UMCG. Het UNO-UMCG is dus net zoveel van jou als van mij. En van al die andere duizenden medewerkers van de aangesloten ouderenzorgorganisaties.

## Terugblikken en vooruitkijken

Voor je ligt het publieksjaarverslag over het jaar 2023. Eigenlijk is 2024 ons jubileumjaar. Maar omdat dit magazine verschijnt in 2024 konden we het jubileum natuurlijk niet onvermeld laten. Tien jaar geleden startten we het netwerk met tien ouderenzorgorganisaties, nu zijn het er twintig. Inmiddels is het UNO-UMCG dus behoorlijk gegroeid. Het aantal onderzoeken, onderzoekers en implementatieadviseurs is toegenomen. Het aantal zorgmedewerkers dat op verschillende manieren meedoet aan onderzoek ook.

Daar mogen we met z'n allen flink trots op zijn.

## Zelfde doel, ander middel

Wat we ook niet onvermeld kunnen laten is de nieuwe werkwijze van het UNO-UMCG. In 2023 is de samenwerking uitgebreid geëvalueerd met de contactpersonen van de aangesloten zorgorganisaties en de onderzoeksafdeling van het UMCG. Daar is een nieuwe manier van samenwerken uit voortgekomen. Van vijf themagroepen gaan we naar twee UNO-dagen en tussentijdse klankbordgroep-raadplegingen. Op de UNO-website lees je meer over de achtergrond en voordelen van deze nieuwe werkwijze, waar we in 2024 mee zijn gestart.

## Overgangsfase

Dit publieksjaarverslag bevindt zich in de overgang van 'oud' naar 'nieuw'. We hebben het hierin bijvoorbeeld nog over vijf

kennisthema's, terwijl we in de nieuwe werkwijze met vier aandachtsgebieden werken. En we hebben het over themagroepleden, die we sinds dit jaar praktijkvertegenwoordigers noemen. Nieuwe woorden, maar de inhoud blijft hetzelfde: we blijven streven naar het ontwikkelen, delen en implementeren van nieuwe kennis voor optimale ouderenzorg. En dat doen we hopelijk nog heel lang, samen met jou en je collega's!

## Proost op ons jubileum!



Sytse Zuidema  
Hoogleraar  
Ouderengeneeskunde en  
Dementie  
Voorzitter UNO-UMCG

# Dit is het **UNO-UMCG**

Sinds de oprichting in 2014 is het UNO-UMCG uitgegroeid tot een regionaal netwerk van twintig verpleeghuisorganisaties in Noord- en Oost-Nederland en een onderzoek- en implementatieteam van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Per 1 januari 2024 heeft TriviumMeulenbeltZorg afscheid genomen en in april 2024 is Het Hooge Heem toegetreden tot het UNO-UMCG.





## De basis van ons netwerk

**De volgende activiteiten vormen de basis van ons netwerk en spelen in elk aandachtsgebied een belangrijke rol:**

### Wetenschappelijk onderzoek

De wetenschappelijke onderzoeken van het UNO-UMCG zijn praktijkgericht. Dat houdt in dat probleem- en vraagstelling(en) vanuit de zorgpraktijk centraal staan, dat de onderzoeken over het algemeen samen met mensen uit de zorgpraktijk worden uitgevoerd en dat de onderzoeksopzet en de terugkoppeling van de resultaten zoveel mogelijk worden afgestemd op de situatie in de zorgpraktijk.

### Kennisdeling en implementatie

Het UNO-UMCG adviseert over de implementatie van nieuwe (wetenschappelijke) kennis of inzichten, werkt bij het ontwikkelen en delen van (wetenschappelijke) kennis nauw samen met de zorgprofessionals en mbo-, hbo- en wo-onderwijs en ontwikkelt scholing voor zorgprofessionals. We geven onder meer scholingen over het implementeren van nieuwe kennis en werkwijzen en we

bieden diverse online en fysieke themabijeenkomsten aan. Daarnaast adviseert het UNO-UMCG over de implementatie van een wetenschapscommissie in de zorgorganisaties, om ervoor te zorgen dat onderzoek en UNO-UMCG-activiteiten organisatie-breed goed verankerd zijn.

### Cliëntparticipatie

Het UNO-UMCG wil onderzoek goed laten aansluiten op de (zorg)behoeften van cliënten. Het cliëntenpanel denkt mee over onderzoek en activiteiten van het UNO-UMCG. Het cliëntenpanel bestaat uit vertegenwoordigers van verpleeghuisbewoners. Zij vertegenwoordigen de aangesloten verpleeghuizen vanuit de cliëntenraden. Het cliëntenpanel levert waardevolle input voor onderzoeksopzetten, subsidieaanvragen en vertaling van onderzoeksresultaten naar de zorgpraktijk.

### Vier aandachtsgebieden

Binnen het UNO-UMCG werken praktijk en wetenschap samen om de zorg waar mogelijk verder te verbeteren. Dat

doen we door onderzoek te doen en de resultaten daarvan te delen en te implementeren. Tot 2024 stonden in die samenwerking vijf kennisthema's centraal: Probleemgedrag, Medicatieveiligheid, Pijn, functioneren en welbevinden, Zorgethiek en Samenwerken in de 1e lijn. Dat worden nu vier aandachtsgebieden: Psychosociale innovaties, Medicatieveiligheid, Zorgethiek en Zorgtechnologie. Deze aandachtsgebieden sluiten beter aan bij ontwikkelingen in de zorg en kansen voor onderzoeksubsidies. Lopende en geplande onderzoeken worden voortgezet binnen deze aandachtsgebieden. Ons onderzoek richt zich voortaan op de verpleeghuiszorg én zorg voor thuiswonende ouderen. Daarnaast zijn de themagroepen per kennisthema vervangen door UNO-dagen (twee keer per jaar) en digitale praktijkraadpleging.

## Vier vragen aan:

# Brenda Timmerman, lid Cliëntenpanel UNO-UMCG

**Brenda Timmerman is cliëntvertegenwoordiger van de centrale cliëntenraad (CCR) bij zorgorganisatie Het Baken en in 2023 lid geworden van het Cliëntenpanel UNO-UMCG.**

### 1 **Waarom bent u lid geworden van het Cliëntenpanel?**

“Na jarenlange mantelzorg voor mijn moeder ben ik lid geworden van de CCR bij Het Baken. Zij verbleef daar de laatste jaren en mijn opgedane ervaringen en inzichten wilde ik graag inzetten voor behoud en verbetering van zorg vanuit een cliënt- en naastenperspectief. Toen Het Baken mij vroeg om lid te worden van het cliëntenpanel van het onderzoek-netwerk UNO-UMCG was ik direct zeer geïnteresseerd, mede door mijn achtergrond als natuurkundig onderzoeker. Het is voor mij een mooie rol om persoonlijke en professionele interesse in te zetten, zeker met de grote veranderingen en uitdagingen die nu spelen in de zorg.”

### 2 **Had u bepaalde verwachtingen van het cliëntenpanel?**

“Via het cliëntenpanel verwachtte ik meer inzicht te krijgen in overkoepelende visies, ervaringen te horen van andere cliëntenraden, een bijdrage te kunnen leveren aan actuele onderzoeken en ons samen in te zetten voor behoud en verbetering van zorg op het gebied van cliënten met dementie en hun naasten.

Deze verwachtingen zijn uitgekomen door verschillende bijeenkomsten waar actuele UNO-onderzoeken gepresenteerd zijn. Ook ben ik als cliëntpanellid dit eerste jaar al bij het opstellen van diverse on-

derzoeksvoorstellen betrokken geweest. Daarnaast heb ik als cliëntvertegenwoordiger deelgenomen aan de voormalige themagroep Samenwerken in de 1e lijn, waar vele aspecten van zorg rondom dementie bij elkaar kwamen, zoals thuiszorg, medische zorg, en informele zorg door naasten.”

### 3 **Welke onderzoeken van het UNO-UMCG sluiten goed aan bij de (actuele) ontwikkelingen binnen uw organisatie en cliëntenraad?**

“Bij Het Baken wordt momenteel hard gewerkt aan het 'openen van deuren' voor bewoners met dementie in het kader van de Wet Zorg en Dwang. Het cross-borderonderzoek, waarbij de Nederlandse aanpak vergeleken wordt met die in Duitsland, is voor ons zeer interessant, omdat ze in Duitsland al langer werken vanuit deze eisen. Daarnaast is ook het onderzoek naar de impact van verhuizen van belang, omdat er nieuwbouwplannen zijn voor één van de vestigingen. Verder staat informele zorg en familieparticipatie hoog op de agenda en de inzet van warme domotica en techniek. Warme domotica is, zoals ik het zie, techniek die bijdraagt aan het verlenen van liefdevolle, persoonlijke zorg. Anders dan alleen de inzet van techniek omdat het makkelijk is voor de zorg. Denk bijvoorbeeld aan cameratoezicht: als de nachtdienst op afstand kan meekijken is dat nuttig. Als deze techniek ook gebruikt wordt om langs te gaan bij mensen die het moeilijk hebben, dan ontstaat ook een warme inzet. Tot slot zijn extramurale zorg en regionale samenwerking actuele aandachtspunten.”



### 4 **Hoe ziet u uw rol als linking pin tussen het Cliëntenpanel UNO-UMCG en de cliëntenraad van Het Baken?**

“Als linking pin probeer ik de informatie vanuit het UNO-UMCG in te brengen bij de onderwerpen waar de CCR en Het Baken mee bezig zijn. Vragen vanuit onderzoek kan ik binnen de CCR bespreken. Ook leg ik ze graag voor aan naasten, om zo een breder cliëntenperspectief te krijgen. Verder probeer ik relevante onderzoeken te signaleren waar Het Baken eventueel aan zou kunnen deelnemen. Dit doe ik bijvoorbeeld door gesprekken te voeren met zorgmedewerkers en community coaches. Bij Het Baken zijn bewoners verdeeld over kleinere woongroepen, de zogeheten communities. De community coach geeft leiding aan het zorgteam en is aanspreekpunt voor de teams binnen de groep. Daardoor kennen zij de bewoners goed en weten ze wat er speelt bij de medewerkers en binnen de organisatie.”





## Nieuwe editie van **Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg**

De zes samenwerkende Academische Werkplaatsen Ouderenzorg (SANO) lanceerden in 2022 de Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg. Deze agenda biedt inzicht in de bestaande wetenschappelijke kennis over ouderenzorg, geeft de huidige kennistekorten weer, ondersteunt beleid dat gericht is op duurzame en goede zorg voor kwetsbare ouderen en geeft richting aan nieuwe onderzoekprogramma's. In oktober 2023 werd een nieuwe editie van deze agenda gelanceerd met toevoeging van vier nieuwe thema's:

zorgtechnologie, medicatieveiligheid, data-geïnformeerde zorg en data-infrastructuur en reablement.

>

## Raad van Bestuur UMCG **maakt kennis met MOOD-Sense op open dag**

Ter ere van het 225-jarig bestaan van het ziekenhuis organiseerde het UMCG op 10 juni 2023 een open dag. Normaal zijn veel plekken niet toegankelijk voor bezoekers, maar tijdens de open dag bood het UMCG 15.000 bezoekers de kans om op verschillende plekken achter de schermen te kijken, van helikopterdek tot operatiekamer. Het UNO-UMCG was vertegenwoordigd met een stand en een proefopstelling van MOOD-Sense. Onder begeleiding van Sytse Zuidema, voorzitter van het UNO-UMCG en netwerkmanager Katy van Hasselt maakten Ate van der Zee en Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit van de Raad van Bestuur van het UMCG kennis met de onderzoekers van MOOD-Sense.



# UNO-UMCG IN 2023



EVALUATIES  
MET  
BESTUURDERS

9



TRAININGEN  
LEREN  
IMPLEMENTEREN

4

HBO-V  
GASTCOLLEGES

2

HBO-V  
ONDERZOEKS-  
STAGES

4

KENNIS-  
THEMA'S

5

PUBLICATIES

14

THEMAGROEP-  
LEDEN

60

INTERVISIE  
WET ZORG EN  
DWANG

1

ONLINE  
THEMATAFELS

3

THEMATAFEL

Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG



BIJENKOMSTEN  
CLIËNTENPANEL

2

THEMAGROEP-  
BIJEN-  
KOMSTEN

25

# “De netwerkfunctie van het UNO-UMCG is voor Liberein belangrijk”

Zorgorganisatie Liberein is al sinds 2014 lid van het UNO-UMCG. Wat betekent deze samenwerking voor Liberein? We vroegen Heidi Pot-Witbreuk, sinds mei 2021 bestuurder van Liberein, naar haar ervaringen met het UNO-UMCG.

## Kunt u een voorbeeld geven waaruit blijkt dat de samenwerking met het UNO-UMCG de kwaliteit van zorg bij Liberein positief beïnvloedt?

“Bij een van onze innovatieprojecten gebruikten we de Verhalenbundel Familieparticipatie waarin de ervaringen staan van zorgprofessionals met het opbouwen van een vertrouwensrelatie met familie. We moeten het project nog evalueren, maar nu al horen we hier positieve geluiden over. De zorgmedewerkers vinden het heel prettig om aan de hand van de ervaringsverhalen met elkaar in gesprek te gaan over hoe je familieparticipatie kunt bevorderen. Deze gesprekken maken hen ervan bewust dat een goede omgang met familie op een laagdrempelige manier kan worden gestimuleerd. Bijvoorbeeld door positief te rapporteren, of door vaker een informeel gesprekje aan te gaan.”

## Welke voordelen ervaart Liberein van het UNO-UMCG-lidmaatschap?

“Binnen het UNO-UMCG lopen veel interessante onderzoeken. Bijvoorbeeld over het welzijn van zorgmedewerkers. Verder hebben diverse medewerkers de gratis training ‘Leren implementeren’ gevolgd. Het UNO-UMCG is ook zeer bereid om bijvoorbeeld een presentatie over één van de onderzoeken te geven. Via onder meer de online ‘Vraag Maar Raak’-sessies, komen wij in verbinding met andere organisaties. Onze zorgmedewerkers kunnen in zo'n sessie kennis uitwisselen en ervaringen delen met zorgmedewerkers uit andere organisaties. En met implementatieadviseurs van het UNO-UMCG. Bijvoorbeeld over een bepaald onderzoek of implementatietraject. Met name het verbinden met diverse organisaties, waardoor een netwerk ontstaat waarin kennis wordt gedeeld, is voor Liberein

belangrijk. Het UNO-UMCG faciliteert dat.”

## Hoe is het UNO-UMCG verankerd binnen Liberein?

“Toen ik begon bij Liberein was de samenwerking met het UNO-UMCG belegd bij slechts een handvol medewerkers. Andere projecten en thema's hadden binnen Liberein destijds een hogere prioriteit. Vanaf 2022 kwam er weer meer ruimte voor samenwerking met het UNO-UMCG en zijn we gestart met de oprichting van een wetenschapscommissie. Tijdens deze opstart worstelden we met het opstellen van een wegingskader voor onderzoekverzoeken: hoe maak je een goede keuze uit de vele onderzoekverzoeken die je ontvangt? Diverse documenten uit de UNO-UMCG toolbox ‘Wetenschap en Onderzoekcommissie (WOC)’ hebben ons geholpen met het vormen van een goede basis voor onze wetenschapscommissie. Het aanhaken en bekendheid geven aan het UNO-UMCG binnen de hele organisatie vraagt tijd, maar ontwikkelt zich gestaag.”

## Heeft u een suggesties om de samenwerking binnen het netwerk verder te versterken?

“Ik denk dat we elkaar nog meer kunnen vinden en ik verwacht dat de nieuwe werkwijze van het UNO-UMCG – met fysieke UNO-dagen en digitale praktijkraadpleging in plaats van themagroepen – daaraan een positieve bijdrage kan leveren. Omdat daardoor een bredere groep praktijkvertegenwoordigers bij onderzoek en activiteiten van het UNO-UMCG betrokken raakt.”

## Hoe ziet de toekomstige samenwerking tussen Liberein en UNO-UMCG er volgens u uit?

“Ik hoop als een wederkerige relatie, waarin Liberein kan bijdragen aan de onderzoeken van het UNO-UMCG en de onderzoekers en het implementatieteam ons kunnen blijven voorzien van interessante, praktisch toepasbare onderzoeksresultaten.”





## Samen sterker

Het UNO-UMCG neemt volop deel aan samenwerkingsverbanden op lokaal, regionaal en nationaal niveau. Voorbeelden van samenwerkingspartners zijn:

- Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)
- ZonMw
- Mbo- en hbo-instellingen, in Noord- en Oost-Nederland, waaronder hogeschool Hanze Groningen
- Verenso
- Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ)
- AHON (Academisch Huisarts Ontwikkel Netwerk van het UMCG)
- Interdem (psychosociale interventie bij dementie)
- Alzheimer Centrum Groningen
- Alzheimer Nederland
- Netwerk Verstandelijk beperking en geestelijke gezondheidszorg (VBGG)
- Universiteiten, waaronder Rijksuniversiteit Groningen, Universiteit voor Humanistiek Utrecht, Universiteit Twente,

Technische Universiteit Eindhoven, Universiteit van Amsterdam, RadboudUMC en Leids Universitair Centrum (LUMC)

- Project Modern Health van Netwerk ZON 2026 in samenwerking met Consortium Beroepsonderwijs
- Lerende Zorgcultuur van Zorgplein Noord
- Vilans
- Consortium Beroepsonderwijs
- Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)
- Zorgplein Noord, actiegroep Informele zorg
- Prove2move
- SPREAD+ consortium
- Antimicrobiële resistentie (AMR) Zorgnetwerk Noord Nederland

### Internationale samenwerking

Daarnaast neemt het UNO-UMCG deel aan meerdere internationale samenwerkingsverbanden, waaronder onderzoeksprojecten in Noorwegen, Duitsland, het internationale netwerk voor muziektherapeuten en de International Joint Research Group Move in Age (onderzoek met hogeschool Hanze Groningen, UMCG en Vrije Universiteit Brussel naar paratonie bij dementie).

