

Meerjarenplan 2018-2019

UNO-UMCG

Naar een duurzame samenwerking tussen wetenschap &
ouderenzorgpraktijk



Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG



Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG

Inhoud

| | | |
|-----|------------------------------------------------|----|
| 1 | Inleiding | 3 |
| 1.1 | Aanleiding | 3 |
| 1.2 | Werkwijze | 4 |
| 2 | Kwaliteitsontwikkelingen | 5 |
| 2.1 | Inleiding | 5 |
| 2.2 | Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg | 5 |
| 2.3 | Subsidie VWS voor netwerken | 6 |
| 2.4 | Betekenis voor het UNO-UMCG | 6 |
| 3 | Onze koers | 7 |
| 3.1 | Missie (waarom we bestaan) | 7 |
| 3.2 | Visie (wat we willen zijn) | 7 |
| 3.3 | Waarden (waar we in geloven) | 7 |
| 3.4 | Strategie (wat we moeten doen) | 7 |
| 3.5 | Concrete doelen (wat we gaan realiseren) | 8 |
| 4 | Organisatie | 9 |
| 4.1 | Inleiding | 9 |
| 4.2 | Uitgangspunten voor verandering | 10 |
| 4.3 | Nieuwe organisatie | 10 |
| 5 | Kennisthema's | 13 |
| 5.1 | Inleiding | 13 |
| 5.2 | Probleemgedrag bij dementie | 13 |
| 5.3 | Medicatieveiligheid | 13 |
| 5.4 | Werken in de 1e lijn | 14 |
| 5.5 | Pijn en Comorbiditeit | 14 |
| 5.6 | Zorgrelaties | 15 |
| 6 | Minimum Data Set | 16 |
| 7 | Blijven Leren | 17 |
| 8 | Cliëntparticipatie | 18 |
| 9 | Communicatie | 19 |
| 9.1 | Focus van communicatie en kennisdeling | 19 |
| 9.2 | Communicatiedoelen | 19 |
| 9.3 | Rollen en verantwoordelijkheden | 20 |
| 9.4 | Aanpak | 20 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 10 Financiën..... | 21 |
| 10.1 Begroting 2018..... | 21 |
| 10.2 Toelichting..... | 22 |
| Bijlage 1 Onderzoeksthema's | 23 |
| Bijlage 2 Verworven subsidies | 24 |
| Bijlage 3 Leden projectgroep | 25 |
| Colofon | 26 |



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorg voor ouderen in het verpleeghuis is complexer geworden en stelt zorgorganisaties voor forse uitdagingen. Tegelijkertijd ligt ze onder een vergrootglas: maatschappij, politiek en media kijken met een kritisch oog naar de kwaliteit van de ouderenzorg. Zorgorganisaties hebben steeds meer behoefte aan nieuwe (wetenschappelijke) kennis om de kwaliteit van de ouderenzorg te optimaliseren. Mede om die reden is in 2014 het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG opgericht, afgekort UNO-UMCG.

Volwassen netwerk

Het UNO-UMCG is inmiddels uitgegroeid tot een volwassen netwerk van zestien zorgorganisaties in Noord- en Oost-Nederland met een scala aan activiteiten. Er lopen op dit moment meerdere onderzoeksprojecten en daarvan zijn een aantal inmiddels succesvol afgerond (zie bijlage 1: overzicht van de onderzoeksprojecten). We hebben gewerkt aan de verdere ontwikkeling en uitvoering van het communicatiebeleid. Kennisdeling is van belang om de verbinding tussen wetenschap en ouderenzorgpraktijk te versterken. Partners van het UNO-UMCG hebben aangegeven de samenwerking in het netwerk te willen voortzetten.

Verworven subsidies

Werving van externe financiële middelen is noodzakelijk voor het ontwikkelen en uitvoeren van onderzoekstrajecten. Daarin is het UNO-UMCG, samen met de sectie Ouderengeneeskunde van de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde van het UMCG, zeer succesvol geweest (zie bijlage 2: overzicht van de verworven subsidies). Met de subsidie van € 500.000 die het ministerie van VWS eind 2016 investeerde in het netwerk legden we een nog steviger fundament onder het UNO-UMCG. Hiermee konden we extra inzetten op de implementatie van de Minimum Data Set (MDS), projecten over delier en pijn bij dementie en kennisdeling en communicatie. In de zomer van 2017 heeft het ministerie van VWS aangekondigd het ontwikkelen en delen van (wetenschappelijke) kennis verder te willen ondersteunen met structurele subsidie ter versterking van de infrastructuur van 2017 tot 2023.

