

Impressie van de 61th annual meeting of the Gerontological Society of America

Notities naar aanleiding van een bezoek (21-25 november 2008, Washington USA)

Auteurs: Charles G. Willems

De GSA is een grote vereniging van vooral onderzoeksgerichte gerontologen in de USA. De jaarlijkse bijeenkomsten worden druk bezocht, dit keer met meer dan 3000 bezoekers. Het thema van deze bijeenkomst was "resilience in an aging society; risk and opportunities". Resilience verwijst naar energie absorberen tijdens vervorming oftewel veerkracht. Binnen dit thema wordt door het congrespresidium een aantal symposia georganiseerd. Deze zijn onder andere gericht op thema's als: toekomstige werkers in health care; persoonlijk netwerk en sociale verbanden; langer werken en flexibiliteit; interdisciplinariteit; relatie met onderwijs; voeding en beweging.

De vereniging heeft twaalf officiële special interest groups (SIG). Deze bieden een platform voor bijeenkomsten. Onderwerpen betreffen o.a. economie en ouder worden; epidemiologie van veroudering; assisted living; GGZ; verpleging en ouderen; technologie en aging; quality of care. Jaarlijks organiseert iedere SIG een symposium en heeft een werkvergadering. Daarnaast worden op basis van peer review de verschillende sessies samengesteld. Hiervan is een deel symposia met 4-5 voordrachten en 36 poster sessies met 5-10 posters. Het totale aantal bijdragen komt dan op ongeveer 2600 uit. Het geheel is uiteraard op CD weergegeven en er is een special issue van *The Gerontologist* (Vol 48; oktober 2008).

Aan de hand van de trefwoorden wordt eveneens een indruk verkregen. Zo zijn met als onderwerp Technologie en aging 62 abstracts ingediend, het thema komt (nog) niet echt prominent aan de orde. Ter vergelijking de aantallen van enkele andere thema's: dementia 293; resilience 243; quality of care 259; assisted living 97; public health 114; education 376.

Zelf heb ik deelgenomen met een presentatie in een tweetal sessies. In beide gevallen ging het over de ervaringen met de toepassing van de Quiet Care technologie in een pilot in NL. De discussies die daarop volgden hadden vooral betrekking op de wijze waarop na afloop van de pilot implementatie plaats kan vinden. Onze benadering vanuit het vervolgproject "zorg op maat door leefstijlmonitoring" werd daarin als belangrijk onderschreven. In essentie komt dat project neer op de beantwoording van de vraag hoe de werkwijze van thuiszorgpersoneel door de inzet van technologie ondersteund kan worden.

Voorafgaand aan het congres wordt de gelegenheid geboden om een of meerdere pre-conference workshops te volgen. Daarin bestaat meer ruimte in tijd en contacten met deelnemers om een onderwerp uit te diepen. Ook in de USA wordt het werken volgens de traditie van "evidence based" methoden gestimuleerd. In de workshop "Design and testing interventions" vanuit het Center for research on Health and Aging Univ of Illinois at Chicago. (S. Hughes, R Seymour en T Proharka) werd ingegaan op de daarbij te hanteren methoden.

In de workshop is aangegeven wat in de verschillende fasen van het traject van belang is. Maatgevend daarbij zijn de eisen zoals die door de NIH worden gesteld voor goedkeuring van een voorstel in het kader van fondswerving. Het thema implementatie komt in deze GSA bijeenkomst regelmatig terug. Ook in de USA merkt men dat het heel lastig is om alle stadia van ontwikkeling te doorlopen. Implementatie onderzoek kent een drietal fasen. De eerste twee fasen, pilot en effectstudie doen, lukt meestal nog wel. Daar is ook financiering voor te krijgen. De implementatie in de praktijk als standaardprocedure lukt meestal niet omdat daar geen subsidie voor te krijgen is. Bij dit type onderzoek is van belang dat van het begin tot het eind de OUTCOME voorop blijft staan. Nu kan die voor iedere betrokkene (cliënt, zorgverlener, financier) verschillend zijn. Het

oorspronkelijke doel van de nieuwe interventie dient voorop te blijven staan. Als model voor de implementatie wordt in deze sessie het RE-AIM Translation & dissemination Framework gebruikt gepropageerd.¹ De stapsgewijze analyse geeft goede handreikingen die ook in de Nederlandse situatie bruikbaar zijn.

Uit het grote aanbod van sessies heb ik er een aantal uitgekozen waarbij de toepassing van (woon)technologie aan de orde kwam.