### Evaluatie UNO-UMCG subsidieperiode 2018-2023

In opdracht van subsidiegever VWS/ ZonMw heeft het UNO-UMCG de subsidieperiode 2018-2023 geëvalueerd. De zogeheten endterm-evaluatie is ook bestemd voor andere stakeholders, zoals het UMCG, de bestuurders van deelnemende zorgorganisaties en het UNO-UMCG Cliëntenpanel.

# Verbinding Wetenschap en Praktijk

Zorgprofessionals en bestuurders uit de ouderenzorg en medewerkers en onderzoekers van het UNO-bureau spraken in maart 2023 over de verbinding tussen wetenschap en praktijk. Tijdens de bijeenkomst werd gebrainstormd over hoe het UNO-UMCG het nu doet als netwerk ouderenzorg, wat er goed gaat én wat beter kan.

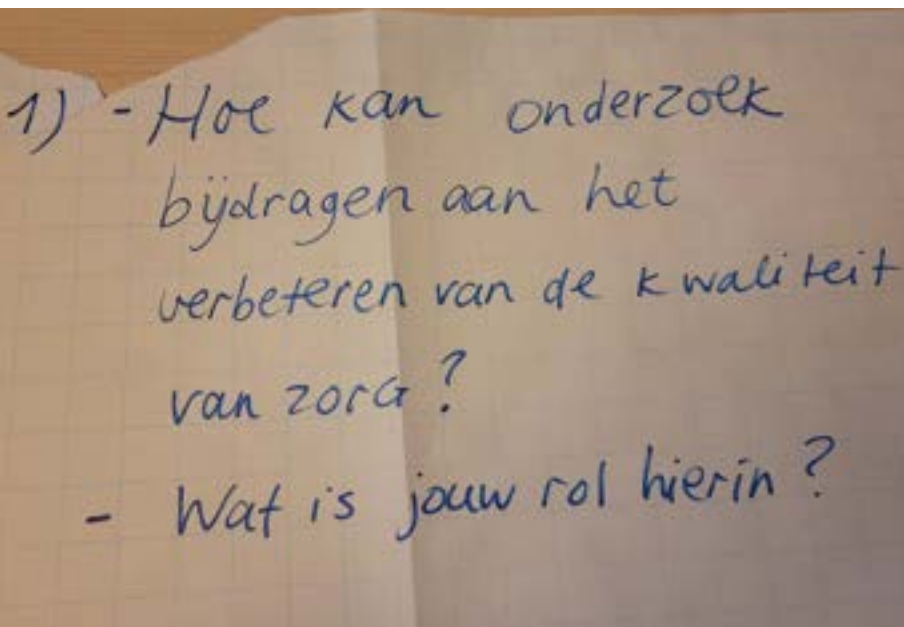
De brainstromsessie van die middag leverde veel input op. Input die kan helpen

om de onderlinge samenwerking binnen het netwerk te versterken en ons gezamenlijke doel, kwaliteit van zorg behouden en optimaliseren door middel van onderzoek en kennisdelen, te bereiken.

De kennis en inspiratie van de bijeenkomst is verwerkt in een gespreksleidraad met stellingen en prikkelende vragen. De leidraad kun je gebruiken om het gesprek aan te gaan binnen je eigen organisatie: Hebben wij een duidelijke visie op onder-

zoek? Is kennisontwikkeling geborgd? En hoe delen wij kennis? Kortom: Hoe gaat het bij ons? Heb het er eens over!

➔ [Bekijk de gespreksleidraad op de rechter pagina.](#)



# Heb het er eens over!

## Verbinding Wetenschap en Praktijk: hoe doen we dat in de ouderenzorg?

Hebben wij een duidelijke visie op onderzoek? Is kennisontwikkeling geborgd? En, hoe delen wij kennis met onze collega's? Kortom: Hoe gaat het bij ons?

Gebruik deze gespreksleidraad met stellingen en prikkelende vragen om in gesprek te gaan binnen je eigen organisatie. Doel van het gesprek is om de rol van onderzoek in jouw organisatie te verduidelijken en zo nodig te vergroten.

### Nut en noodzaak

- Meedoen aan onderzoek is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren
- Bestuurders van de organisaties zijn betrokken en supporten hun medewerkers bij het doen van onderzoek
- De lat voor de kwaliteit van zorg én toepassing van bestaande (evidence based) kennis moet omhoog in de ouderenzorg. Onderzoek doen is cyclisch: nieuwe kennis leidt tot een nieuwe vraag – vervolgonderzoek is dus een mooie uitkomst

“Iedereen kan onderzoek doen!”

### Inbedding in de dagelijkse praktijk en schaarste

- De cultuur en visie van de zorgorganisatie is leidend voor het van de grond komen van leren van en met onderzoek
- Onderzoek naar aanleiding van een concrete vraag vanuit de dagelijkse praktijk kan jou en je collega's de oplossing brengen
- Onderzoek doe je niet alleen om te veranderen, maar ook om door te gaan met wat al goed gaat
- Onderzoek is heel breed – van het lezen van literatuur tot het meedoen aan internationale gerandomiseerde trials

“Ik wil wel meedoen maar houd mij weg van de wetenschappelijke ingewikkeldheid”

### Praktische keuzes in je organisatie

- Een professional die deelneemt aan onderzoek moet hier in tijd voor gefaciliteerd worden – of is het onderdeel van het dagelijks werk?
- De kennisstructuur in de organisatie wordt geborgd, door bijvoorbeeld de Wetenschaps- en Onderzoekscommissie (W.O.C.)
- Kennisdeling vindt binnen de organisatie plaats (bijvoorbeeld via intranet, klinische lessen, webinars), met doelgroepgericht taalgebruik

“Vakliteratuur lezen is ook onderzoek. Moet je hier expliciet tijd voor vragen?”

**Hoe gaat dit in jouw organisatie?**



Het kennisthema Medicatieveiligheid richt zich op passend gebruik van medicatie bij kwetsbare ouderen. Er wordt onderzoek gedaan om goede afwegingen te kunnen maken tussen de voor- en nadelen van medicijnen bij kwetsbare ouderen, zoals preventieve cardiovasculaire medicatie en psychofarmaca.

## Dubbele medicatiecontrole: moet niet, mag wel

**Dubbele medicatiecontrole is geen door de IGJ opgelegde verplichting. Dat bleek tijdens de sessie 'Dubbele medicatiecontrole: van moeten naar mogen?' op het symposium De Tien van het UNO-UMCG.**

Meer dan de helft van de aanwezigen – zo'n honderdvijftig symposiumdeelnemers woonden deze sessie bij – dacht dat de dubbele medicatiecontrole in de VVT-sector opgelegd is door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Galja Hendrikse, inspecteur bij de IGJ: "Het veld bedenkt en schrijft zelf protocollen en richtlijnen. De IGJ toetst vervolgens het beleid van de organisatie op basis van die zelf opgestelde protocollen. Wijkt de organisatie daarvan af, dan willen wij graag uitleg daarover. We hanteren het principe: 'pas toe of leg uit'. Als inspectie bewaken we de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het gaat ons erom dat de organisatie kan aantonen dat medicatie op een patiëntveilige manier wordt verstrekt."

Voor extra veiligheid in het medicatieproces voeren zorgmedewerkers van vrijwel alle zorgorganisaties in Nederland sinds 2012 dagelijks dubbele medicatiecontroles uit. Deze controle is landelijk ingevoerd via de handreiking 'Veilige principes in de medicatieketen', opgesteld door het Platform Medicatieveiligheid in de care. De dubbele controle vindt plaats bij medicatie die risicovol is en niet door de apotheek is voorverpakt in bijvoorbeeld een medicatierol (Baxter).

### Wat is risicovolle medicatie?

Met risicovolle medicatie wordt medicatie bedoeld die een groter risico op schade oplevert bij een verkeerde dosering. De apothekersvereniging KNMP heeft hiervoor een lijst opgesteld: de 'dubbele controlelijst'. Hierop staan alle risicovolle medicijnen vermeld. Het gaat om medicijnen waarvan de werkzame en schadelijke dosering dicht bij elkaar liggen (nauwe therapeutische breedte), orale oncolytics en insulines.

Naar de meerwaarde van een dubbele medicatiecontrole is nauwelijks onderzoek gedaan, vertelt senior onderzoeker Esther de Haas van het UNO-UMCG. "Daarmee is er dus ook geen bewijs dat de dubbele medicatiecontrole zorgt voor een belangrijke afname in medicatiefouten. Onduidelijk is ook of een eventuele afname in fouten opweegt tegen wat een dubbele controle kost in tijd en middelen. We weten het simpelweg niet." Anja Kohler-Cornelissen, beleidsmedewerker Directie langdurige zorg VWS: "Als zorgorganisaties initiatief tonen om de geleverde zorg te verbeteren, dan kunnen wij dat alleen maar stimuleren. En als je echt iets groots wilt veranderen is het waardevol daar on-

derzoek naar te doen.” Het UNO-UMCG wil dit nu oppakken en heeft een subsidieaanvraag voor onderzoek ingediend bij ZonMw. Aanleiding hiervoor was het besluit van zorgorganisatie Carintreggeland in 2021 om te stoppen met de dubbele medicatiecontrole.

### “De dubbele controle is een handreiking”

Emmely Hoek, zorgmanager bij zorgorganisatie Carintreggeland: “De dubbele controle komt uit een handreiking. En: van een handreiking mag je afwijken. Dat is wel heel spannend, want het hele land doet de dubbelcheck. De grote vraag was dan ook eerst: durven wij hier als organisatie van af te wijken?” Het afschaffen van de dubbele medicatiecontrole kwam voort uit een initiatief van een medewerker en werd ondersteund door de beweging Radicale vernieuwing verpleeghuiscare, waar Carintreggeland bij is aangesloten. Een beweging die af wil van regels en meer focus op relaties. Hoek: “Zorgmedewerkers twijfelden aan nut en noodzaak van de dubbele medicatiecontrole. Ze vroegen zich letterlijk af waarom ze dit moesten doen: “Wij zijn toch opgeleid voor een veilige toediening van medicatie, of vertrouwen jullie ons soms niet?”

### Dubbelcheck: moet niet, mag wel

Na rondvraag binnen Carintreggeland bleek dat medewerkers open stonden voor het afschaffen van de dubbele medicatiecontrole. Maar, het daadwerkelijk stoppen met de dubbelcheck heeft een lange aanloop gehad. Eerst is er met alle betrokken partijen, zoals de cliëntenraad, de verpleegkundig adviesraad (VAR) en ook de IGJ gesproken. Nog vóór er een pilotteam gestart is: “We wilden iedereen bij deze beslissing betrekken”, zegt Hoek. “En, belangrijk om te weten, de dubbelcheck van medicatie is bij ons niet meer verplicht. Het moeten is er af, maar als je twijfelt mag je natuurlijk altijd vragen of een collega met je meekijkt.”

Jolanda Talen, wijkverpleegkundige bij zorgorganisatie Noorderboog, is benieuwd naar de uitkomsten van het onderzoek dat het UNO-UMCG hoopt te kunnen starten. “Wij voeren de medicatiecontrole nog wel uit, maar het kost veel tijd. Je kijkt eerst of je cliënt zelf de dub-



belcheck kan doen of een mantelzorg. Zo niet, dan moet je op zoek naar een collega of een foto uploaden via het digitaal toedieningssysteem. Vervolgens moet je wachten totdat iemand tijd heeft gevonden om jouw foto te controleren. Je weet niet hoelang dit gaat duren maar je moet wachten totdat je akkoord krijgt.”

Christine Pleij, wijkverpleegkundige bij zorgorganisatie Carintreggeland: “Ik ben heel blij dat wij gestopt zijn. Eerst dacht ik nog, stoppen met de dubbelcheck? Dat kan toch helemaal niet?! Ook was de eerste week even spannend, maar al snel was het vooral heel fijn. We weten écht wel wat we aan het doen zijn. Een gevoel van: Yes! We worden vertrouwd.”

### Tuchtrecht

Sommige zorgmedewerkers maken zich zorgen over de gevolgen: Wat nou als het misgaat zonder die dubbelcheck? Komt de tuchtrechter er dan aan te pas? Hendrikse, inspecteur van de IGJ: “Nee, uiteindelijk is het mensenwerk. En waar gehakt wordt, vallen spaanders. Wel is het belangrijk om een fout te analyseren: wat is er gebeurd? Was deze fout vermijdbaar of moeten we het systeem aanpassen? Onlangs zijn we bij Carintreggeland geweest voor een toezichtbezoek. Daar hebben we gezien dat deze zorgorganisatie zorgvuldig heeft nagedacht over het

stoppen van de dubbele medicatiecontrole. Het is belangrijk om goed de risico's in kaart te brengen en ook de mensen in te lichten die de medicatie krijgen. Zij moeten weten dat een organisatie afwijkt van de handreiking.”

Eelke Wiersma, cliëntvertegenwoordiger bij zorgorganisatie Dignis: “Ik denk dat de meeste cliënten en naasten überhaupt niet weten dat de medicatie dubbel gecontroleerd wordt. Tegen zorgorganisaties zou ik willen zeggen: ga uit van vertrouwen in de zorgprofessionals die heus wel weten waar hun grenzen liggen.”

### Opiaten

Opiaten staan niet op de ‘dubbele controlelijst’. Wel geldt voor opiaten dat er risico is op misbruik door zorgmedewerkers. Om die reden gelden er aparte regels voor het bewaren van opiaten binnen een zorgorganisatie (opiumwetbesluit). Zorgorganisaties mogen intern wel afspraken maken over een dubbele controle van opiaten voor toediening. Bijvoorbeeld om misbruik binnen de eigen organisatie te voorkomen of terug te dringen.



→ Lees meer: Dubbele controle van medicatie (zorgvoorbeter.nl)

# “Veilig medicatiegebruik bij kwetsbare ouderen vraagt om maatwerk en samenwerking”

Specialisten ouderengeneeskunde hebben de kennis en ervaring om medicatie op maat aan te bieden aan kwetsbare ouderen in het verpleeghuis. Maar hoe bereikt hun maatwerk de kwetsbare ouderen die thuis wonen? Onder andere deze vraag stelden wij Yonos Doestzada, specialist ouderengeneeskunde/kaderarts psychogeriatric bij Interzorg.

## Waarom is maatwerk in medicatiegebruik bij ouderen belangrijk?

“Als medicatiebeleid geen maatwerk is kan dat bij ouderen veel ellende veroorzaken. Het risico op vallen kan toenemen, het kan vermoeidheid veroorzaken of het geheugen negatief beïnvloeden. Uit onderzoek\* blijkt dat ruim 6% van alle acute ziekenhuisopnames van ouderen kan worden toegeschreven aan bijwerkingen van medicatie. Bijwerkingen kunnen het welbevinden van de oudere dusdanig beïnvloeden dat de voordelen van de medicatie niet meer opwegen tegen de nadelen.”

## U werkt in een verpleeghuis. Hoe bereikt uw medicatiekennis de thuiswonende ouderen?

“Door mijn expertise zo breed mogelijk te delen met de eerstelijns behandelaars en zorgmedewerkers. Diverse huisartsen vragen mij via een consult om advies

over onder andere medicatiegebruik, het verloop van het ziekteproces of over het wel of niet doorverwijzen naar het ziekenhuis. Ook neem ik regelmatig deel aan multidisciplinaire overleggen van het geriatrisch netwerk van zeven huisartspraktijken in de gemeente Noordenveld. Optimaal medicatiegebruik bij kwetsbare ouderen bereik je alleen door als zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn nauw met elkaar samen te werken.”

## Hoe houdt u uw eigen medicatiekennis op peil?

“Nieuwe kennis haal ik onder andere uit intercollegiale overleggen en deelname aan sessies van bijvoorbeeld het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO). Verder zit ik in kennis- en farmaceutische commissies. En doordat ik betrokken ben bij onderzoeken rondom medicatieveiligheid van het UNO-UMCG haal ik nieuwe kennis op uit resultaten van onderzoek.”



\*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2011;155: A3802, Auteur: R.J. van Marum



# “Informeert cliënten duidelijk over effectiviteit en mogelijke bijwerkingen”

“Sommigen willen koste wat het kost een hartaanval voorkomen. Anderen zeggen: ‘Nou... dat wil ik wel, maar niet als de bijwerkingen mijn dagelijks leven benadelen.’ Dat zei senior onderzoeker Dika Luijendijk in oktober in het programma Radar (AVROTROS). Tijdens de uitzending pleitte zij ervoor dat behandelaren cliënten vooraf duidelijk informeren over de mogelijke effecten van hart- en

vaatmedicatie. Dika: “Cliënten kunnen dan meebeslissen over hun behandeling en hun keuze bepalen op basis van hun eigen persoonlijk voorkeuren.”

# Joyce Kuiper: “Weten welke medicatie je geeft en waarom kan fouten in het medicatieproces voorkomen”

Joyce Kuiper, kwaliteitsadviseur bij Interzorg, legt uit waarom het volgens haar belangrijk is dat zorgmedewerkers weten welke medicatie zij aan hun cliënten geven en met welk doel. Kuiper was tot voor kort voorzitter van de themagroep Medicatieveiligheid.

“Kennis van medicatie bij zorgmedewerkers is belangrijk. Het kan de zorg aan cliënten positief beïnvloeden en fouten voorkomen. Deze kennis wordt bovendien steeds belangrijker nu veel verpleeghuizen de dubbele medicatiecontrole schrappen, onder meer vanwege tijds-

druk en administratieve last. Kennis van medicatie geeft zorgmedewerkers ook meer zelfvertrouwen en neemt onnodige onzekerheid bij hen weg.”



## Psychofarmaca: noodzaak of gemak?

**Op de afdeling in het verpleeghuis verloopt de dag anders dan anders. Vanochtend kwam eerst de tandarts langs en later op de dag is er gezongen met het koor. Er zijn veel prikkels en één bewoner is erg onrustig. De zorgmedewerkers vragen zich af wat te doen: “Zullen we de bewoner naar een rustigere plek brengen in de woonkamer of uit laten rusten op zijn eigen kamer? Of is het beter om nu alvast de voorgeschreven kalmerende medicatie te geven?”**

Wanneer beslist een zorgmedewerker om psychofarmaca toe te dienen en

met welke reden? Dorinda de Vries en Doetsje Kootstra gingen voor hun hbo-v afstudeeronderzoek aan de slag met bovenstaande dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden IG op een pg-afdeling met ouderen van de Zonnehuisgroep Noord, locatie Zuidhorn. Met hun onderzoek toonden ze aan dat de zorgmedewerkers niet direct medicatie toedienen, maar eerst kijken naar de inzet van een passend alternatief: een psychosociale, niet-medicamenteuze interventie.