Voortzetting samenwerking

Voor het UNO-UMCG ligt er de uitdaging om de opbrengsten uit de onderzoeksprojecten helpen te vertalen naar de zorgpraktijk en te komen tot verdere kwaliteitsverbetering van de ouderenzorg. Daarbij zijn niet alleen wetenschappelijke opbrengsten relevant, maar ook andere bronnen van kennis, zoals best practices. Het belang van nieuwe wetenschappelijke kennis voor de ouderenzorg, de groei van het aantal deelnemende partners, de verworven subsidies en het aflopen van het formele samenwerkingsverband per 1 januari 2018 is aanleiding geweest om, in opdracht van de bestuurders van het UNO-UMCG, dit meerjarenplan 2018/2019 op te stellen. Het meerjarenplan beschrijft wie wij zijn, wat onze ambities zijn en hoe we gezamenlijk onze doelen willen halen en met welke financiële middelen. De afspraken die hieruit voortkomen leggen we vast in een nieuwe samenwerkingsovereenkomst.

1.2 Werkwijze

Om te komen tot een nieuw meerjarenplan hebben we verschillende activiteiten ondernomen. In het najaar van 2016 voerden prof. dr. S.U. Zuidema, voorzitter UNO-UMCG, en drs. N.G. Hovenga, netwerkcoördinator UNO-UMCG, gesprekken met alle bestuurders en stuurgroepleden van de deelnemende zorgorganisaties. Daarin zijn de ervaringen met het UNO-UMCG en de betekenis daarvan voor het UNO-UMCG na 1 januari 2018 besproken.

Opdracht

Aansluitend daarop hebben de bestuurders in maart 2017 de stuurgroep de opdracht gegeven om een gedragen voorstel voor een meerjarenplan 2018/2019 op te stellen en een nieuwe, duurzame samenwerkingsovereenkomst. Er is een projectgroep ingericht die dit proces heeft begeleid en het plan heeft voorbereid (zie bijlage 3: leden projectgroep). Vertegenwoordigers (waaronder stuurgroepleden en bestuurders) van bijna alle aangesloten zorgorganisaties hebben een actieve bijdrage geleverd aan het plan, door deel te nemen aan een of meerdere interactieve bijeenkomsten.

Dialoogsessies

Op 3 mei 2017 en 7 juni 2017 heeft de projectgroep dialoogsessies gehouden. Daar hebben we input verworven over de participatie van de partners, de positie van het UNO-UMCG in de eigen organisaties, kennisdeling en de inhoudelijke onderzoeksthema's. In bijeenkomsten op 20 juni 2017 en 11 juli 2017 hebben de projectgroepleden en enkele bestuurders de missie en visie van het UNO-UMCG besproken. Op basis van deze input heeft de projectgroep dit meerjarenplan geschreven. Het concept meerjarenplan is besproken met de stuurgroepleden en een vertegenwoordiging van de bestuurders op 27 september 2017.

Inspiratiebronnen

Naast de verworven input uit de dialoogsessies waren de belangrijkste inspiratiebronnen voor dit plan: 'Meten is verbeteren' (aanvraag voor impuls subsidie VWS 2016), Meerjarenplan (2015-2017) UNO-UMCG, de samenwerkingsovereenkomst UNO-UMCG, het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de programmatekst Waardigheid en Trots. Daarnaast gaven ook de gesprekken met de coördinatoren en voorzitters van de andere academische netwerken ouderenzorg, verenigd in de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO), inspiratie. Tot slot heeft het Expertisecentrum Implementatie van het UMCG ons geadviseerd over de toepassing van (wetenschappelijke) kennis in de zorgpraktijk.

