

De veranderende rol van techniek in de zorg

Technologische toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGz) en de ouderenzorg komen in een stroomversnelling. Door de grotere technologische mogelijkheden én de te verwachten periode van personeelstekorten en stijgende vraag naar zorg.

De zorg is in de loop van jaren steeds weer veranderd. In de tijd van Florence Nightingale (1820-1910) werden hele andere hulpmiddelen gebruikt dan vandaag. Florence Nightingale zou haar ogen uitgekeken hebben naar alle apparatuur in ziekenhuizen, het gebruik van mobiele telefoons, de vele mogelijkheden via computers en internet.

We zitten nu in een periode waarin een aantal technologische toepassingen in de GGz en de ouderenzorg in een stroomversnelling komen. Enerzijds door de grotere technologische mogelijkheden, anderzijds door de te verwachten personeelstekorten in een periode met een stijgende vraag naar zorg.

Inhaalslag

De afgelopen 10 à 20 jaar vonden de meeste vernieuwingen plaats in ziekenhuizen. De opnameduur is enorm ingekort, operaties worden heel anders uitgevoerd, diagnoses worden met zeer geavanceerde hulpmiddelen gesteld.

In de langdurige zorg wordt er van oudsher minder techniek gebruikt. Daar is men nu wel bezig met een inhaalslag. Al heeft het daar ook nooit stilgestaan, wat betreft technologische veranderingen. Enkele voorbeelden:

- Het pompbed is vervangen door het elektrische hoogbed, met steeds meer instelmogelijkheden

- De tillift wordt op grote schaal toegepast
- De planning vindt veel minder vaak met pen en papier plaats, maar met computers
- Elektrische rolstoelen komen op grote schaal voor, met ingenieuze bedieningsmethodes zoals via oogbeweging, blazen of joystick.

Probleemgedrag

Zowel in de GGz als in de ouderenzorg vertonen bewoners/cliënten probleemgedrag. De achtergronden zijn verschillend, maar de problematiek is in zekere mate wel vergelijkbaar. Toch zijn er grote verschillen in de mate waarin technologie wordt toegepast.

In de ouderenzorg zijn het met name mensen met dementie, waarbij probleemgedrag zich voor kan doen. In het verleden werd medicatie en 'vastbinden' (met behulp van bijvoorbeeld de Zweedse band) dan vaak toegepast. Gelukkig zoeken steeds meer instellingen in de ouderenzorg naar mensvriendelijker en andersoortige oplossingen. En naast andere woonvormen en andere bejegening, wordt er ook technologie ingezet. Bijvoorbeeld speciale bedden die helemaal naar beneden kunnen, of waar een speciale 'tent' de betrokkene tegen zichzelf beschermt. Cameratoezicht, gekoppeld aan beweegsensoren en geluidssensoren rukt op. Zowel in een zorginstelling als bij zorg thuis. Het bekijken en handelen aan de hand van signalen van de camerabeelden gebeurt soms vanuit een





‘zusterpost’, maar soms ook vanuit een centraal gelegen zorgcentrale of via mobiele telefoons.

Er verschijnen ook steeds meer ‘half-open’ afdelingen, waar per persoon een leercirkel wordt ingesteld. De ene bewoner kan dankzij een computerchip in de hak van een schoen, door alle deuren, terwijl voor andere bewoners dankzij hun chip vele deuren gesloten blijven. De gedachte achter deze toepassingen in de ouderenzorg is dat met dit soort toezichthoudende technologie, de cliënt meer bewegingsvrijheid kan krijgen.

Preventief

Mensvriendelijke techniek kan voor een deel preventief werken op probleemgedrag (immers, wie fysiek wordt vastgebonden, wordt vervolgens vaker extra agressief), terwijl er tegelijk ook veiligheid/toezicht is. Dit soort technologie kan helpen om met minder mensen toch verantwoorde zorg te bieden.

In de GGz wordt dit soort technologie veel minder vaak toegepast. Terwijl het ook daar veel toegevoegde waarde kan hebben. Zowel voor thuiswonende cliënten, als voor cliënten die in een instelling wonen. Ook over de GGz staan de kranten vol met verhalen over mensen die gese- pareerd worden. Toepassing van ‘slimme’ technologie op maat kan de kwaliteit van leven van de betrokkene fors vergroten. Wanneer een zorgcentrale een signaal krijgt als iemand met psychotische stoornis bijvoorbeeld veel

schreeuwt en/of geluidsoverlast geeft, kan men daar naar toe en dit helpen in goede banen te leiden. Dit kan veel burencanvlicten en sociaal isolement voorkomen.