### Subsidie voor onderzoek over buiten de richtlijn voorgeschreven middelen bij onrust (ADAPT-onderzoek)

Ongeveer 70% van de voorgeschreven middelen tegen onrust bij dementie zijn middelen die niet in de richtlijn ‘Probleemgedrag bij mensen met dementie’ worden geadviseerd. Wat is het effect van deze middelen? En wat zijn de ongewenste effecten?

Dat gaan onderzoekers van het UNO-UMCG en het UNO-Amsterdam samen onderzoeken, nadat in de zomer van 2023 bekend werd dat zij subsidie ontvangen vanuit het subsidieprogramma Goed Gebruik Geneesmiddelen voor het zogenoemde ADAPT-onderzoek: Agitatie bij mensen met Dementie: evaluatie van beArgumenteerde PsychofarmacaTherapie.

Een belangrijk onderdeel van de ADAPT-studie zijn de zogenoemde N=1 studies., die in januari 2025 van start gaan. Deze studies onderzoeken de effecten van drie middelen die vaak buiten de richtlijnen worden voorgeschreven tegen onrust bij dementie: lorazepam, quetiapine en olanzapine.



# Een goede energiebalans

## 'Impact van zorgen op zorgmedewerkers'



Hoe staat het met de energiebalans van zorgmedewerkers? Krijgen zorgmedewerkers in het verpleeghuis ook energie van het verlenen van zorg of kost dit hen alleen maar energie? Hoe is de energiebalans tussen werk en thuis? En op welke manier kunnen zorgmedewerkers ondersteund worden in het vinden van een goede balans? Op deze vragen willen onderzoekers Sarah Janus en Ylse van Dijk van het UNO-UMCG en Astrid Tuinman, onderzoeker Verplegingswetenschappen UMCG, antwoord. Vier vragen aan Ylse van Dijk over de voortgang van het onderzoek.

### 1 Jullie hebben inmiddels de interviews afgerond. Wie hebben jullie geïnterviewd?

"We verzamelen informatie vanuit diverse perspectieven. Dus zorgden we ervoor dat iedere functie voldoende vertegenwoordigd was, en de deelnemers uit verschillende verpleeghuizen afkomstig waren. In totaal hebben we zestien zorgmedewerkers, waaronder verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en zorg- of huiskamerassistenten geïnterviewd."

### 2 Welke informatie wilden jullie uit de interviews ophalen?

"We willen graag in kaart brengen hoe vermoeidheid bij medewerkers kan worden verminderd, zowel door de medewerkers zelf als door de werkgever.

We vroegen de deelnemers bijvoorbeeld waar ze energie van krijgen en wat hen energie kost. Op het werk, maar ook thuis. Hierdoor ontstonden vaak diepgaande en openhartige gesprekken, waar we de deelnemers erg dankbaar voor zijn. Er speelt in de ouderenzorg erg veel rond-

om medewerkers, zoals de personeelstekorten en de toegenomen werkdruk. We merkten dat de deelnemers daardoor graag wilden vertellen waar ze tegenaanlopen en waar ze verbeterpunten zien. Voor mij was dit een unieke kans om in gesprek te gaan met de mensen waar het in mijn onderzoek om draait. Met de informatie uit deze gesprekken kunnen we de werkomstandigheden van verpleeghuismedewerkers nog beter in kaart brengen."

### 3 Kunnen jullie al concrete resultaten delen?

"Met name door de gevarieerdheid van de groep deelnemers hebben de interviews veel waardevolle informatie opgeleverd over welke werk- en thuissituaties zorgmedewerkers energie kosten of juist geven. Voor concrete resultaten komt dit Publicatiejaarverslag helaas net te vroeg. We zijn nog volop bezig met het analyseren van de interviews. Wel kunnen we enkele veelgenoemde voorbeelden geven van thuis- en werksituaties die energie kosten of juist geven. In de thuissituatie

zijn dat bijvoorbeeld het verlenen van mantelzorg of de zorg voor kinderen. En ook financiële en relationele zorgen worden genoemd. Wat betreft werksituaties geven met name verpleegkundigen aan dat het opbouwen van een goede samenwerking met collega's en leidinggevendenden hen energie kan kosten of juist kan geven. In het werk van verzorgenden, helpenden, zorg- of huiskamerassistenten staat het tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van de bewoner meer centraal."

### 4 En hoe gaat het onderzoek nu verder?

"Met behulp van de Interact-beurs van Alzheimer Nederland starten we in november 2024 een vervolgonderzoek van drie maanden. Hierin gaan we de kant van de Human Resources-medewerkers belichten. We bespreken met hen ondermeer hoe we de resultaten uit de interviews met de zorgmedewerkers kunnen vertalen naar personeelsbeleid."

# “Zorgverleners kunnen door morele stress langdurig ziek worden”



**Veel zorgverleners ervaren morele stress: zij voelen zich gespannen, onzeker of gefrustreerd. Bijvoorbeeld omdat ze het gevoel hebben niet de zorg te kunnen bieden die ze zouden willen geven. Onderzoeker Floor Vinckers van het UNO-UMCG doet onderzoek naar de oorzaken van morele stress bij zorgverleners. Maar ook naar wat dit met hen doet en hoe zij er beter mee kunnen omgaan. Floor voert dit onderzoek uit in opdracht van het Centrum voor Expertise en Consultatie (CCE). Zij interviewde CCE-medewerkers en behandelaars, zoals een gz-psycholoog en gedragstherapeut, die betrokken zijn bij vastgelopen situaties.**

## Kun je een voorbeeld geven van een vastgelopen situatie in de ouderenzorg die morele stress kan veroorzaken bij zorgverleners?

“Stel, er is een mevrouw op je afdeling die heel angstig is en voortdurend huilt. Alleen als jij of een van je collega's naast haar zit wordt ze rustig en kan ze zelfs gezellig meedoen met de rest. Maar zit ze alleen in haar stoel, dan huilt ze voortdurend. Je vindt het belangrijk dat zij een goede dag heeft, maar er kan niet de hele dag iemand naast haar zitten. Samen met je team heb je van alles geprobeerd om mevrouw rustiger en minder angstig te krijgen. Maar helaas, niets helpt en je zit met je handen in het haar. Die tweestrijd kan, heel begrijpelijk, leiden tot gevoelens van onmacht, tekortschieten en falen.”

**De CCE-medewerkers begeleiden zorgverleners in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg, maar ook in de gehandicaptensector, jeugdsector en ggz. Zien zij**

## verschillen in morele stress bij zorgverleners per zorgsector?

“Nee, eigenlijk niet. Zij zien in alle zorgsectoren morele stress bij de zorgverleners. In de oorzaken zien de geïnterviewden ook geen verschillen tussen de zorgsectoren. Te weinig tijd hebben voor bewoners en cliënten, omdat de zorgverleners ook voor familie en voor collega's tijd moeten en willen vrijmaken, komt in alle zorgsectoren als belangrijkste oorzaak van morele stress naar voren. Deze tijdsdruk neemt alleen maar toe door oplopende personeelstekorten en doordat organisaties steeds meer administratieve taken neerleggen bij hun zorgverleners.

Het uitvoeren van administratieve taken is voor veel zorgverleners een vak apart. Het kost hen veel tijd en energie. In de zorg werken mensen die verbinding en contact willen hebben met cliënten. Mensen die ervoor willen zorgen dat een cliënt een goede dag heeft, of zoveel mogelijk zelfstandigheid behoudt. Om toch nog enigszins een goed gevoel over

te houden aan hun werkdag, en even tijd te hebben voor cliënten, werken sommige zorgverleners daarom zelfs extra lang door.

Zorgverleners in de ouderenzorg uiten hun morele stress op dezelfde manier als hun collega's uit de gehele zorgsector: in boosheid, frustratie, spanning of uiteindelijk toch maar gewoon doorzwoegen. Vaak zoeken zorgverleners steun bij hun manager, maar voelen ze die steun niet. Maar managers kunnen door bijvoorbeeld personeelstekorten zelf ook met de handen in het haar zitten. Praten met collega's wordt in de interviews veel genoemd als middel tegen oplopende frustraties, spanning en stress. Soms lucht even goed huilen ook op. Zorgverleners in alle zorgsectoren kunnen door morele stress burn-out klachten krijgen en langdurig ziek worden.”

## Wat is het vervolg op deze interviewronde?

“Eerder heb ik de CCE-coördinatoren en -consulenten horen vertellen over morele stress bij de zorgverleners. Nu wil ik van de zorgverleners op de werkvloer zelf horen hoe zij denken over morele stress. Wat zien zij als oorzaken? Hoe gaan ze ermee om? En welke mogelijkheden zien zij om beter met morele stress om te gaan?”



Het kennisthema Zorgethiek richt zich op het omgaan met morele dilemma's die zorgprofessionals tegenkomen bij persoonsgerichte zorg.

## Aan de slag met **praktische interventies** voor een betere band tussen familie en zorgmedewerkers

Het onderwerp familieparticipatie staat bij zorgorganisaties hoog op de agenda. Om die reden zijn de uitkomsten van het onderzoek Familieparticipatie van het UNO-UMCG volop gedeeld. Zo wordt de Verhalenbundel Familieparticipatie door zorgteams gebruikt om inspiratie op te doen om de vertrouwensband met familie te versterken. Want dat is de belangrijkste uitkomst van het onderzoek van senior ethiekonderzoeker Nina Hovenga: werken aan de vertrouwensband is essentieel om goede samenwerking tussen zorgmedewerkers en familie voor elkaar te krijgen.

Nina, die in september 2024 promoveert, deed onder meer onderzoek naar spanningen die familie in de samenwerking kan ervaren. Die ontstaan vaak al rondom opname. Familie betreedt dan een nieuwe wereld en kan zich onzeker voelen over wat er van hen wordt verwacht in de zorg voor hun naaste. Wederzijdse verwachtingen in de samenwerking tussen familie en zorgmedewerkers blijven vaak onbesproken, blijkt uit het onderzoek. Bijvoorbeeld omdat familie niet 'lastig' gevonden wil worden, waardoor ze wensen over de zorg of kritische vragen achterwege laten.

### Kerncompetenties

Nina bracht aan de hand van interviews met familieleden in kaart wat familie belangrijk vindt in de zorg voor hun naaste in het verpleeghuis. Opmerkelijk is bijvoorbeeld een kerncompetentie: familie vindt het belangrijk dat de mensen die voor hun naaste zorgen – zorgmedewerkers en informele zorgverleners zoals vrijwilligers en familieleden – erop attent zijn dat hun naaste zoveel mogelijk actief betrokken blijft bij dagelijkse activiteiten, ervoor zorgen dat hun naaste zich comfortabel en ontspannen voelt en dat de waardigheid van hun naaste behouden blijft.



Tijdens de interviews heeft Nina doorggevraagd op de concrete uitvoering van de genoemde wensen. 'Met actief blijven' bedoelt familie bijvoorbeeld dat er voldoende ruimte wordt geboden om deel te nemen aan groepsbijeenkomsten, dat er 1-op-1-aandacht is voor hun naaste en dat er gelegenheid wordt gecreëerd om medebewoners te treffen. En met 'waardigheid behouden' bedoelt familie dat betrokkenen in de zorg er samen voor zorgen dat hun naaste en zijn woonomgeving er verzorgd uitzien en dat zijn privacy wordt gerespecteerd. Zo zijn alle wensen van familie nader uitgewerkt.

## Vertrouwen ‘testen’

Nina: “Veel van deze wensen liggen voor de hand en zorgmedewerkers zullen ongetwijfeld hun uiterste best doen om dit voor elkaar te krijgen, ondanks personeelskrapte en andere zaken die hun aandacht vergen. Uit mijn onderzoek kwam naar voren dat het al dan niet tegemoetkomen aan wensen van familie verband houdt met vertrouwen. Als familieleden bijvoorbeeld een rommelige kamer aantreffen of een naaste met ongekamde haren, doet dat iets met het vertrouwen in de zorgmedewerkers.”

Volgens Nina is het van belang om je te blijven beseffen dat familie voor de zorg voor hun naaste grotendeels is overgeleverd aan zorgmedewerkers. “Familie zal – meestal onbewust – voortdurend ‘checken’ of de geleverde zorg hun vertrouwen waard is. Is er een goede relatie tussen familie en zorgmedewerkers, dan kan de vertrouwensband wel tegen een stootje. Is dat niet zo, dan gaan kleine ontevredenheden al snel een grotere rol spelen, wat de samenwerking tussen zorg en familie bemoeilijkt. Werken aan vertrouwen is daarom minstens zo belangrijk als proberen te voldoen aan de wensen van bewoner en familie.”

## Ervaringsverhalen

De Verhalenbundel Familieparticipatie bevat ervaringsverhalen over interventies die zorgmedewerkers hebben uitgeprobeerd om de vertrouwensband met familie te versterken en op die manier de samenwerking met familie te verbeteren. Afgelopen jaar is de Verhalenbundel tientallen keren opgevraagd door leden van cliëntenraden, zorg- en welzijnsmedewerkers, teamleiders, beleidsmedewerkers en bestuurders.

Zorgteams van Meander in Veendam en Zonnehuisgroep Noord in Delfzijl zijn inmiddels onder begeleiding van implementatieadviseurs Ivonne Lesman en Riejanne Slaghuis van het UNO-UMCG aan de slag gegaan met het starten van een implementatieproject om de vertrouwensband met de familie te versterken door de interventies uit de verhalenbundel toe te passen. Samen met de interne projectleiders van de zorgorganisaties is eerst gezocht naar een aanpak die



het meest aansluit bij de alledaagse zorgpraktijk. Vervolgens is met een manager uit de zorgorganisatie afgesproken hoeveel uren en andere faciliteiten medewerkers beschikbaar hebben voor dit implementatieproject. Daarna zijn er op de verschillende locaties projectgroepen opgericht, die samen met de teams aan de slag gaan met het toepassen van de interventies. Zo blijft het opbouwen van een band met familie op de agenda van de zorgteams.

## Interventies in de praktijk

De projecten staan nog in de kinderschoenen: onlangs vond op twee locaties de kick-off plaats. De komende tijd gaan de zorgteams aan de slag met de gekozen interventies uit de Verhalenbundel. In Meander gaan de zorgteams bijvoorbeeld ‘geluismomenten delen’, wat inhoudt dat ze specifiek gaan letten op momenten waarop bewoners zich overduidelijk goed voelen. Bijvoorbeeld een lach tijdens een zangavond of een lunch waar de bewoners onderling plezier hebben. Daar maken ze vervolgens een foto of verslagje van voor familie.



Ivonne Lesman, implementatieadviseur bij het UNO-UMCG: “Het is mooi om te zien dat zorgmedewerkers enthousiast aan de slag gaan met een van de zes interventies. Daarbij is het van belang om voor ogen te houden dat geluismomenten delen geen doel op zich is, maar een middel om te werken aan de vertrouwensband met familie. Die vertrouwensband is essentieel voor afstemming tussen familie en zorgmedewerkers over wederzijdse verwachtingen en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Je kunt de interventies zien als kleine stapjes op weg naar een betere onderlinge band en goede, open gesprekken over gedeelde zorg.”

## Thematafels en Vraag-Maar-Raak-sessies over familieparticipatie

In 2023 vonden er diverse online bijeenkomsten plaats over familieparticipatie om kennis te delen en ervaringen uit te wisselen. Van de Thematafel Familieparticipatie van 20 maart 2023 is een opname gemaakt en van de Vraag-Maar-Raak-sessies zijn korte verslagen gemaakt. Je vindt ze in de Toolbox Familieparticipatie.

## “Open deuren zijn in het begin heel spannend, maar **langzaamaan wordt het een stuk relaxter**”

**“We hebben een bewoner die het niet zo nauw neemt met de hygiëne en die iedere keer in de koelkast neust. Doe je dan de koelkast op slot?” Dit vroeg Marloes Kirchoff, verpleegkundige en woonzorgbegeleider bij Icare, tijdens het webinar Wet zorg en dwang. Samen met haar collega Joke Lampe, verzorgende IG en woonzorgbegeleider, vertelt ze tijdens het webinar over de dilemma’s waarmee ze dagelijks te maken krijgen in hun werk in de ouderenzorg. Wat mag volgens de Wzd wel en wat mag niet? Waar ligt de grens tussen huisregels en maatregelen op basis van individuele vrijheidsbeperkingen?**



Aan tafel zitten ook UNO-UMCG onderzoeker Elleke Landweer en Annet van der Velde, gz-psycholoog en Wzd-functienaris. Jurist Brenda Frederiks neemt deel via een telefoonlijn. Samen gaan zij in gesprek over onder andere de praktische uitdagingen die de invoering van de Wzd vanaf 2022 met zich meebrengt. Online schoven ongeveer 320 deelnemers aan.

### Wat staat er in de Wzd beschreven over huisregels?

Brenda: “Eigenlijk niet zoveel. Het komt erop neer dat huisregels bedoeld zijn voor de ordelijke gang van zaken en de veiligheid van de cliënt. Wat nu precies wordt bedoeld met de ordelijke gang en veiligheid is niet beschreven. Ik zie vaak heel veel huisregels voorbijkomen, maar adviseer om deze tot het minimum te beperken. Veel regels werken al snel vrijheidsbeperkend. Joke en Marloes gaven aan dat bewoners iedere maand worden gewogen. Met instemming van de bewo-

ner mag dat. Maar wat is het probleem als mensen iets zwaarder worden, als er geen medische problemen zijn?”