2 Kwaliteitsontwikkelingen

2.1 Inleiding

Het doel van het UNO-UMCG blijft: een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen (vaak met dementie). Dit doen we door gezamenlijk onderzoek te verrichten, kennis te delen en deze helpen toe te passen in de praktijk. Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen om de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen te verbeteren is daarom relevant. Om inzicht te geven in die ontwikkelingen, is in paragraaf 2 de rode draad van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geschetst. Paragraaf 3 laat zien dat ook VWS, nog meer dan voorheen, overtuigd is van de noodzaak om kennis te ontwikkelen binnen de verpleeghuissector. Samenwerken in een academisch netwerk voor ouderenzorg ziet het ministerie als een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Paragraaf 4 gaat in op de betekenis die deze kwaliteitsontwikkelingen hebben (gehad) voor dit meerjarenplan.

2.2 Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

De aandacht voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is de afgelopen jaren toegenomen. Als reactie op de negatieve berichtgeving over de verpleeghuiszorg in de Tweede Kamer en de media heeft de staatssecretaris van VWS in 2015 het programma 'Waardigheid en Trots' gelanceerd, inclusief een voorzet voor een kwaliteitskader. Het Zorginstituut Nederland heeft in 2017 samen met de partijen in het veld het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg voltooid. Het kwaliteitskader richt zich niet alleen op de verpleeghuiszorg, maar ook op de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen.

Cliënt centraal

Het vertrekpunt van het kwaliteitskader blijft de cliënt. Die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal, warm en mensgericht mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is ook de cliënt of zijn/haar vertegenwoordiger die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt. De opdracht aan de zorgverleners en zorgorganisaties is om hun werk hierop af te stemmen. Het accent van het werken aan de kwaliteit van zorg komt hiermee, meer dan voorheen, te liggen op de relatie tussen cliënt, naaste/mantelzorger en zorgverlener. Daarbij is het uitgangspunt dat alle levensdomeinen van de cliënt van belang zijn en dat de multidisciplinaire zorg daar dienend aan is.

Blijven leren

De andere rode draad door het kwaliteitskader is: zorg verbeteren door continu te blijven leren. Leren kan ook samen, in de relatie tussen cliënt, naasten en zorgverleners, en met externe partners zoals (universitaire) kennisinstituten. Een sterkere verbinding tussen verpleeghuiszorg en 1^e lijnszorg (huisartsen, wijkverpleging) is daarom ook gewenst.

Indicatoren voor kwaliteit

Tot slot stelt het kader dat basisveiligheid onderdeel moet zijn van de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsinformatie betreft daarom cliëntwaarderingen, inzicht in leren en verbeteren en basisveiligheid. Voor deze laatste indicator geldt voorsnog de 'Vragenlijst risico-indicatoren verslagjaar 2015'. Voor de ontwikkeling van de andere kwaliteitsindicatoren is een kwaliteitskoepel opgericht, die bestaat uit Verenso, V&VN en NVAG.

2.3 Subsidie VWS voor netwerken

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg doet een oproep aan organisaties voor langdurige zorg om meer kennis te ontwikkelen in samenwerking met (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten. De Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) voorziet al langere tijd in deze behoefte. SANO heeft er bij VWS voor gepleit om de netwerken te gebruiken als 'instrumenten' om de beoogde kwaliteitsverbetering van de verpleeghuiszorg te realiseren, met (wetenschappelijke) kennis als een bron.

Structurele subsidie

VWS erkent de meerwaarde van de academische netwerken en kondigde aan structurele subsidie te verlenen. Daarbij zal het accent van de netwerken nog sterker dan voorheen komen te liggen op (1) het vergroten van de wervingskracht voor onderzoeksubsidies door het aantrekken van onderzoekers, (2) het uitvoeren van meer praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek en het delen van kennis en (3) het faciliteren van de medewerkers in de zorgpraktijk in kennisverrijking en het leren verbeteren van de kwaliteit van zorg.

2.4 Betekenis voor het UNO-UMCG

De subsidie die VWS aan het UNO-UMCG heeft beloofd, vraagt om een ambitieus plan waarvan de resultaten in de zorgpraktijk zichtbaar zijn. Het vertrouwen dat de partners van het UNO-UMCG van VWS krijgen om door kennisontwikkeling samen te werken aan kwaliteitsverbetering van zorg, betekent ook meer verantwoordelijkheid. Een gevoel van eigenaarschap bij alle partners en de bereidheid om een actieve en duurzame bijdrage te leveren zijn cruciaal. Dit vraagt ook om een nieuw organisatiemodel van het UNO-UMCG, waarin partners elkaar aanspreken op geleverde prestaties en behaalde resultaten.