Vanuit een onderzoek naar het verstrekken van privacygevoelige informatie in relatie tot het gezondheidszorgsysteem (S.R.Beach) kunnen verrassende resultaten worden gemeld. Bij disabled and non-disabled baby boomers werd informatie verzameld over zaken als toiletgedrag, mobiliteit in huis, therapietrouw, rijgedrag etc. De resultaten laten zien dat hoe lager het opleidingsniveau van de betrokkene is, des te geringer de problemen met het verstrekken van privacygevoelige gegevens. De meeste probleem heeft men nog met het verstrekken van gegevens over autorijden. Bovendien; hoe lager de genoten opleiding hoe groter de tevredenheid over gebruikte diensten. Onderzoek van L.Lorenzen-Huber bevestigt deze bevinding en laat zien dat professionals en eindgebruikers nogal kunnen verschillen in de beoordeling van "perceived use" van de vraag naar privacygevoelige informatie. Het omgaan met privacy issues is ook in de USA nog een duidelijk discussiepunt en vraag om duidelijker richtlijnen voor onderzoek en ontwikkeling

Een tweede thema betreft het op afstand meten van gedrag in een woonomgeving. De technische faciliteiten om passieve monitoring te verrichten, komen beschikbaar. Veelal wordt uitgegaan van de kracht van visuele monitoring maar privacyaspecten belemmeren de grootschalige toepassing. Een andere toepassing (S.Patel) die met draadloze technologie via accelerometrie bij parkinsonpatiënten bewegingen monitored en zo de instelling van het medicijngebruik ondersteund is zeer bemoedigend.

In Nederland heeft de studie van Riemersma et al. de aandacht gericht op het gebruik van licht in de geriatric.² Tijdens de conferentie kwamen ontwerp en gebruik van de leefomgeving van begeleid wonen/ verpleeghuizen aan de orde met als doel een natuurlijker toegang van licht in de leefomgeving te realiseren. Niet alleen bij het verblijf binnenshuis maar ook in de buitenomgeving. Er is nog discussie over wat effectieve lichtniveau's zijn. Daarbij komen verschillende methodologische aspecten aan de orde: dosering lichtsterkte, dosering lichtduur, effectieve lichtkleur, hoe vergelijkbare resultaten te verkrijgen, hoe effecten te meten. Consensus bestaat over het feit dat licht positieve effecten heeft op het gedrag en de kwaliteit van leven van de bewoners, en dat de hormonale behandeling met melatonine liefst achterwege dient te blijven. De optimale verhouding tussen lichtkleur, lichtintensiteit en de gebruiksduur van dit type licht nog niet is vastgesteld. Het gebruik van dynamische verlichting kan in dit verband voordelen bieden.

Een stimulerende bijdrage met merendeels Nederlandse presentaties werd gegeven over kleinschalig groepswonen. Onderzoek vanuit Tranzo (Tilburg), Universiteit Maastricht en het Trimbosinstituut laat verschillende aspecten zien. Zowel effecten op personeel als op cliënten komen aan de orde. In de VS begint deze woonvorm ook op te komen. Als particulier initiatief ontstaat een keten (Green houses) die een vergelijkbaar concept weergeven. Alle bijdragen tonen dat de implementatie van dergelijke zorgvernieuwing goed samen kan gaan met het doen van toepassingsgericht wetenschappelijk onderzoek. Dat laatste is nodig omdat de cultuur in de bestaande verpleeghuizen weerbarstig is en het concept van kleinschalig groepswonen op vele dimensies van de zorgverlening, kwaliteit van leven en de financiering ingrijpt. Overal, dus ook hier spelen kosten (en de beleving daarvan) een rol bij de bevordering van de implementatie.

Tot zover de beschrijving van enkele mijns inziens relevante symposia.

De ruimte ontbreekt om de overige observaties uit te diepen maar ik wil ze u in de vorm van een vergelijking tussen Nederland en de Verenigde Staten niet onthouden. USA en NL/EU zijn vergelijkbaar als het om de ontwikkelingen in de ouderenzorg gaat. Denk daarbij aan organisatie zorg; vergrijzing- cq arbeidsmarkt problemen; ontbrekende rol van technologie in de langdurige zorg; begin van realisatie van cliëntgerichtheid; generatie-/opleidings kloof wordt zichtbaar (naast het in de USA spelende have/ have-not onderscheid). Ten aanzien van onderzoek en ontwikkeling geldt dat evenzeer. Toepassingsgericht onderzoek is en blijft een noodzakelijke schakel; het implementeren van nieuwe bevindingen verloopt

moeizaam. Tenslotte geldt dat we allemaal de intentie hebben "cliënt centered" bezig te zijn maar dat er een verschil is tussen droom en daad.

De GSA komt jaarlijks bijeen. In 2009 in Atlanta. Het bezoek van een dergelijk grootschalig platform biedt ook voor Europeanen de gelegenheid om inspiratie op te doen voor nieuwe eigen ontwikkelingen.

Auteurs

Charles Willems

Senior medewerker Vilans en Lector Technologie in Zorg en Welzijn, Saxion

Literatuurlijst

1. Glasgow, Vogt &Boles Evaluating the public health impact of health promotion interventions Am.J.Public Health 1999;99: 322-327
2. Riemersma E. F.. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities. JAMA. 2008;2992642-2655.