### Officiële en informele regels

Annet: “Naast de officiële huisregels bestaan er binnen een organisatie ook vaak informele regels. Deze kunnen ook vrijheidsbeperkend werken. De officiële huisregels zijn in overleg met bewoners en de cliëntenraad opgesteld en moeten bekend gemaakt en uitgereikt zijn aan bewoners of naasten. Zodat zij deze kunnen meenemen in hun beslissing voor welk verpleeghuis zij kiezen.” Elleke: “Algemene regels zijn verleidelijk, want ze schelen tijd. Bijvoorbeeld als familie het niet eens is met de regel dat ze niet in de huiskamer mogen komen. Dan is het makkelijker voor de zorgverlener om te zeggen ‘zo doen wij dat hier nu eenmaal’ dan om zelf met de familie hierover in discussie te gaan.”

Een belangrijk thema binnen de Wzd is het opendeurenbeleid. Want wie is er bijvoorbeeld verantwoordelijk als een bewoner zelfstandig naar buiten gaat, terwijl de familie heeft aangegeven dit niet te willen, en er gebeurt iets met deze bewoner? Brenda: “De bestuurder is hiervoor verantwoordelijk. Het bestuur moet een goed en helder beleid hebben dat de zorgmedewerker op de werkvloer ondersteunt wanneer er bijvoorbeeld een bewoner wegloopt. Hoe leg je het uit aan familie? Wat doen we als iemand wegloopt?” Annet: “Ga direct met de familie in gesprek als ze met het verzoek komen om hun naaste niet zelfstandig naar buiten te laten gaan. Staat de regel in verhouding met het risico? Is de vraag echt in het belang van hun naaste?” Marloes: “Open deuren zijn in het begin heel spannend, maar langzaamaan wordt het een stuk relaxter.”

## “Een goede voorbereiding kan de negatieve impact van een verhuizing beperken”

Wat gaat er wel en niet goed bij interne verhuizingen in het verpleeghuis? Hoe kun je negatieve gevolgen van een verhuizing zoveel mogelijk voorkomen? Miranda Schreuder, promotieonderzoeker bij het UNO-UMCG, doet onderzoek naar de impact van interne verhuizingen. Haar studie maakt deel uit van het landelijke verhuisonderzoek RELOCARE.

Uit interviews en een focusgroep bleek dat een goede voorbereiding van de verhuizing de negatieve impact van een verhuizing op bewoners kan beperken.

Schreuder: “Door bewoners en naasten goed mee te nemen in de voorbereidingen, bijvoorbeeld door het organiseren van familie- en bewonersbijeenkomsten. Belangrijk is ook een heldere communicatie met alle betrokkenen in de voorbereiding, tijdens en na de verhuizing. Daarnaast is het belangrijk om sociale connecties van bewoners waar mogelijk zoveel mogelijk te behouden. Tot slot is het belangrijk om aandacht te hebben voor de voordelen van de nieuwe (zorg) omgeving voor de bewoners.”



# Opbrengsten en uitdagingen van de Wet zorg en dwang

**Hoe gaan Duitse en Nederlandse verpleeghuizen om met bewegingsvrijheid voor bewoners met vergevorderde dementie? Wat zijn de verschillen en overeenkomsten? En hoe kunnen we leren van elkaar? Dat zijn vragen waarop Duitse en Nederlandse onderzoekers van het crossborderonderzoek, een vergelijkend onderzoek tussen de Nederlandse en Duitse verpleeghuiszorg, samen antwoord proberen te vinden. Aurelija Dagilyte-Drevel is een van die onderzoekers. Hoe verloopt het vergelijkend onderzoek tot nu toe?**



## Wordt het opendeurenbeleid in Duitsland anders ervaren dan in Nederland?

“Het onderzoek is nog in volle gang. Het is nu nog te vroeg om concrete verschillen te benoemen. In zowel Duitsland als Nederland staan zorgmedewerkers en naasten voor de vraag of en in hoeverre bewoners met dementie voldoende veilig mogen gaan en staan waar zij willen.”

## Zijn de betrokken verpleeghuizen allemaal even ver in het proces van deuren openen?

“Alle locaties die we tot nu toe in Nederland hebben bezocht zijn bezig met het opendeurenbeleid. Ze bevinden zich wel allemaal in verschillende stadia van het proces. In Duitsland zijn we later gestart met het onderzoek. Ook hier zien we dat de ene locatie meer bewegingsruimte toestaat voor bewoners dan de andere.”

## Welke positieve ontwikkelingen van het opendeurenbeleid heb je ervaren?

“Het is mooi om te zien dat alternatieven, zoals beweegruidtes vergroten, of het creëren van aandachtspunten zoals een café, tuin, kapper, of een klein winkeltje waar je koekjes kan kopen, de levenskwaliteit en het welzijn van bewoners lijken te verbeteren. Kleine dingen, die bewoners blijer en meer tevreden lijken te maken. Een van de betrokken verpleeghuizen deelt het gebouw en de tuin met een buitenschoolse opvang en peuterspeelzaal. Daar wordt af en toe een gezamenlijke activiteit georganiseerd. Dat brengt leven in het verpleeghuis. Het nadenken over en inzetten van alternatieven kan ook aanzetten tot een positieve benaming en benadering van dagelijkse uitdagingen. Zo noemen zorgmedewerkers van een van de betrokken verpleeghuizen bewoners

die regelmatig een poging doen om het verpleeghuis te ontglippen ‘avonturiers’. Het lijkt erop dat het opendeurenbeleid het idee versterkt dat ouderenzorg meer is dan alleen voeding, wassen en medicatie. En dat ouderenzorg ook inhoudt: plezier hebben, verveling voorkomen en aandacht hebben voor de bewoners.”

## Hoe ervaren bewoners de open deuren zelf? En welke andere risico's kent het opendeurenbeleid?

“We ontdekten dat er ook bewoners zijn die open deuren spannend vinden. Sommige bewoners zijn bang om alleen naar buiten te gaan en te verdwalen. Dat vraagt om een andere benadering van de zorgmedewerkers en levert weer nieuwe uitdagingen op: hoe zorg je bijvoorbeeld voor voldoende begeleiding? Daarnaast maken open deuren bewoners kwetsbaarder voor gevaren van buitenaf. Mensen die niets te zoeken hebben in het verpleeghuis kunnen makkelijker binnenkomen. Hangjongeren bijvoorbeeld, die hierdoor een gratis toilet ontdekt hebben, of mensen die het voorzien hebben op de bezittingen van bewoners.”

## Opvallende verschillen tussen Nederlandse en Duitse verpleeghuiszorg

Tussen Nederland en Duitsland zijn opvallende verschillen in geleverde verpleeghuiszorg, ervaren competenties en verwijzingen of consultaties. Dat blijkt uit vergelijkend onderzoek van het UNO-UMCG en de Universiteit van Oldenburg, het zogeheten cross-border-onderzoek.

Zo wordt er in Nederland verhoudingsgewijs minder vaak gebruikt gemaakt van verwijzingen naar of consultaties in het ziekenhuis. Mogelijk komt dat door de organisatie van de Nederlandse multidisciplinaire zorg, aangevuld met de ervaren competenties van de specialist ouderengeneeskunde op het gebied van neurologie en psychiatrie, en door het verwijfsfilter bij Nederlandse huisartsen.



Meer inzicht krijgen in factoren die het gedrag kunnen beïnvloeden, zodat probleemgedrag bij ouderen met dementie beter voorkomen en behandeld kan worden. Dat is het doel van het kennisthema Probleemgedrag.

## “Hoe zorgen we ervoor dat mensen met dementie en traumatische ervaringen zich veiliger voelen?”

### Onderzoek over PTSS bij dementie



Welke invloed hebben traumatische ervaringen op het gedrag van mensen met dementie? Hoe herken je probleemgedrag dat verband kan hebben met traumatische ervaringen? Zijn er omgevingsfactoren die herbeleving van traumatische ervaringen oproepen? En kan sensortechnologie helpen bij het signaleren van symptomen van traumatische ervaringen bij mensen met dementie? Jelte Woudsma, (neuro)psycholoog en promovendus UMCG/Noorderbreedte, startte eind 2023 met het onderzoek TRAumaCare bij dEmentie (TRACE). Een interview over zijn ervaringen tot nu toe.

#### Wat is de aanleiding van je onderzoek?

“Tijdens mijn werk op een psychogeriatrische afdeling kwam ik in contact met een cliënt, die gedrag vertoonde dat sterk overeenkwam met symptomen die ook voorkomen bij posttraumatische stress. Hij schreeuwde bijvoorbeeld hard, riep dingen als ‘ze komen eraan’, kroop onder de tafel, keek voortdurend angstig omhoog en hij was duidelijk erg bang. Bij navraag aan familie bleek dat deze cliënt een oorlogsveteraan was. Met name door de ervaring met het gedrag van deze cliënt, ontstond bij mij de vraag: wat is er eigenlijk al bekend over de symptomen van posttraumatische stress bij mensen met vergevorderde dementie? Daar bleek in de wetenschappelijke literatuur nog niet erg veel over geschreven te zijn.”

#### Heb je al een vermoeden hoe probleemgedrag verband kan hebben met traumatische ervaringen?

“Wat we al weten is dat traumatische ervaringen anders worden opgeslagen in de hersenen dan niet-traumatische ervaringen. Ook is bekend dat de emoties die bij een traumatische gebeurtenis in het verleden zijn getoond beter en langer bewaard blijven dan de herinnering aan de traumatische gebeurtenis zelf. Een cliënt kan dus dezelfde emoties tonen als toen, maar de traumatische gebeurtenis zelf vergeten zijn. Bijvoorbeeld de eerderge-



noemde cliënt, die oorlogsveteraan bleek te zijn. Die schreeuwde uit paniek toen er een vliegtuig overvlog, maar vervolgens wist hij niet waarom hij schreeuwde. Mogelijk is dit een associatie met een traumatische gebeurtenis. Ik vermoed dat probleemgedrag dat verband houdt met traumatische ervaringen ernstiger is; dat de cliënt heftigere en afwijkende reacties kan laten zien. En dat bepaalde omgevingsfactoren herbeleving van traumatische ervaringen kunnen oproepen en een trigger kunnen zijn voor bijbehorend probleemgedrag.”

**Waarom is het belangrijk om onderscheid te kunnen maken tussen algemeen probleemgedrag bij dementie en probleemgedrag dat verband kan hebben met traumatische ervaringen?**

“Wanneer we de symptomen die passen bij probleemgedrag dat verband houdt met traumatische ervaringen beter her-

kennen, kunnen we mogelijk ook de behandeling en zorg beter afstemmen op deze cliënten. Helemaal als we ook kunnen ontdekken welke omgevingsfactoren mogelijk een herbeleving van een traumatische ervaring oproepen. Het uiteindelijke doel is om de cliënt met traumatische ervaringen en dementie zich zo veilig mogelijk te laten voelen.”

**Hoe ga je het onderzoek aanpakken?**

“Bij het onderzoek werk ik samen met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Zij bieden hulp bij onder andere complex probleemgedrag. Van hen ontvang ik casussen. Met behulp van een aantal vragenlijsten, die ik uitzet onder de wettelijk vertegenwoordigers van de cliënten uit deze casussen, probeer ik de benodigde data te verzamelen. Daarnaast onderzoek ik nu de mogelijkheid om met behulp van sensortechnologie informatie over probleemgedrag door traumatische ervaringen te verzamelen. Ik begin met

een bedsensor om te kijken of dit aanvullende informatie oplevert. Ik heb voor een bedsensor gekozen, omdat die de cliënt vrijwel niet belast.”

**Wat is de planning?**

“Het streven is om binnen een jaar data via de vragenlijsten te verzamelen. Daarna volgt de analysefase. De plannen om via sensortechnologie data te verzamelen zijn nu nog niet concreet genoeg om daar al een tijdsplanning voor te geven.”



## MIDDEL-studie: **grootste onderzoek over muziekinterventies bij dementie ooit!**

De MIDDEL-studie is een internationaal onderzoek naar het effect van muziekinterventies op de stemming en het gedrag van mensen met dementie. Tijdens een evaluatiebijeenkomst in het Noorse Bergen kwam naar voren dat ruim 1020 verpleeghuisbewoners meedoen aan deze studie. Daarmee is de MIDDEL-studie het grootste onderzoek over muziekinterventies bij dementie ooit.

Onderzoekers uit Turkije, Engeland, Noorwegen, Duitsland en Nederland kwamen in Bergen bij elkaar om per land de stand van zaken van de MIDDEL-studie te bespreken. Wat onder andere uit de evaluatie in Bergen naar voren kwam is dat in Duitsland en Nederland inmiddels ruim zeshonderd haarmonsters en bijna negenhonderd spekselmonsters zijn afgenomen. Deze monsters worden

gebruikt om directe en langdurige stress bij verpleeghuisbewoners met dementie te meten.

# Vragen van deelnemers tijdens de Vraag-Maar-Raak-sessie over de MIDDEL-studie:

“Hoe werf ik vrijwilligers of familieleden voor het onderzoek?”

“Stimuleer je beweging bij bewoners? Bijvoorbeeld door mee te klappen of mee te deinen op de melodie?”

“Kunnen we djembés gebruiken?”

“Hebben jullie een werkgroep gemaakt binnen het eigen team van de afdeling?”

Het UNO-UMCG organiseert jaarlijks diverse Vraag-Maar-Raak-sessies (VMR-sessies). Dit zijn online bijeenkomsten voor zorgmedewerkers van organisaties die zijn betrokken bij onderzoeken. Tijdens de VMR-sessies kunnen we elkaar hierover vragen stellen, ervaringen uitwisselen en elkaar

adviseren. Een van de VMR-sessies ging over het MIDDEL-onderzoek. Wat bespraken de deelnemers over dit onderzoek? En welke vragen kwamen er zoal aan bod?



Het kennisthema Samenwerken in de 1e lijn richt zich op een goede samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige, verzorgende, specialist ouderengeneeskunde en de cliënt. En op kennisuitwisseling tussen ouderenzorg in het verpleeghuis en thuis.

## Samen alert: “Voor delierherkenning hebben we elkaar nodig”

**Een delier herkennen, dat valt vaak niet mee. Wat helpt is als iedereen in het team alert is op de symptomen. Zoals in Meander-locatie Parkheem. Twee teamleden deelden hun ervaringen tijdens de Thematafel Delier, waaraan bijna tachtig mensen online deelnamen.**

“Een bewoner liet van het ene op het andere moment heel ander gedrag zien. Zo kenden wij hem niet. Dat was voor ons het signaal dat er mogelijk een delier kon spelen. Plotseling veranderd gedrag is één van de kenmerken van een delier”, vertelde Thea Louwes, EVV'er bij Meander.

### Snel signaleren

Volgens Marli de Weerd, klinisch psycholoog bij Meander, is het team waarin Thea werkt bij bewoners heel opmerkzaam op afwijkende zaken. “Ze stemmen regelmatig met elkaar af: ‘Wat zien we, wat is er anders dan anders? Deed deze bewoner bij jou vandaag ook boos?’ Heel goed dat ze zo alert zijn, want het is bijzonder belangrijk om een delier snel te herkennen. Deze aandoening is zeer slecht voor het brein. Dus voor mensen die al een kwetsbaar brein hebben is het extra belangrijk om snel te signaleren, contact op te nemen met arts of psycholoog en zo nodig te behandelen.”

### Risicofactoren

De bewoner waar Thea over vertelde bleek een urineweginfectie te hebben. Senior onderzoeker Marike Schokker: “Bij een delier is er altijd een onderliggende lichamelijke oorzaak. Alleen al dehydratie kan een delier uitlokken, zeker als iemand heel kwetsbaar is. Andere voorbeelden van risicofactoren voor een delier zijn medicatie, pijn en het eerder hebben doorgemaakt van een delier. Door een delier kunnen mensen hard achteruitgaan. Als je er snel bij bent is de kans groter dat mensen naar een redelijk normale staat terugkeren.” Marike vertelde tijdens de Thematafel over het onderzoek van het UNO-UMCG naar het verbeteren van delierherkenning.

### Overlap in symptomen

Verder kwamen de verschillende typen delier ter sprake: een hyperactief delier, een hypoactief delier of een gemengd delier. Symptomen van een hyperactief delier zijn onrust, paniekgevoelens en achterdocht. Bij een stil delier is iemand teruggetrokken of in zichzelf gekeerd, waardoor de symptomen minder opvallen. Juist daardoor kan een stil delier makkelijk over het hoofd worden gezien. Een gemengd delier is een tussenvorm, waarbij mensen bijvoorbeeld overdag rustig zijn en 's avonds onrustig. Bij mensen met dementie is een delier soms lastig te herkennen. Dat komt door de overlap in symptomen.

### Veranderingen bijhouden

Marli: “Wij focussen op veranderd gedrag. De zorgmedewerkers zijn getraind in het bijhouden van veranderingen van gedrag in dag- en avondrapportages. En we hebben een keer in de twee weken gedragsvisite. De lijstjes zijn kort.” Thea: “We hebben elkaar nodig, allemaal vanuit

hetzelfde doel: zo goed mogelijk zorgen voor onze bewoners. Op onze locatie hebben we het geluk dat er niet veel verloop is binnen het team. Dat zal niet voor elk team gelden en dan is rapporteren extra belangrijk.”

# DELIER QUIZ

Gemaakt door senior onderzoeker Marike Schokker

**In de Thematafel Delier kon je meedoen aan een quiz. Thematafel gemist? Of samen met je collega spelen? Doe dan (nog een keer) de Delier Quiz!**

### 1 Welke van de volgende uitspraken over delier is niet waar?

- A Delier is een tijdelijke stoornis waarbij de patiënt na het verdwijnen van het delier altijd weer terugkomt op zijn oude cognitieve niveau
- B Delier is meestal geassocieerd met een onderliggend medisch probleem
- C Delier komt vaak voor, kost veel geld en meer mensen met een delier komen te overlijden
- D Dehydratie alleen kan het ontstaan van een delier triggeren.

### 2 Welke uitspraak over risicofactoren van delier is waar?

- A Mensen zonder dementie hebben een even grote kans om een delier te ontwikkelen als mensen met dementie.
- B Jongere mensen kunnen geen delier krijgen.
- C Een eerder doorgemaakt delier, medicatie, infectie en pijn kunnen allemaal risicofactoren van delier zijn.