Online behandeling

Op andere thema’s van zorgtechnologie gaat het in de GGz juist harder dan in de ouderenzorg. Vrijwel iedere GGz-instelling heeft projecten voor online behandeling van mensen. Bijvoorbeeld in de verslavingszorg rond alcohol en cannabis. Via het internet volgt men therapie en krijgt men begeleiding van een individuele hulpverlener. De anonimiteit maakt dat nieuwe doelgroepen bereikt worden en dat deelnemers, vanwege de ervaren veiligheid, meer van zichzelf laten zien dan in andere therapievormen. Met als resultaat hoge slagingspercentages van dergelijke projecten. Ook onderlinge begeleiding van betrokkenen, zonder dat er een hulpverlener aan te pas komt, komt in de GGz steeds meer voor. Al dan niet onder verzonnen namen geven cliënten elkaar adviezen en delen zij ervaringen tijdens chatsessies op speciale websites.

Zorg op afstand

In de ouderenzorg zien wij dit soort ontwikkelingen nog niet veel. Slechts een klein aantal zorginstellingen is intensief bezig met zorg op afstand, waarbij cliënten via beeld-luister verbindingen worden begeleid. Mensen hebben hiertegen soms weerstand, maar mensen en cliënten die hier eenmaal aan gewend zijn, vinden de toegevoegde waarde groot. Zij ervaren betere dienstverlening op die momenten dat zij daar zelf behoefte aan hebben.

Bij zorg thuis en in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt persoonlijke begeleiding en lotgenotencontact via internet en chatsessies vrijwel niet toegepast. Als

Steeds meer Nederlanders beschikken over een computer met internet. Volgens de recentste cijfers van het CBS bezat in 2005 77 procent van alle Nederlanders een pc met internetaansluiting. Ouderen minder. Van de 65-74-jarigen had bijna de helft (42%) een computer met internet. Van de 75-plussers gaat het om een minderheid van 18%. Deze aantallen groeien elk jaar.

argument wordt hierbij vaak genoemd dat de betrokkenen niet handig genoeg zijn met de computer, maar dat blijkt in de praktijk soms reuze mee te vallen. Met name e-mail en internet zijn programma's waarmee een groeiend aantal ouderen uit de voeten kan.

Veiligheid

Het thema veiligheid wordt belangrijker in de zorg. Ook dit leidt tot toepassing van nieuwe techniek. Zowel in de GGz als de ouderenzorg wordt gebruik gemaakt van personen-alarmering. Meestal in de vorm van een knop waarop de betrokkene kan drukken. Voor veel cliënten voldoet deze vorm van alarmering niet. Als er teveel 'valse' alarmoproepen zijn, reageert het personeel niet meer en wordt daarmee de veiligheid ondermijnd. Daarom doen nieuwe vormen van alarmering hun intrede. Een alarm dat op sommige momenten van de dag nog steeds wordt geactiveerd door het drukken op een knop. Op andere momenten door ze geactiveerd door sensoren die een signaal afgeven bij het waarnemen van een beweging, of juist het uitblijven van beweging of reageert op geluid. Deze alarmsystemen worden niet alleen door professionele zorgverleners gebruikt, maar bij thuiswonende cliënten ook steeds vaker door familieleden.

Een andere vorm van veiligheid zijn de nieuwe technieken om de medicatie te bewaken. Dankzij nieuwe vormen van medicijnen worden - vooral in de GGz - er steeds vaker medicijnen in de vorm van een depot gegeven. Medicijnen worden dan in een grote dosis gegeven, maar worden tegelijk heel langzaam door het lichaam opgenomen, waardoor ze lang werken. Ook zijn er medicijndoosjes die piepsignalen afgeven als medicatie moet worden ingenomen, of die zelfs kunnen spreken!

Cultuurverandering

Hiervoor zijn enkele verschillen tussen GGz en ouderenzorg benoemd. Het is natuurlijk een interessante vraag hoe het komt, dat deze grote verschillen bestaan. Ik denk dat het met name door de cultuurverschillen tussen de verschillende zorgsectoren. De bestaande gewoontes zijn leidend. Factoren als financiering en visie op zorg spelen mee, maar zijn volgens mij ondergeschikt aan de culturele verschillen tussen de sectoren van GGz en verzorging, verpleging.

Cultuur en gewoontes doorbreken is een heel langzaam proces. Cliëntenraden kunnen hierin de rol van katalysator vervullen. Bijvoorbeeld door eens op bezoek te gaan bij (cliëntenraden van) instellingen uit andere sectoren en zo van 'buiten naar binnen te kijken'. Als de vraag van de cliënt echt centraal komt te staan, is verdere stimulering van dit soort technologische oplossingen onvermijdelijk. De komende personeelstekorten vormen een andere reden om dit type oplossingen grootschaliger te gaan toepassen. Technologie kan bijdragen om cliënten meer eigen regie te laten behouden. Het kan in eerste plaats langer thuis blijven wonen mogelijk maken én zorgt tegelijk voor een grotere efficiency van de zorg.

Ruud Dirkse is directeur van DAZ, een adviesbureau gespecialiseerd in zorginnovaties. Meer informatie op www.anderszorgen.nl