### 3 Hoe vaak wordt delier niet herkend in ziekenhuizen en verpleeghuizen?

- A In 5-10% van de gevallen
- B In 15-25% van de gevallen
- C In 50-70% van de gevallen

### 4 Welke uitspraak met betrekking tot delier, dementie en depressie is waar?

- A Alleen bij delier is er sprake van een verstoord kortetermijngeheugen
- B Alleen bij delier is er sprake van een verstoord dag-nacht ritme
- C Alleen bij delier is er sprake van een acuut begin

### 5 Welke vorm van delier wordt het vaakst over het hoofd gezien?

- A Hyperactief delier
- B Hypoactief delier
- C Gemengd delier

### 6 Welke uitspraak over het behandelen van delier is waar?

- A Als iemand die nog zelfstandig thuis woont een delier krijgt, dan kan diegene het beste in het ziekenhuis of verpleeghuis worden behandeld.
- B Een delier gaat over door het toedienen van haloperidol
- C Een delier behandel je het beste door de lichamelijke oorzaak te verhelpen

→ Bekijk de antwoorden mét uitleg op de volgende pagina.

# Antwoorden Delier Quiz



**1 Welke van de volgende uitspraken over delier is niet waar?**

**A Delier is een tijdelijke stoornis waarbij de patiënt na het verdwijnen van het delier altijd weer terugkomt op zijn oude cognitieve niveau.**

*Een delier heeft ernstige gevolgen en bij kwetsbare mensen is er soms maar weinig voor nodig om het uit te lokken. Wanneer een delier op tijd herkend wordt en de oorzaak behandeld, kunnen de gevolgen nog omkeerbaar zijn.*

**2 Welke uitspraak over risicofactoren van delier is waar?**

**C Een eerder doorgemaakt delier, medicatie, infectie en pijn kunnen allemaal risicofactoren van delier zijn.**

*Mensen met dementie hebben een verhoogde kans om een delier te krijgen. Ook jongere mensen kunnen een delier krijgen, als er sprake is van uitlokkende factoren zoals een operatie.*

**3 Hoe vaak wordt delier niet herkend in ziekenhuizen en verpleeghuizen?**

**C In 50-70% van de gevallen**

*Literatuuronderzoek toont aan dat in 50-70% van de gevallen een delier niet herkend wordt in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Hieruit blijkt dat het lastig is om een delier te herkennen.*

**4 Welke uitspraak met betrekking tot delier, dementie en depressie is waar?**

**C Alleen bij delier is er sprake van een acuut begin**

*A is niet waar, omdat dit ook bij dementie het geval is (en bij depressie kan het soms verstoord zijn door verminderde concentratie). B is niet waar: bij delier is de cyclus vaak omgedraaid, en bij B is de cyclus verstoord, gefragmenteerd. Bij depressie ligt iemand bijvoorbeeld veel in bed en is er meestal sprake van vroegtijdig ontwaken.*

*C is waar. Daarbij is het bewustzijn en aandacht iets dat vooral bij delier verminderd is, en niet zozeer of in mindere mate bij de andere twee. Maar doordat er dus zoveel overlap is tussen dementie, depressie en delier, is het lastig om delier te herkennen.*

**5 Welke vorm van delier wordt het vaakst over het hoofd gezien?**

**B Hypoactief delier**

*Hyperactief is de onrustige vorm met kenmerken als: paniekerig, achterdochtig, schrikachtig, of agressief. Hypoactief is een stil delier: iemand is dan juist stil en teruggetrokken. Het hypoactief delier valt minder op en is daardoor ook lastig te herkennen. Kenmerkend is dat iemand niet of niet normaal reageert door waanideeën en hallucinaties, en*

*daarom niks durft te doen of te zeggen. Een mengvorm is ook mogelijk, bijvoorbeeld dat iemand overdag heel rustig is, maar 's avonds juist onrustig.*

**6 Welke uitspraak over het behandelen van delier is waar?**

**C Een delier behandel je het beste door de lichamelijke oorzaak te verhelpen**

*De beste behandeling is behandeling van de onderliggende oorzaak (zoals infectie, of aanpassen medicatie). Verder is het belangrijk om te zorgen voor een rustige, vertrouwde omgeving. Dus als iemand nog thuis woont, is het fijn als diegene thuis kan blijven, met hulp van familie, naasten en thuiszorg. Het voorschrijven van antipsychotica zoals haloperidol wordt nog wel eens gedaan om de symptomen van een delier te bestrijden, maar uit recente onderzoeken blijkt dat dit helemaal niet zo effectief is en zelfs negatieve bijwerkingen kan hebben.*





## “Omdat een delier gedeeltelijk of soms zelfs helemaal verholpen kan worden, vind ik dit een hele betekenisvolle missie.”

**Hoe kunnen we delierherkenning in crisissituaties verbeteren? Op die onderzoeksvraag richt promotieonderzoeker Robert Brontsema zich. Robert heeft (neuro-) psychologie gestudeerd in Groningen en Leiden.**

### Wat voor onderzoek doe je precies?

“Mijn onderzoek gaat over delier. En nog specifieker: het herkennen van een delier bij mensen met dementie op het moment van een crisis. Momenteel wordt een delier nog vaak gemist. Dit komt omdat een delier moeilijk te herkennen is. De symptomen komen namelijk sterk overeen met de symptomen van dementie. Ook wordt een delier mogelijk gemist omdat er nog niet altijd op gescreend wordt. Binnen het onderzoek willen we kijken naar de screening van een delier en hoe we dit kunnen verbeteren.”

### Je bent begin 2023 begonnen met je onderzoek. Kun je al wat bevindingen met ons delen?

“Ik ben gestart met een literatuuronderzoek. Hiervoor verzamelen we bestaande kennis uit wetenschappelijke artikelen over delier in crisissituaties bij mensen

met dementie. Uiteindelijk heb ik rond de zeventig artikelen bekeken. Van deze zeventig studies is er slechts binnen vijf studies actief gescreend op een delier.”

### Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?

“Omdat een delier gedeeltelijk of soms zelfs helemaal verholpen kan worden, vind ik dit een hele betekenisvolle missie. Als we het vaker kunnen herkennen, kunnen we het hopelijk ook vaker oplossen!”

### Jouw onderzoek maakt deel uit van het landelijke samenwerkingsverband SPREAD+. Hoe is het om landelijk met zoveel onderzoekers samen te werken?

“Het fijne van mijn promotieonderzoek is dat ik er niet alleen voor sta. Naast een geweldig team bij het UMCG heb ik ook collega's verspreid door het land die

tegelijktijd onderzoek doen naar vergelijkbare onderwerpen. Veel van deze collega-promotieonderzoekers zijn ook nog eens op hetzelfde moment gestart. Daardoor kunnen we met elkaar sparren over dezelfde onderwerpen waar we tegenaan lopen. Zoals bijvoorbeeld de onderzoeks aanpak, hoe we mensen met dementie kunnen benaderen, en welke literatuur we kunnen gebruiken. Daarnaast wordt er vanuit SPREAD+ ook veel aandacht besteed aan het doen van ‘inclusief’ onderzoek, wat betekent dat we mensen met dementie actief bij het onderzoek betrekken. We doen tenslotte onderzoek vóór mensen met dementie, dus waarom zouden we het dan ook niet mét mensen met dementie doen?”



Het Kennisthema Pijn, Functioneren en Welbevinden richt zich op onderzoek rondom pijn en functioneren bij mensen met dementie en op onderzoeken om het welbevinden van kwetsbare ouderen te verbeteren. Er wordt onder andere onderzocht hoe het functioneren van mensen verandert in de overgang van thuis naar verpleeghuis.

## Nu beschikbaar: **Nederlandse versie van de Life-Space- Assessment (LSA-NL)**

**Het UNO-UMCG heeft recent het van oorsprong Amerikaanse meetinstrument Life-Space-Assessment (LSA) naar het Nederlands vertaald.**

Behoud van mobiliteit is belangrijk voor ouderen, omdat het invloed heeft op de gezondheid en kwaliteit van leven. De LSA-NL meet de leefcirkelomvang van een persoon. Oftewel: hoe ver, hoe vaak en op welke manier iemand zich binnen- en buitenshuis verplaatst in een bepaalde periode. De LSA-NL brengt de mobiliteit van iemand in kaart en geeft daarmee een beeld van de leefruimte waarbinnen het leven zich afspeelt.

De LSA is in nauwe afstemming vertaald met de oorspronkelijke ontwikkelaars. Daarop is de begrijpelijkheid van de vragen en de gebruikershandleiding beoordeeld door een groep ouderen. Het vertaalproces en onderzoek naar begrijpelijkheid hebben nu geleid tot de eindversie van de LSA-NL.

Met de LSA-NL is het nu ook mogelijk om de leefcirkelomvang in Nederland te meten. De LSA-NL kan gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek naar mobiliteit. Ook is door een tiental fysio- en ergotherapeuten de meerwaarde onderzocht op bruikbaarheid, relevantie en volledigheid. Hieruit bleek dat met name geriatriefysiotherapeuten de LSA-NL nuttig vonden om te gaan gebruiken in de praktijk. In 2023 is gestart met het onderzoek naar het gebruik van de LSA-NL in de praktijk. Dit onderzoek krijgt nu een vervolg bij de hogeschool Hanze Groningen.



## Honderd zorgprofessionals oefenen met LSA-NL

Tijdens de Geriatriedagen in Den Bosch gaven senior onderzoeker Marlies Feenstra en onderzoekmedewerker Floor Vinckers een interactieve workshop over het meetinstrument LSA-NL (Life Space Assessment).

Zo'n honderd zorgmedewerkers, waaronder verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten, internisten ouderengeneeskunde en klinisch geriaters uit met name de ziekenhuiszorg, gingen aan de hand van een videoportret aan de slag met het in kaart brengen van de leefcirkelomvang van een oudere, met behulp van de LSA-NL.

## Pijn bij dementie

# Mevrouw Venema zingt weer

## Impact case study PAIC15

Hoe aandacht voor pijn de kwaliteit van leven van mensen met dementie kan verbeteren.

**Mevrouw Venema was tot voor kort altijd vrolijk. Ze liep over de afdeling en zong en neuriede de hele dag. Op een gegeven moment werd het moeilijker haar zorg te geven. Zorgmedewerkers ondervonden steeds meer weerstand: aan- en uitkleden wilde ze ineens niet meer, wassen vond ze plotseling maar niks en ze zong en neuriede niet meer. Er was iets aan de hand, maar wat?**

Het UNO-UMCG streeft, in samenwerking met onderzoekers van binnen en buiten het netwerk, zorgmedewerkers en andere betrokkenen, al een flink aantal jaren naar meer aandacht voor pijn bij mensen met dementie. Om te laten zien wat het UNO-UMCG rondom pijn bij dementie gedaan heeft, hebben we een 'impact case study' geschreven. Een methode om verhalend te vertellen over onze activi-

teiten op het gebied van kennisontwikkeling, kennisdeling en implementatie en wat tot nu toe daarvan de impact is. Het artikel is ondersteund met ervaringen en casussen uit de praktijk. Zoals het verhaal van Mevrouw Venema.



### 19.000 zorgmedewerkers volgen e-training Herken Pijn bij Dementie

Ruim 19.000 zorgmedewerkers hebben tot nu toe de gratis e-training Herken Pijn bij Dementie afgerond met een certificaat. In de e-training leer je aan welke signalen je pijn kunt herkennen bij mensen met gevorderde dementie, die zelf niet meer kunnen aangeven dat ze pijn hebben. De e-training, ontwikkeld door het UNO-UMCG en collega-netwerk UNC-ZH, duurt ongeveer 30 minuten.

## “Fijn dat we deze implementatie samen doen met het UNO-UMCG!”

Dit was een van de vele enthousiaste reacties die implementatieadviseur UNO-UMCG Henriëtte van der Kloet en onderzoeker UNO-UMCG Marlies Feenstra, ontvingen van de deelnemers van de startbijeenkomst Implementatie PAIC15 bij Zorggroep Meander, locatie Parkheem.

### Samen implementeren

Zorggroep Meander startte kortgeleden met het implementeren van de PAIC15, een pijnobservatie-instrument dat zorgmedewerkers helpt om pijn bij mensen met dementie beter te herkennen. Kwaliteitsverpleegkundigen Zorggroep Meander Lianne Witvoet en Anneke Jansen, vroegen Henriëtte en Marlies om mee te denken bij het implementatieproject PAIC15. Samen bereidden zij een startbijeenkomst voor, verdeelden zij de taken, en maakten ze afspraken over het implementatieproject na de startbijeenkomst.

### Startbijeenkomst

Tijdens de startbijeenkomst gaven Henriëtte en Marlies, op verzoek van Zorggroep Meander, een presentatie over het pijninstrument PAIC. Zo'n dertig zorgmedewerkers waren aanwezig bij de startbijeenkomst. De deelnemers, waaronder (kwaliteits-)verpleegkundigen, verzorgenden en psychologen, reageerden enthousiast over de interactieve bijeenkomst en wilden graag meer weten over het herkennen van pijn bij mensen met dementie met behulp van de PAIC15.

# “Ik denk dat heel veel mensen hier wel pijn hebben, maar dat het ook niet gesignaleerd wordt.”

## Hbo-v studenten presenteren onderzoek over pijn

Hbo-v studenten van Viaa (Christelijke Hogeschool Zwolle) presenteerden via Teams hun afstudeeronderzoek over pijn bij dementie en incidentmeldingen met betrekking tot medicatie bij kwetsbare ouderen.

### Pijn bij dementie

Arieke, Esther en Anne deden onderzoek naar pijn bij dementie bij een zorgorganisatie buiten het UNO-UMCG. Hoewel het een beschrijvend onderzoek zou worden, werd dit al snel bevorderd naar een actieonderzoek. Anne: “De zorgmedewerkers van de afdeling streven naar goede kwaliteit van zorg, maar missen een passend hulpmiddel om pijn te signaleren. Uit enquêtes en interviews bleek ook dat zorgmedewerkers wat betreft pijnsignalering en de urgentie daarvan niet altijd op één lijn zitten met de arts. Met behulp van het actieonderzoek kon het observatie-instrument PAIC15 geïmplementeerd worden, waarmee zorgmedewerkers pijnsignalering beter bespreekbaar kunnen maken.”

### E-learning in teamverband

Om de PAIC15 te implementeren is door het UNO-UMCG een e-learning ontwikkeld. Het volgen van de e-learning vraagt

tijd en inzet van zorgmedewerkers; iets wat niet vanzelfsprekend is voor een onderzoek dat ‘er even bijkomt’. Naast het werk op de afdeling moet er op een apart moment tijd gemaakt worden voor de e-learning. De zorgmedewerkers van de instelling zagen hier tegenop. De studenten wisten dit op te lossen door de e-learning in teamverband aan te bieden. Gezamenlijk werd de e-learning doorlopen en ontstond er een gesprek: wat komt er bij jou uit; scoren wij wel hetzelfde? Door de directe interactie met

elkaar ontstaat sociaal leren: je ziet nu letterlijk hoe en wat de ander observeert. Een direct gevolg was dat na afloop er meer overeenstemming was over de geobserveerde pijnsignalen tussen de verschillende zorgmedewerkers.

### En nu? Op naar een baan in de ouderenzorg?

Anne: “Ik vond het zeker interessanter dan ik vooraf had verwacht!”

Esther: “Door het onderzoek is mijn beeld van de ouderenzorg veranderd. Vooraf vond mijn omgeving het suf, maar zelf vond ik het heel leuk.”



## Vraag-Maar-Raak: “Is het noodzakelijk om de PAIC15 op te nemen in het ECD?”

“Binnen onze zorgorganisatie zijn wij begonnen met de implementatie van pijnherkenning en de PAIC15. Omdat we binnenkort een nieuw elektronisch cliëntendossier krijgen is de PAIC15 niet meer opgenomen in ons oude systeem. Voor het afnemen van de PAIC15 moeten we deze nu eerst downloaden van de website en vervolgens uitprinten. Wat is jullie advies: is het noodzakelijk om de PAIC15 op te laten nemen in het nieuwe ECD?”

## Tienduizend euro subsidie voor versterken verbinding onderzoek en praktijk

Een goede verbinding tussen wetenschap en praktijk helpt om de maatschappelijke impact van onderzoeksresultaten te vergroten. Om deze verbinding te versterken is extra geld nodig. Een onderzoeksteam van het UNO-UMCG deed daarom een subsidieaanvraag bij ZonMw. En met succes: het team ontving 10.000 euro stimuleringssubsidie. Het geld wordt gebruikt om ergotherapeuten, beweegagogen, psychologen van Liberein, TriviumMeulenbeltZorg en Zorggroep Meander en een UNO-UMCG cliëntenpanellid vanaf het begin bij de uitvoering van de on-

derzoekaanvraag “Meer bewegen doe je samen” te betrekken. Een onderzoek over de waarde van interprofessionele beweeginterventies, dat zijn beweegprogramma’s voor mensen met onbegrepen gedrag in verpleeghuizen. De aanvraag is in maart 2024 ingediend. In juli wordt bekend of de aanvraag wordt gehonoreerd.

# “Misschien word ik over een paar jaar ook wel onderzoeker”

## Middelbare scholieren werken mee aan onderzoek naar bewegingsstoornis paratonie

**Drie zesdejaars gymnasiumleerlingen werkten dit jaar mee aan het onderzoek naar de bewegingsstoornis paratonie bij mensen met dementie. De leerlingen deden dit in het kader van hun meesterproef.**

Leerlingen Yorick Heikens, Sebastiaan Pellikaan en Matt Emmink van het Praedinius Gymnasium in Groningen volgden in hun eindexamenjaar alle drie het vak Onderzoek & Ontwerpen. Voor dit vak kregen de leerlingen de opdracht – een zogeheten meesterproef – om een oplossing of ontwerp te bedenken voor een probleem binnen een bedrijf of organisatie in Nederland.

### Op zoek naar een objectieve meetmethode om paratonie vast te stellen

Onder begeleiding van implementatieadviseur Francine Quittner en onder-

zoekers Menno Veldman en Marlies Feenstra, hebben de leerlingen zich voor hun meesterproef maandenlang beziggehouden met paratonie. Paratonie is een bewegingsstoornis die veel voorkomt bij mensen met de ziekte van Alzheimer. De stoornis uit zich in een verhoogde spierspanning bij passieve bewegingen, zoals bij het helpen met wassen en aankleden. Op dit moment kan paratonie alleen subjectief worden vastgesteld aan de hand van een test. De fysiotherapeut of arts voelt daarbij de spierspanning bij een cliënt tijdens een passieve beweging. Deze meting, met behulp van het Paratonie Assessment Instrument (PAI), hangt

sterk af van hoe de fysiotherapeut of arts de spierspanning aanvoelt en beoordeelt. Onderzoekers Menno en Marlies zijn zelf ook op zoek naar een objectieve meetmethode. Belangrijk, omdat ze daarmee meer inzicht kunnen krijgen in deze bewegingsstoornis. Inzicht waarmee ze meer duidelijkheid hopen te krijgen over een mogelijk verband tussen een verhoogde spierspanning en de beginfase van de ziekte van Alzheimer. Een objectief meetinstrument zou dan mogelijk kunnen helpen om de ziekte al in een eerder stadium te herkennen.

De leerlingen kregen om die reden de opdracht van het UNO-UMCG om advies te geven over hoe zij denken paratonie objectief te kunnen meten. Yorick: “Voor ons was paratonie een compleet onbekende aandoening. Nadat we er meer over te weten waren gekomen leek het ons een interessant onderwerp. Ook doordat wij het gevoel hebben dat paratonie een actueel probleem is door de toenemende hoeveelheid mensen in Nederland met de ziekte van Alzheimer.”

### Ontwerp mechanisch apparaat

Zelf werken Menno en Marlies ook aan methodes om paratonie objectief te kunnen meten. Zij kijken naar de mogelijkheden van een hersenscan (EEG) of een meting van de elektrische activiteit van de spieren (EMG). Yorick, Sebastiaan en Matt hebben hele andere ideeën. Voor hun meesterproef kwamen zij met het ontwerp van een mechanisch apparaat. Dit apparaat – geschikt voor de arm – zou de arm passief kunnen laten bewegen. Het is de bedoeling dat het apparaat de mate van spierspanning bepaalt met behulp van verschillende formules en een krachtensor.



## Interesse in geneeskunde en bewegingswetenschappen

De leerlingen kwamen niet zomaar uit bij het UNO-UMCG als opdrachtgever. Alle drie zijn ze geïnteresseerd in bewegingswetenschappen en geneeskunde. Met deze opdracht hebben ze niet alleen veel inzicht gekregen in paratonie, maar ook in het werk van een onderzoeker. Matt: “We konden veel overleggen met onderzoekers Menno Veldman en Marlies Feenstra. Bijvoorbeeld over de manieren waarop zij de problemen zouden oplossen die wij tijdens onze opdracht tegenkwamen. Ook hebben zij ons een aantal methodes laten zien waarmee gekeken wordt naar de hersenen en de spieren. Methodes die nu verder onderzocht worden om paratonie vast te stellen.”

## Eindexamen

Na het afronden van de meesterproef en een aantal mondelinge toetsen wacht alleen nog het eindexamen. En daarna? Yorick heeft zich ingeschreven voor bewegingswetenschappen en Matt en Sebastiaan hopen ingeloot te worden voor geneeskunde. Sebastiaan: “Maar voor ik verder ga studeren neem ik eerst een tussenjaar. En wie weet, misschien word ik over een paar jaar zelf ook wel onderzoeker”.

Het onderzoek naar paratonie bij dementie is een samenwerkingsverband van de Internationale onderzoeksgroep ‘Move in age’, onder leiding van prof. dr. Ivan Bautmans (Vrije Universiteit Brussel), dr. Hans Hobbelen (hogeschool Hanze Groningen), en prof. dr. Sytse Zuidema (UNO-UMCG), in samenwerking met de afdeling bewegingswetenschappen van het UMC Groningen.

## Reactie van onderzoekers op onderzoek van scholieren

**Menno Veldman, universitair docent en onderzoeker UMCG, afdeling bewegingswetenschappen:**



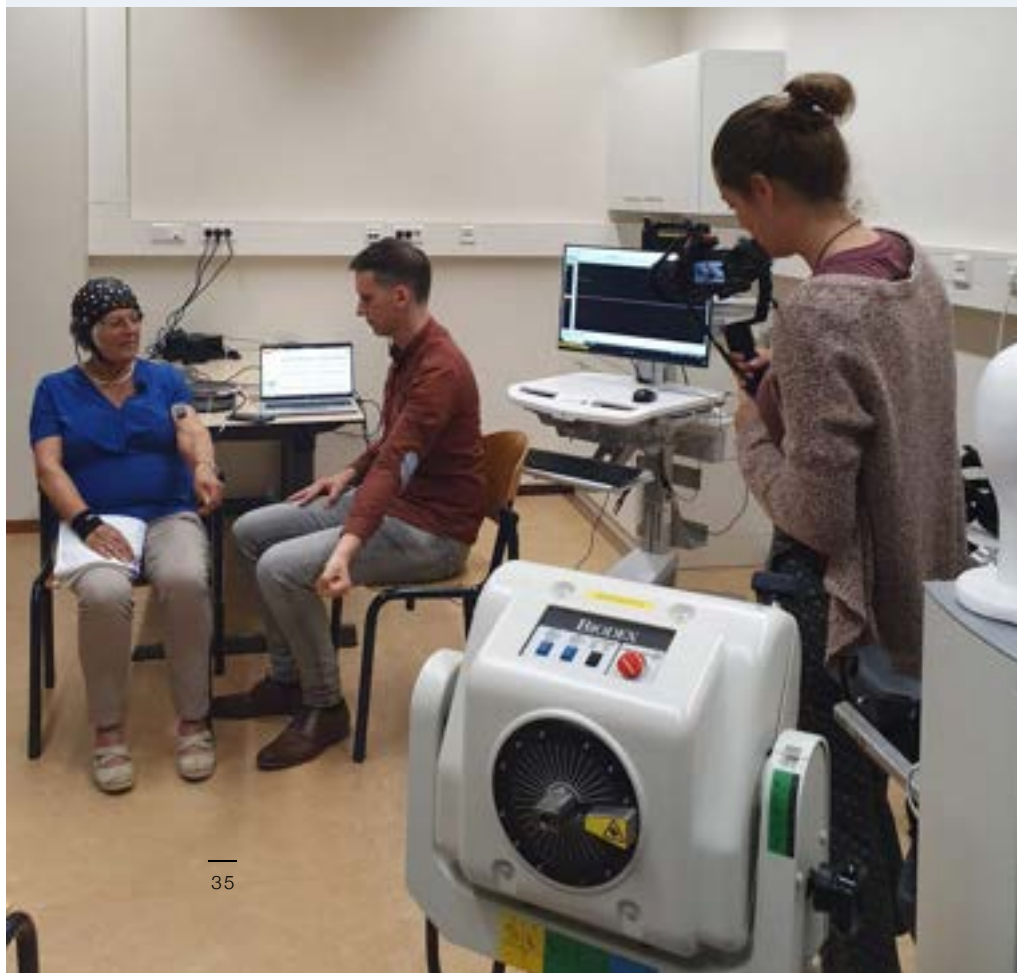
“Yorick, Sebastiaan en Matt zijn erg diep op de materie ingegaan. Hun eindproduct is compleet, met mooie illustraties en de wis- en natuurkunde behorend bij een innovatief ontwerp om het subjectieve PAI-beoordelingsinstrument te vervangen door een objectief meetinstrument. Het ontwerp van de leerlingen maakt een passieve beweging mogelijk en meet de kracht die nodig is om de arm in beweging te krijgen. Met het huidige ontwerp kan slechts één vorm van paratonie gemeten worden: oppositionele paratonie. Een vorm van paratonie die voornamelijk in de latere stadia van dementie optreedt. Dit is inhoudelijk een kritische noot die vooral ook aan geeft op wat voor een mooi niveau de leerlingen gewerkt hebben!”

**Marlies Feenstra, senior onderzoeker UNO-UMCG:\***



“De oplossing van de leerlingen zie ik zeker als inventief. Hij is van voldoende niveau en diepgang. In plaats van op celniveau te willen weten wat paratonie is, hebben zij meer van buitenaf naar de huidige PAI-meting gekeken. Daar hebben ze een kwantitatievere oplossing voor ontworpen. Voor wat betreft de uitvoering van het ontwerp in de praktijk: het ontwerp bestaat uit een apparaat waarin een arm van iemand met dementie gefixeerd moeten worden. Daarnaast moet de fysiotherapeut of arts de lengte en het gewicht van de arm bepalen. Ook lijkt het gebruiksgemak van het apparaat nog niet van meerwaarde. Kortom, voor nu wat ver van de klinische- en onderzoekspraktijk, maar creatief en heel goed uitgewerkt.”

*\*Per 1 februari 2024 is Marlies Feenstra werkzaam als senior onderzoeker bij hogeschool Hanze Groningen.*



# SENSORTECHNOLOGIE



Als onbegrepen gedrag al bij de eerste signalen wordt herkend kunnen zorgmedewerkers verdere escalatie voorkomen door snel te handelen. En precies dat is het doel van het onderzoek MOOD-Sense: een waarschuwingssysteem ontwikkelen met behulp van sensortechnologie dat onbegrepen gedrag ziet aankomen.



**Kick-off-bijeenkomst sensor-technologie in Marum**

## **“Kan de smartwatch onder de douche?”**

Met een Curver-bak vol sensoren onder de arm komt promotieonderzoeker Jan Kleine Deters vergaderzaal De Kruisweg van Zonnehuis De Hoorn binnenlopen. Vandaag is daar, bij Zonnehuisgroep Noord, de kick-off-bijeenkomst met het zorgteam. De komende weken gaan ze van start met de derde pilot van het onderzoeksproject MOOD-Sense. Doel van de pilot is het verder doorontwikkelen en beter afstemmen van de technologie op de eerste signalen van onbegrepen gedrag van mensen met dementie.



### Veranderingen in gedrag

Om het waarschuwingssysteem te kunnen ontwikkelen gebruiken de onderzoekers van MOOD-Sense sensortechnologie én de kennis van zorgmedewerkers. Mogelijke voorspellers van onbegrepen gedrag zijn bijvoorbeeld een verhoogde hartslag en ademhaling of toenemende motorische onrust. Deze voorspellers kunnen al opgepikt worden met de sensoren. Het zorgteam in Marum mag hier nu mee aan de slag. Jan: “Het is de bedoeling dat we leren van de pilot, van het proces. Dat geldt voor de techniek, maar ook voor jullie input over het zorgproces.”

### Leefsituatie van de bewoner

Uit de bak komen verschillende sensoren: omgevingssensoren voor aan de muur om te meten of het licht aan of uit is, een sensor voor op de deur die laat zien of de deur open of dicht is, en sensoren voor het meten van temperatuur en luchtvochtigheid. Dan volgt de draagbare sensor, een smartwatch. De sensoren verwerkt in de MOOD-Sense smartwatch meten onder andere de ademhaling en hartslag van een bewoner. De smartwatch staat in verbinding met de omgevingssensoren.

### Privacy en gegevensbescherming

De sensoren leveren veel data op mét persoonsgegevens. Een onderzoek waar- bij gewerkt wordt met persoonsgegevens

voldoet aan de eisen van de Medisch Ethisch Toetsingscommissie (METC). Bewoners kunnen dan ook alleen meedoen met toestemming van hun eerste vertegenwoordiger, vaak een familielid of naaste. Ook heeft het onderzoeksteam afspraken gemaakt met Zonnehuisgroep Noord over privacy en het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens en data. De onderzoekers gebruiken de data om de volledige leefsituatie, en daarmee het gedrag van de bewoner, in kaart te brengen.

### Zorgmedewerkers aan zet

Zodra de onderzoekers met de data de leefsituatie in kaart hebben gebracht, zijn de zorgmedewerkers aan zet. De sensoren kunnen dan mogelijke afwijkingen gaan meten. Als de sensoren een afwijking meten, ontvangen de zorgmedewerkers een melding op hun werktelefoon. Zij kunnen dan gaan kijken bij de bewoner om te zien waarom er een afwijkende meting is en of er daadwerkelijk iets aan de hand is. Vervolgens kunnen zij, via hun werktelefoon, laten weten wat zij waarnemen op basis van de melding: is er sprake van een gedragsverandering? Of vals alarm? Met behulp van de waarneming van de zorgmedewerker kunnen de sensoren verder afgesteld worden en daarmee doorontwikkeld.

Doel van het afstellen is dat toekomstige gebruikers van het vroegtijdige waarschuwingssysteem zoveel mogelijk meldingen ontvangen van daadwerkelijk veranderend gedrag. “Het zou heel mooi zijn wanneer de sensoren de voortekenen van onbegrepen gedrag eerder zien dan wat wij nu zelf kunnen”, zegt één van de aanwezige zorgmedewerkers. “Mogelijk zorgt dat voor meer rust bij de bewoners.”

### Smartwatch

Jan legt uit dat de zorgmedewerkers de smartwatch 's ochtends om kunnen doen bij bewoners en dat deze 's avonds weer af moet. Dat is jammer, want één van de bewoners is juist 's nachts erg onrustig. “Dat begrijp ik”, zegt Jan, “maar dit heeft een puur praktische reden: het horloge moet in de nacht aan de oplader. Op dit moment zitten we nog in de voorfase van het onderzoek. Het horloge als draagbare sensor is mogelijk niet het uiteindelijke product. In de toekomst kan dit er nog heel anders uit gaan zien, maar voor nu is het de beste optie.” Een zorgmedewerker vraagt: “Kan het horloge ook mee onder de douche?” “Jazeker!” zegt Jan, “maar doe het voor de zekerheid maar wel af als een bewoner in bad gaat.”

# Wat heeft de derde MOOD-Sense-pilot opgeleverd?

**Bij Zonnehuisgroep Noord heeft het projectteam van onderzoekers en zorgmedewerkers bewoners gemonitord die onbegrepen gedrag lieten zien. Het projectteam is zeer tevreden met het verloop van de pilot. Hoewel de sensoren nog geen dagelijks hulpmiddel zijn, geeft de pilot goede aanleiding om de ontwikkeling met verpleeghuisorganisaties verder voort te zetten. Jan Kleine Deters, promotieonderzoeker, licht de bevindingen toe:**

Jan: “Voor de pilot werd gebruik gemaakt van draagbare sensoren, verwerkt in een horloge en in de omgeving aanwezige sensoren. In afstemming met ICT en met de input van zorgmedewerkers over de bewoners zijn de sensoren op de meest relevante plaatsen geïnstalleerd in de leefomgeving van de bewoners. Het zorgteam vond het leerzaam om gezamenlijk de sensor- en gedragsdata te evalueren. Alhoewel onbegrepen gedrag een complex fenomeen is om te meten, hielp het kijken naar de activiteitsbewegingen van de bewoner, verandering van hartslag en omgevingsfactoren als verlichting, geluid en het openen en sluiten van deuren in het begrijpen van het ontstaan van het gedrag.”

## Is het gelukt om veranderingen of zelfs onbegrepen gedrag te meten?

“Het gedrag van de bewoners werd gedurende de hele dag gemeten. Hierdoor

werd inderdaad duidelijk waarom bewoners op bepaalde momenten van de dag zich op een specifieke manier gedragen. Zo werd ontdekt dat een bewoner angstig werd na het sluiten van de badkamerdeur. De metingen lieten meerdere keren, op hetzelfde moment van de dag, een hogere hartslag en intensere bewegingen zien. Ook werd door de sensormetingen zichtbaar dat sommige afspraken in het zorgleefplan, zoals bedtijd, niet altijd nagekomen werden. Afspraken die door het team juist gemaakt waren om onbegrepen gedrag te voorkomen. De waarnemingen uit de data en deze opvallende situaties zijn door het team besproken in hun werkoverleg, om gezamenlijk de kwaliteit van zorg te verbeteren.”

## Hoe was het voor het zorgteam om met sensortechnologie te werken?

“Door de pilot op de woonlocatie is het team met elkaar in gesprek gegaan over

digitalisering en de mogelijkheden van monitoringstechnologie in de zorg. Daarnaast heeft het projectteam met het team besproken welke wensen er vanuit de praktijk zijn voor de verdere doorontwikkeling van de techniek. Zo werd er overlegd of het mogelijk is om de metingen in real-time in te kunnen zien. Het projectteam gaat dit oppakken en bekijken hoe ze de metingen er in real-time visueel en begrijpelijk uit kunnen laten zien.”



MOonitoring Onbegrepen gedrag bij Dementie met Sensortechnologie - is een samenwerkingsverband tussen het lectoraat Sensors en Smart Systems (prof. dr. Heinrich Wörtche) van de hogeschool Hanze Groningen en het Universitair Netwerk Ouderenzorg- UMCG (prof. dr. Sytse Zuidema), ouderenzorgorganisaties en bedrijven. Binnen MOOD-Sense wordt een monitoringsysteem ontwikkeld dat onbegrepen gedrag en andere zorgproblemen bij mensen met dementie opspoor, om tijdig passende zorg te kunnen bieden. Het monitoringsysteem is gebaseerd op sensortechnologie en de kennis van zorgmedewerkers.





## MOOD-Sense gepresenteerd als voorbeeldproject in Den Haag

In het najaar sloten prof. dr. Sytse Zuidema van het UNO-UMCG en prof. dr. Heinrich Wörtche van de hogeschool Hanze Groningen aan bij een bezoek van een belangrijke Duitse delegatie aan Den Haag. Doel van het bezoek van onder andere de minister-president van de Duitse deelstaat Thüringen, Herr Bodo Ramelow en de minister van Gezondheid, Frau Heike Werner, was om geïnformeerd te worden over innovatieve projecten in Nederland. MOOD-Sense is daar gepresenteerd als voorbeeldproject.

Er zijn concrete plannen voor het inrichten van een pilot-locatie voor MOOD-Sense in Dingelstädt, een landelijke gemeente in het Duitse Thüringen. Zorgtechnologie op afstand kan daar, bij een groeiend tekort aan artsen en verpleegkundigen, bijdragen aan betere zorg voor mensen met dementie in hun verzorgingshuizen. Professor Wörtche en onze

lokale partner Michael Gross, plaatsvervangend burgemeester van Dingelstädt, kregen in Den Haag alle ruimte voor uitleg over MOOD-Sense, waarna een goed debat volgde. De minister-president van

Thüringen heeft steun beloofd aan de pilot. Streven is om met lokale samenwerkingspartners komend jaar de pilotlocatie in Dingelstädt in te richten.



# “Met het onderzoek van SPREAD+ willen we onze kennis en inzichten letterlijk door heel Nederland verspreiden!”



**Sarah Janus, senior onderzoeker UNO-UMCG, sprak op het eerste symposium van Alzheimer Centrum Groningen. Daar vertelde Sarah over SPREAD+. SPREAD+ staat voor Sustainable and Personalised Advances in Dementia care. Het is het tweede landelijke samenwerkingsverband binnen de Nationale Dementiestrategie. SPREAD+ richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie door de toepassing van onderzoeksresultaten in de praktijk.**

Sarah: “Dat is nodig, omdat dementie volgens het CBS de snelst groeiende doodsoorzaak in Nederland is: ieder uur komen er vijf mensen met dementie bij. Tegelijk leven mensen gemiddeld 6,5 jaar met dementie en kent de ziekte verschillende fases. Dit betekent dat wat iemand nodig heeft en op welk moment heel verschillend is. Veel interventies passen vaak nét niet. Met het onderzoek van SPREAD+ willen wij dit verbeteren door meer aan te sluiten op de individuele behoefte. Het is

een uniek samenwerkingsverband, omdat de mens met dementie centraal staat: het onderzoek en de hieruit voortkomende interventies en producten worden allemaal ontwikkeld in co-creatie met mensen met dementie, mantelzorgers en zorgverleners.”

## Zorgtechnologie

Als onderzoeker binnen SPREAD+ geeft Sarah leiding aan een specifiek deel, een zogeheten werkpakket. Sarah: “Binnen

dit werkpakket met het thema Technologie willen we inzicht krijgen in de wensen en behoeften van mensen met dementie rondom de inzet van zorgtechnologie. We brengen in kaart wat er al is aan zorgtechnologische producten en of deze producten daadwerkelijk aansluiten. Tegelijk kijken we ook naar de ethische dilemma's rondom zorgtechnologie. In Groningen richten we ons bijvoorbeeld specifiek op navigatie-technologie: Welke bestaande navigatie-technologieën, zoals bijvoorbeeld Google Maps, zouden geschikt zijn voor mensen met dementie? In Maastricht gaat een andere groep onderzoekers binnen hetzelfde werkpakket aan de slag met e-health applicaties. Zo willen we onze kennis en inzichten letterlijk door heel Nederland verspreiden.”

## SPREAD+ brengt producten en interventies naar de praktijk

In een dubbelinterview voor de uitgave ‘ZonMw: Ouderen’ komen prof. dr. Marjolijn de Vugt en prof. dr. Sytse Zuidema aan het woord. De Vugt is gezondheidspsycholoog in Maastricht UMC+ en projectleider van SPREAD+, Zuidema is

hoogleraar ouderengeneeskunde en dementie in het UMCG en voorzitter van het UNO-UMCG. Ze vertellen over de doelen van SPREAD+ en hoe ze die willen bereiken door samen te werken met mensen met dementie, hun naasten en zorgverle-

ners. Daarbij gaan ze in op de rol van de academische netwerken ouderenzorg en veranderingen in de wetenschappelijke onderzoekswereld.

Als het gaat om implementatie is er volgens Zuidema de laatste jaren namelijk veel veranderd. Waar het thema voorheen weinig aandacht kreeg, is het nu een voorwaarde voor goede wetenschap. Bovendien worden onderzoeksresultaten vaker tussentijds gedeeld en al omgezet tot bruikbare interventies of producten. Zuidema: “Zo gaan we het ook doen binnen SPREAD+. Het is een uitstekende manier om de implementatie te versnellen en de zorg efficiënt te verbeteren.”



## Maak kennis met: promotieonderzoeker Maren Salzwedel

# “Ik vind het fijn om met de doelgroep zelf in gesprek te gaan”



**Maren Salzwedel is promotieonderzoeker bij het UNO-UMCG. Ze is in 2023 gestart met haar onderzoek naar de wensen en behoeften van mensen met dementie, hun naasten en zorgverleners met betrekking tot zorgtechnologie. Maren heeft een achtergrond in logopedie en (neuro)psychologie. Ze was hiervoor werkzaam als neuropsycholoog in een ziekenhuis in Noord-Duitsland.**

### Wat voor onderzoek doe je precies?

“Mijn onderzoek gaat over de wensen en behoeften van mensen met dementie, mantelzorgers en zorgprofessionals ten aanzien van zorgtechnologie. Voor mensen met dementie geldt dat er vaak wel onderzoek óver ze wordt gedaan, maar dat ze meestal niet zelf worden betrokken. Wij willen hier verandering in brengen door ze al vanaf het begin mee te nemen in de opzet en verdere uitwerking van het onderzoek. Persoonlijk vind ik het zelf ook fijn om met de doelgroep in gesprek te gaan, en dat zij in ons onderzoek centraal staan.”

### Hoe betrekken jullie mensen met dementie in het onderzoek?

“Het onderzoek zit nu nog in de beginfase. Om mensen met dementie zo goed mogelijk te betrekken in het onderzoek hebben we met het UNO-UMCG cliëntenpanel samengewerkt. Het panel heeft de informatiebrieven over het onderzoek beoordeeld, waardoor de inhoud van de brieven beter aansluit op onze doelgroep. Voor de opzet van een literatuuronderzoek hebben we opnieuw het cliëntenpanel benaderd. De cliëntpanelleden hebben toen benadrukt dat zorgtechnologie ook de zelfstandigheid en sociale participatie moet ondersteunen. Dit hebben we verwerkt in het onderzoek. Nu gaan we aan de slag met de werving en hopen we binnenkort zelf met mensen met dementie, hun naasten en zorgverleners in gesprek te gaan.”

### Wat motiveert je om juist hier onderzoek naar te doen?

“Ik werkte eerder als neuropsycholoog op een neurologische afdeling en vroeg-re-

validatie. Op de afdeling werkte ik ook samen met mensen met dementie. Ik vind het een mooie doelgroep om mee te werken, omdat je goed moet kunnen aanvoelen wat een ander op dát moment nodig heeft. Tegelijk moet je ook flexibel kunnen zijn, omdat dit snel kan wisselen. In mijn functie als neuropsycholoog begeleidde ik mensen met dementie tijdens hun ziekenhuisopname. Hierdoor was ik slechts een korte periode betrokken. Het onderzoek wat ik nu kan doen gaat over zorgtechnologiebehoeften in de thuiszorg. Ik hoop dat we hiermee technologie beschikbaar kunnen maken waarmee we thuiswonende mensen met dementie langdurig kunnen ondersteunen.”

### Jouw onderzoek valt onder het landelijke samenwerkingsverband SPREAD+. Hoe is dat voor jou?

“Doordat het onderzoek landelijk is aangesloten bij SPREAD+ krijg ik veel inzichten in andere gebieden van onderzoek naar dementiezorg. Het is fijn om van elkaar te kunnen leren. Bovendien is er speciaal voor promotieonderzoekers een leeraanbod opgezet. Door het leeraanbod komen we regelmatig bij elkaar voor werkbezoeken, cursussen of workshops.

Verder hebben wij in het afgelopen jaar als werkgroep technologie een workshop in het Maastricht UMC+ opgezet over hoe we als onderzoekers ook doelgroepen kunnen betrekken die tot nu toe in mindere mate in onderzoek vertegenwoordigd waren. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan minderheidsgroepen met een migratieachtergrond of mensen met een minder sterke sociaaleconomische status. Er is binnen het samenwerkings-

verband SPREAD+ dan ook veel aandacht voor inclusiviteit. Iedereen hoort erbij. Zo willen we er samen voor zorgen dat interventies daadwerkelijk aansluiten op individuele behoeftes, zodat echt iedereen er gebruik van kan maken.”



SPREAD+ staat onder leiding van het Alzheimer Centrum Limburg (prof. dr. Marjolein de Vugt), Radboudumc Alzheimer Centrum/UKON (prof. dr. Debby Gerritsen), Universitair Netwerk Ouderenzorg UMC Groningen (prof. dr. Sytse Zuidema) en Hogeschool Windesheim (dr. Ir. Simone de Bruin). Daarnaast maken Universiteit Tilburg, Trimbos Instituut, Alzheimer Centrum Amsterdam, Alzheimer Centrum Groningen, Expertisecentrum Pharos Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht, Hogeschool InHolland en het Erasmus Alzheimer Centrum deel uit van het samenwerkingsverband. SPREAD+ wordt gesubsidieerd door Alzheimer Nederland via ZonMw en ontvangt bijdragen van financier Health Holland.

## IMPLEMENTATIE

## Van kennis ontwikkelen naar kennis benutten

Als onderzoeken klaar zijn delen we de resultaten breed: onze kennis is van iedereen. Maar binnen het UNO-UMCG gaan we verder: we zien graag dat de resultaten ook echt leiden tot verbetering van de zorg en integratie in de onderwijscurricula. Onze visie op implementatie van nieuwe kennis en werkwijzen hebben we gevat in drie concrete, praktijkgerichte Gouden Regels:

### Gouden Regel 1:

Implementeren = bij de start van het onderzoek samen al nadenken over implementatie

### Gouden Regel 2:

Implementeren = planmatig werken en anticiperen op de weerbarstige praktijk

### Gouden Regel 3:

Implementeren = gebruik maken van vakkundige hulp en leren van elkaar

“Ik ben meer een doener en denk al snel: laten we maar gewoon beginnen. Maar dat werkt niet bij implementeren!”

Dat zei een hbo-v student tijdens een gastles voor hbo-v-deeltijdstudenten van implementatieadviseurs van het UNO-UMCG. Wat zijn de ervaringen van de implementatieadviseurs? Waar lopen ze in de praktijk tegenaan en hoe zorg je ervoor dat het implementeren wél lukt?



# UNO-UMCG maakt toekomstige zorgmedewerkers vertrouwd met onderzoek



**Vijf mbo-studenten hebben bij zorgorganisatie ZINN de onderzoeksopdracht 'Veilige Geluidsomgeving' uitgevoerd. Insteek van de opdracht is om toekomstige zorgmedewerkers vertrouwd te maken met onderzoek. De opdracht is ontwikkeld door implementatieadviseurs van het UNO-UMCG, in samenwerking met het Alfa-college en Consortium Beroepsonderwijs.**

Consortium Beroepsonderwijs maakt in samenwerking met scholen en de praktijk gevalideerde examens en oefenmateriaal voor het middelbaar beroepsonderwijs. Sonja Schoneveld, consultant beroepsonderwijs bij Consortium Beroepsonderwijs, deelt haar ervaringen met deze samenwerking.

## Hoe is de samenwerking met het UNO-UMCG ontstaan?

"Via onze samenwerkingspartner Netwerk ZON, het netwerk van zorg- en welzijnsopleidingen in Groningen, Drenthe, Friesland en Noord-Overijssel, kwamen we in contact met implementatieadviseurs Francine Quittner en Ivonne Lesman van het UNO-UMCG. Vervolgens

hebben we de onderwijsopdracht samen met het Alfa-college ontwikkeld.

## Hoe is de opdracht door de studenten ontvangen?

"De studenten hebben de opdracht met veel enthousiasme uitgevoerd en het onderzoek als zeer waardevol ervaren. Het heeft er zelfs toe geleid dat de studenten een verbetervoorstel hebben gemaakt om omgevingsgeluid te verminderen en zorgverleners ervan bewust te maken dat omgevingsgeluid onrustig gedrag bij bewoners kan veroorzaken. Naar aanleiding hiervan worden bijvoorbeeld vaatwassers niet meer tijdens maaltijden in- of uitgeruimd en komen collega's rustig en niet meer tijdens maaltijden binnen."

## Wat gebeurt er nu met deze opdracht?

"De conclusie van de mbo-studenten is dat deze opdracht aan het oefenmateriaal van Consortium Beroepsonderwijs moet worden toegevoegd. En dat de opdracht niet alleen beschikbaar moet worden gesteld voor studenten die een opleiding volgen in de ouderenzorg, maar voor alle studenten Zorg en Welzijn. Wij zijn het hiermee eens en gaan onderzoeken hoe we deze opdracht zo breed mogelijk kunnen aanbieden."

## Welke meerwaarde heeft de samenwerking tussen het UNO-UMCG en Consortium Beroepsonderwijs?

"Consortium Beroepsonderwijs kan het UNO-UMCG helpen om toekomstige zorgmedewerkers te leren omgaan met onderzoek in de praktijk. Het UNO-UMCG kan ons helpen bij de ontwikkeling van waardevol, en up-to-date examenmateriaal en oefenstof voor het mbo. Deze samenwerking is een mooie manier om elkaar aan te vullen en te versterken."

## Steeds meer aandacht voor geluidsomgeving in verpleeghuizen Subsidie voor verdere verspreiding van bewezen effectieve interventie MoSart+

Geluiden in het verpleeghuis kunnen aanleiding zijn voor probleemgedrag bij bewoners met dementie. Door de interventie MoSart+ worden zorgmedewerkers zich bewust van de geluidsomgeving en worden ze getraind om zelf micro-interventies te bedenken die de geluidsomgeving prettiger maken voor de bewoners. MoSart+ kan nu breder verspreid worden dankzij een subsidie van ruim veertigduizend euro die het UNO-UMCG en samenwerkingspartner SoundAppraisal in 2023 toegekend hebben gekregen van ZonMw.

### Roadmap

Het gaat om de zogeheten VIMP-subsidie, wat staat voor Verspreidings- en

Implementatie-impuls voor bewezen effectieve interventies. Met de subsidie kan de MoSart+-interventie, die onder meer bestaat uit het gebruik van een bewustwordings-app en het scholen van geluidsambassadeurs, in een aantal verpleeghuizen worden geïmplementeerd. Daarnaast wordt de subsidie gebruikt voor het ontwikkelen van een interactieve 'roadmap' op de website van het UNO-UMCG, waarmee de implementatie van de interventie online wordt begeleid. Verder richt verspreiding zich onder meer op kennisdeling via publicaties, social media, workshops op congressen en onderwijsmateriaal van Consortium Beroepsonderwijs.





## “Er ligt zoveel kennis binnen het UNO-UMCG op je te wachten!”



Sinds augustus 2023 is Kirsten Lamberts, klinisch psycholoog en eerste gedragskundige bij Zorggroep Meander, gestart als praktijkvertegenwoordiger bij het UNO-UMCG. Zij volgt hiermee Wanda Rietkerk op. Hoe ziet Kirsten haar nieuwe functie en wat zijn haar ervaringen tot nu toe?

### Wat houdt de functie praktijkvertegenwoordiger in?

“Ik verbind onderzoekers en onderzoeksthema’s van het UNO-UMCG met vragen van medewerkers in de ouderenzorg. Mijn doel is om ideeën en wensen voor onderzoek samen te brengen, met als uiteindelijk doel de zorg voor ouderen waar nodig te verbeteren. Tegelijkertijd wil ik meer mensen enthousiast maken voor het werken in de ouderenzorg.”

### Wat lijkt je leuk aan deze functie?

“In mijn eigen loopbaan combineer ik werken in de zorgpraktijk met onderzoek. Ik begrijp de wereld van de onderzoeker, die vaak zelf op de werkvloer de data verzamelt. Want zorgmedewerkers kunnen het er niet meer ‘bijdoen’. Maar ook de wereld van de zorgmedewerker: een krap rooster, ongeduldige patiënten en verwijzers, een ontplofte mailbox en deadlines. En dan ook nog een onderzoeker met ‘een korte vragenlijst’. Onderzoek en zorgpraktijk versterken elkaar. Ik

breng deze twee werelden graag samen, om onderzoekers en zorgmedewerkers te laten ervaren hoeveel ze voor elkaar kunnen betekenen. Zo kunnen prachtige projecten ontstaan, die leiden tot betere zorg en tevreden collega’s.”

### Hoe verbind je onderzoek en praktijk?

“Door veel mensen te ontmoeten en met elkaar in contact te brengen. Als je eenmaal dat eerste contact hebt gelegd, gaat het daarna vanzelf. Neem bijvoorbeeld de invoering van het pijnherkenningsinstrument PAIC15 bij Zorggroep Meander, begeleid door een team van het UNO-UMCG. Daardoor is nu een levendige uitwisseling ontstaan tussen het UNO-UMCG-onderzoeksteam en medewerkers van Zorggroep Meander; het UNO-UMCG heeft scholingen gegeven, Zorggroep Meander neemt deel aan meerdere onderzoeken en hun kenniscommissie organiseert eens in de twee jaar een symposium, ondersteund door het UNO-UMCG. Ik zie echt dat dit aan

beide kanten veel energie oplevert.”

### Wat is je tot nu toe opgevallen in je werkzaamheden als ‘linking-pin’?

“De onderzoekers en adviseurs implementatie en communicatie van het UNO-UMCG doen veel moeite om hun werk zo goed mogelijk aan te passen aan de praktijk. Dat vind ik heel bijzonder om te ervaren. Met een aantal heb ik bijna wekelijks contact om mee te denken vanuit de praktijk. Dat is voor mij een prettige manier om te werken. Roep mij er maar bij, dan kijken we samen of ik iets kan toevoegen.”

### Wat zie je als extra uitdaging in je functie?

“Ik probeer de praktijk nog breder te bereiken met de boodschap: vraag het aan het UNO-UMCG! Je hoeft maar een pink uit te steken en er is al iemand die met je wil meedenken. Ik hoor nog te vaak over acties, scholingen, initiatieven die vanuit de praktijk zelf worden bedacht. Dat is zo zonde van de moeite en het geld. Er ligt zoveel moois binnen het UNO-UMCG te wachten: workshops, het symposium of de mooie uitwisselingen tussen onderzoek en praktijk tijdens de Vraag-Maar-Raak-sessies.”

# “Wat is het doel van jullie WOC? En waar liggen de grenzen? Is er cliëntvertegenwoordiging?”

Tijdens de Vraag-Maar-Raak-sessie over de Wetenschap- en onderzoekscommissie (WOC) kwamen er veel vragen over het inrichten, maar vooral ook het voortzetten van de WOC. Begeleid door adviseurs Riejanne Slaghuis en Henriëtte van der Kloet gingen de deelnemers met elkaar in gesprek.

## “Hoe gaat het met jullie WOC?”

Bij Joan Slagter, geriatrisch fysiotherapeut bij Icare, is de WOC pas opgericht en nog in de opstartfase. De commissie moet nog meer vorm krijgen, maar dit gaat niet vanzelf: “Welke kant willen we op?”

Richard van der Pluijm, directeur Extramurale Zorg- en Dienstverlening bij Zorggroep Drenthe, herkent wat Joan zegt. Bij zijn organisatie zijn ze klein gestart, maar nu groeiend. Sinds kort is er ook een specialist ouderenzorg toegetreten tot de commissie. Ze zoeken nog naar een kwaliteits- of wijkverpleegkundige.

Een volgende stap is aansluiting vinden bij een themagroep van het UNO-UMCG. “Maar,” zegt Richard, “we sluiten niet alleen aan om kennis op te halen. We willen ook iets brengen. Er moet sprake zijn van wederkerigheid. Tegelijk blijkt het lastig om in de waan van de dag oprecht tijd te vinden om er met elkaar goed voor te gaan zitten. De wil is er wel.” Zijn advies aan Joan: “Doorpakken!”

## “Hoe gaan we verder? Wat gaan we hierna doen?”

Bij zorgorganisatie Meander zijn ze nu een klein jaar bezig met de WOC, of eigenlijk MOC: Meander Onderzoekscommissie. Kirsten Lamberts, klinisch psycholoog bij Meander en praktijkvertegenwoordiger UNO-UMCG, legt uit dat de MOC eerst vooral bezig is geweest met inventariseren: welke stagiaires zijn er en wat doen ze? Verder is er, om de MOC een positieve kickstart te geven, een symposium georganiseerd met behulp van het UNO-UMCG. Het symposium is binnen de organisatie heel positief ontvangen: “En dit positieve gevoel willen we nu vasthouden, want het symposium was maar één project. Met het symposium hebben we de boel goed opgeschud. Mensen weten ons te vinden en er komen veel

vragen binnen, maar hoe gaan we verder? Wat gaan we hierna doen?”

## “Veel van de kleinere onderzoeken verdwijnen in de la. Zonde.”

Richard vertelt dat de focus binnen zijn onderzoekscommissie ligt op onderzoeken die al lopen: “Binnen onze organisatie leiden we veel studenten op en iedereen doet onderzoek, van mbo tot hbo. Veel van deze kleinere onderzoeken verdwijnen in de la. Zonde. Binnen onze commissie willen we kijken of we de resultaten van deze onderzoeken zelf kunnen toepassen in de directe zorg.”

## “Waar liggen de grenzen van de WOC?”

Bij Noorderbreedte maakt Gea van Dijk, onderzoeker en associate lector kwaliteit en zorgorganisatie, al langere tijd deel uit van de onderzoekscommissie. Voor hun WOC heeft het geholpen om duidelijke kaders neer te zetten. Onderzoek is volgens haar verweven met verschillende thema's zoals opleiden, beleid maar ook kwaliteit en innovatie. De WOC bij Noorderbreedte is niet direct aan deze thema's gekoppeld: “En dit willen we ook graag zo houden! Er is zeker wel een link, maar het is de kunst om enerzijds te verbinden en het tegelijk ook bij de ander te laten.” Is de WOC verantwoordelijk voor de daadwerkelijke implementatie van onderzoeksresultaten? Gea: “Eigenlijk niet, maar je kunt als WOC wel ondersteuning bieden en invloed uitoefenen. Dat geldt ook voor innovaties. Hiermee creëer je steeds een klein netwerk binnen de eigen organisatie.”

“Binnen Noorderboog gaan wij eerst verder nadenken over die kaders voordat we verder gaan,” zegt Wanda Rietkerk, specialist ouderenzorg. “We zoeken eigenaarschap en daarbij komen er vragen binnen die niet alleen over onderzoek gaan, maar



ook over beleid. Die moeten we niet door elkaar halen. Het is van belang om nu eerst het gesprek met elkaar aan te gaan, ook met de raad van bestuur: hoe zien wij de rol van de WOC binnen onze organisatie? We gaan er de tijd voor nemen om dit gesprek op gang te brengen.”

## “Is er cliëntvertegenwoordiging in de WOC?”

Katy van Hasselt, netwerkmanager van het UNO-UMCG, vertelt dat de WOC ook onder de aandacht is van het UNO-UMCG Cliëntenpanel. Tijdens de laatste bijeenkomst van het panel kwam daar de vraag naar voren of er cliëntvertegenwoordiging is of dat er een visie op cliëntvertegenwoordiging is binnen de WOC's.

“Bij Noorderbreedte hebben wij die wel,” zegt Gea. “Wij vinden dit écht belangrijk. Bovendien is het relatief eenvoudig om iemand van de cliëntenraad te vragen.” Bij Meander is er nog geen cliëntvertegenwoordiger toegetreten tot de commissie, maar staat dit wel hoog op het verlanglijstje. Kirsten legt uit dat bij steeds meer onderzoeksaanvragen de eis wordt gesteld om de visie van de cliënt mee te nemen. Gea: “Eigenlijk kun je het in deze tijd niet meer maken om géén cliëntvertegenwoordiger toe te laten treden.”

“Mooi!”, sluit Katy lachend af, “Dan voegen wij dit als advies toe aan de handleiding van het UNO-UMCG voor het inrichten van een WOC!”



## Hulp bij implementatie: **training Leren Implementeren**

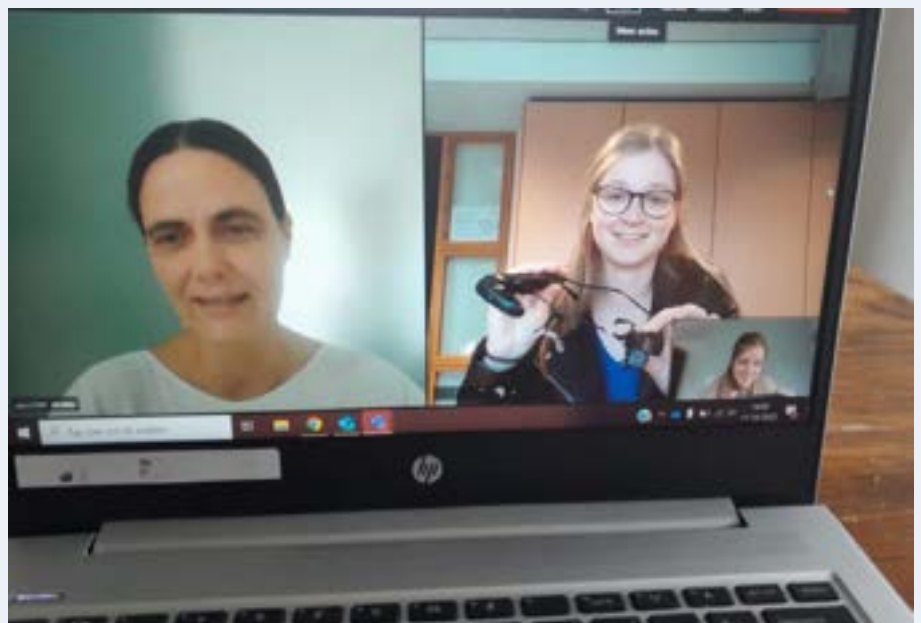
Begeleid jij een implementatieproject en kun je hierbij wel wat hulp gebruiken? Zorgmedewerkers van de aangesloten zorgorganisaties kunnen zich ieder jaar opgeven voor de gratis training Leren Implementeren. In deze training krijg je door implementatieadviseurs van het UNO-UMCG praktijkgerichte theorie en methodiek aangereikt om een implementatieproject succesvol te begeleiden en ga

je daar ook alvast mee aan de slag. De training bestaat uit twee dagdelen. De eerste training van 2023 vond plaats op 8 maart en 11 april bij KwadrantGroep in Burgum en werd georganiseerd voor zorgmedewerkers van KwadrantGroep, Patyna, Zonnehuisgroep Noord en Noorderbreedte. Voor medewerkers van de overige zorgorganisaties vonden er trainingen plaats op 3 april en 25 april in Borne, op

14 september en 6 november in Haren en op 10 oktober en 22 januari 2024 in Assen.

## “Mag ik bij je langskomen? Wij starten volgend jaar ook met dit project”

Tijdens de Vraag-Maar-Raak-sessie over implementatie werd gesproken over verschillende projecten. Dineke Brouwer, ergotherapeut en adviseur zorgtechnologie bij Liberein, vertelde dat ze de mogelijkheden van de smart glass geïnventariseerd heeft voor haar zorgorganisatie. De smart glass, ook wel expertisebril genoemd, is een bril met een ingebouwde camera en microfoon. Hiermee kan een deskundige op afstand meekijken en -luisteren wanneer een zorgmedewerker zorg verleent. “Mag ik bij je langskomen?”, vraagt Amanda Luchies, wijkverpleegkundige innovatie bij Zonnehuisgroep Noord, “Wij starten in 2024 met de implementatie van de smart glass.” Precies het doel van de Vraag-Maar-Raak-sessies: leren en gebruik maken van elkaars kennis en ervaringen.





## "Ook verpleeghuisbewoners hebben **recht op intimiteit en seksualiteit**"

Onderzoekers Sarah Janus en Zeljka Kresojevic schreven voor het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde een artikel waarin zij pleiten voor openheid over de behoefte aan intimiteit en seksualiteit van verpleeghuisbewoners. Sarah en Zeljka: "Maak de behoefte aan intimiteit en seksualiteit van verpleeghuisbewoners bespreekbaar! Het recht op intimiteit en seksualiteit is een fundamenteel mensenrecht, dat niet verloren mag gaan bij het ouder worden of bij het ontwikkelen van dementie." Janus en Kresovic pleiten ook voor meer onderzoek naar de behoeften

van mensen met dementie rondom intimiteit en seksualiteit, zodat zorgverleners en familieleden beter opgeleid en bewust kunnen worden gemaakt van de deze behoeften. Om dit onderzoek goed uit te kunnen voeren, moet het algemeen heersende taboe rondom het onderwerp intimiteit & seksualiteit in de verpleeghuiszorg worden doorbroken.



# Kijkje in de keuken

## Meelopen levert waardevolle inzichten op

**De wereld van de wetenschap en die van de zorgpraktijk verschillen enorm. Binnen het UNO-UMCG brengen we ze dichterbij elkaar, zodat we samen kunnen werken aan nog betere ouderenzorg. Om die reden lopen onder andere onderzoekers en implementatieadviseurs van het UNO-UMCG regelmatig een dag mee met medewerkers in de ouderenzorgorganisaties.**

Implementatieadviseur Francine Quittner volgde de werkdag van verzorgende Thijs Dijkstra, die kort daarvoor de opleiding ‘gespecialiseerd verzorgende’ had gevolgd. Dijkstra werkt op een kleinschalige afdeling voor mensen met dementie van De Hoven. Quittner, van oorsprong verpleegkundige voordat ze docent werd in het mbo-zorgonderwijs, zag een bevlogen team. “Vergeleken met mijn werkzame tijd in de ouderenzorg is er weinig veranderd, maar toch ook weer veel. Vooral de rust en de benadering van de bewoners vielen mij in positieve zin op. Er wordt structureel en meer aandacht gegeven aan de individuele behoeften van de bewoners. Zo vindt er regelmatig een BBB (belevingsgerichte bewonersbespreking) plaats, waarin het team concrete afspraken maakt om aan te sluiten bij de behoeften van een specifieke bewoner.”

### Noodzakelijke inzichten

Implementatieadviseur Nannet Alkema liep in het kader van haar opleiding Gedragsverandering – gericht op inzicht krijgen in drijfveren en verandertechnieken voor menselijk gedrag – een aantal dagdelen mee in de wijkzorg bij Patyna en Zorggroep Groningen. “Ik heb zelf geen opleiding of werkervaring in de zorgpraktijk. Meelopen, observeren en veel met mensen praten is onmisbaar om een goed inzicht te krijgen in wat er leeft, hoe het werkt en hoe de cultuur is. Zonder die inzichten kan ik mijn functie niet goed uitoefenen. We willen immers haalbare implementatieadviezen en bruikbare kennisproducten ontwikkelen die goed aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk.” Ook woonde Alkema een gedragsvisite bij Meander bij. “Wat een goed middel

om vanuit alle perspectieven te kijken naar gedrag van bewoners met dementie. Mooi dat klinisch psycholoog Marli de Weerd die het gesprek leidde, ook veel ruimte gaf aan de zorgverleners om te delen wat gedrag van bewoners met hén deed. Op veel fronten een krachtige gespreksvorm in de zorg en heel bijzonder om erbij aanwezig te mogen zijn.”

Implementatieadviseur Ivonne Lesman, voormalig verpleegkundige, liep een dag mee met kwaliteitsverpleegkundige Gerda Wierenga van Dignis. “Ik mocht onder meer aanschuiven bij een vergadering van kwaliteitsverpleegkundigen en het viel me op hoe gepassioneerd zij met uiteenlopende onderwerpen bezig zijn, waaronder familieparticipatie en de Wet zorg en dwang; onderwerpen waarover we binnen het UNO-UMCG ook kennis ontwikkelen, delen en implementeren. Tijdens de vergadering kwam ook de heteroanamnese aan bod. Onder andere op verzoek van Dignis zijn we hier in de themagroep actief mee bezig, om het nog professioneler vorm te geven. De kwaliteitsverpleegkundigen vertelden dat ze voor dit doel aan familie vragen om deze heteroanamnese samen met hun naaste in te invullen. De ingevulde gegevens komen in het dossier, zodat zorgmedewerkers er rekening mee kunnen houden in de zorg. In de vergadering heb ik zelf op verzoek nog wat implementatietips kunnen geven.”

### Onder de indruk

Netwerkmanager Katy van Hasselt, voormalig verpleegkundige, liep een dag mee met klinisch neuropsycholoog Jeroen Kok en verzorgende Hanna Agema van

ZINN. Bewust met twee verschillende typen functies, om meerdere kanten van het werk in de zorg mee te maken. “Opnieuw was ik diep onder de indruk van de fantastische zorg. Het klinkt als een cliché, maar dat is het niet. De medewerkers hebben zoveel liefde en geduld naar de bewoners toe. Er is zoveel rust op de afdeling met aandacht voor de individuele behoeften van bewoners. Heel bijzonder om weer eens van dichtbij mee te maken.”

Senior ethiekonderzoeker Elleke Landeweer pakte het grondiger aan: in plaats van een dag meelopen besloot ze als vrijwilliger in een verpleeghuis te gaan werken in haar woonplaats Utrecht. “Toen we in 2020 verplicht werden om thuis te werken vanwege corona, zag ik op Facebook een advertentie van een verpleeghuis bij mij op de hoek. Zij zochten vrijwilligers om de zorg wat te ontlasten tijdens het bezoekverbod. Dat zag ik als een unieke kans om toch ‘collega’s’ te blijven zien en de zorgpraktijk van binnenuit te mogen meemaken. Eerst startte ik twee avonden per week als dinerondersteuner en hielp ik bewoners bijvoorbeeld met het videobellen met hun familie. Toen de lockdown voorbij was heb ik mijn vrijwilligerswerk terugschakeld naar één avond per week. Inmiddels zijn we vier jaar verder.” Landeweer heeft ondervonden dat haar vrijwilligerswerk heel waardevol is voor haar onderzoekswerk. “Ik merk dat ik me inmiddels goed kan inleven in de dagelijkse morele dilemma’s in de zorg. Als een bewoner bijvoorbeeld vraagt of haar ouders wel weten dat ze hier blijft slapen, vind ik het net als de zorgmedewerkers lastig om eerlijk te antwoorden. Zulke momenten vragen tact. Eerlijk zijn is belangrijk, maar je moet wel nadenken hoe je het zegt. Hiervoor heb ik veel afgekeken van de zorgmedewerkers. De bewoners kennen is van groot belang om goede zorg te kunnen geven.”



## Zonovergoten UNO-UMCG-inspiratiedag!

Op 8 juni vorig jaar gingen deelnemers van de UNO-UMCG-inspiratiedag bij Buitencentrum De Poort in Ruinen aan de slag met een interactief programma over de thema's Persoonsgerichte zorg, Wonen & Welzijn en Zorgtechnologie.

Tijdens deze dag werden de deelnemers, voornamelijk zorgmedewerkers met een rol binnen het UNO-UMCG, kort bijgepraat over verschillende onderzoeksprojecten en implementatie-activiteiten en konden ze producten zoals een 'VR-bril' uitproberen. De Sneak Preview-hoek bood een blik op verwachte onderzoeken. Ook was er een professionele herder aanwezig met een groep schapen, om de deelnemers te laten ervaren wat goed samenwerken oplevert. De rondrennende schapen leidden tot grote hilariteit.

### Oude banden aanhalen en nieuwe contacten opdoen

Voor onderzoekers was de inspiratiedag een mooie gelegenheid om de voortgang van hun onderzoekswerk aan de praktijk te laten zien. De deelnemers werden uitgenodigd om mee te denken en vragen te stellen. Natuurlijk was er ook volop gelegenheid om oude banden aan te halen en nieuwe contacten op te doen. Wij kijken terug op een prachtige, zonovergoten dag vol inspiratie!

### Aftermovie

Nog even nagenieten of nieuwsgierig geworden naar de inspiratiedag? Scan de QR-code en bekijk de aftermovie.





Participanten op 1 juni 2024.