Nieuwe onderzoeksthema's

De geschetste ontwikkelingen in het denken over de kwaliteit van zorg hebben geleid tot een nieuw thema voor het inhoudelijke programma van het UNO-UMCG: Zorgrelaties. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg roept de sector op om de verbinding met de 1^e lijn te versterken. Omdat dit goed aansluit bij de wens van de zorgpraktijk, komt dit thema ook uitdrukkelijker op de agenda van het UNO-UMCG te staan. De andere inhoudelijke thema's - Probleemgedrag, Medicatieveiligheid en Pijn en Comorbiditeit - blijven actueel. De inhoudelijke thema's van het UNO-UMCG zijn in hoofdstuk 5 - Kennisthema's verder uitgewerkt.

3 Onze koers

3.1 Missie (waarom we bestaan)

Kennis als bron om te bouwen aan de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie in het verpleeghuis en thuis.

We doen wetenschappelijk onderzoek, delen kennis en bieden ondersteuning bij het toepassen van kennis om praktische verbeteringen in de praktijk door te voeren. Wij zijn het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG, een samenwerkingsverband tussen het UMCG en innovatieve ouderenzorgorganisaties in Noord- en Oost-Nederland. We willen in deze kerntaken succesvol zijn en innoveren.

3.2 Visie (wat we willen zijn)

De cliënt staat voor ons centraal.

Goede zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt, de naaste/mantelzorgverlener. Wij luisteren daarom goed naar wat zij ons te vertellen hebben en leren daarvan. Van de uitkomsten van ons werk profiteren de cliënten (en naasten) van de ouderenzorgorganisaties van het UNO-UMCG.

3.3 Waarden (waar we in geloven)

Co-creatie/ gedeeld eigenaarschap

Alle partners van het UNO-UMCG dragen actief bij aan het realiseren van de doelen van het UNO-UMCG en zijn daarmee gedeeld eigenaar van de kennis die uit de onderzoeken voortkomt. Om onze gemeenschappelijke doelen te bereiken werken wij actief samen, zowel binnen het UNO-UMCG als daarbuiten.

Gelijkwaardigheid

We staan open voor perspectieven van anderen en gaan hierover met elkaar in gesprek. Binnen de teams waarin we samenwerken zijn we gelijkwaardig en respecteren we elkaars bijdrage en expertise. Zo brengen we praktijk en wetenschap bij elkaar en behalen we samen de beste resultaten.

Betrouwbaar

Omdat wij met publieke middelen werken, vinden we het belangrijk om verantwoording af te leggen over onze resultaten, aan elkaar, aan onze subsidieverstrekkers, aan cliënten en aan andere relevante partijen. Wij doen dat door open te zijn over onze geleverde prestaties en de besteding van financiële middelen. Zo zien wij zelf (en anderen) wat goed gaat en wat beter kan. Natuurlijk houden we ons aan de (onderling) gemaakte afspraken.

3.4 Strategie (wat we moeten doen)

Wij ontwikkelen wetenschappelijke kennis

Onze samenwerking zorgt voor nieuwe wetenschappelijke kennis over de zorg en behandeling van mensen met dementie en andere kwetsbare ouderen. Wij willen innoveren, omdat we weten dat het altijd nog beter kan. Om dit te realiseren werken wij verder aan de realisatie van de Minimum Data Set (MDS).

Wij benutten ervaringen van cliënten en zorgverleners

Ervaringen uit de praktijk en inzicht in de context van de zorgsetting erkennen we ook als bron van kennis. We verbinden dit type kennis met wetenschappelijke kennis (en vice

versa) door ze in dialoog te brengen en onderzoeksmethoden te gebruiken waarin cliënten en/of zorgverleners actief participeren.

Wij ondersteunen de zorgpraktijk waar nodig om te verbeteren

Verbeteren van de zorg zien we als een continu leerproces (Plan-Do-Check-Act-cyclus). Waar nodig ondersteunen wij de zorgpraktijk hierin, bijvoorbeeld door (zorg)professionals te scholen en te coachen.

Wij delen onze kennis en praktijkervaringen in Noord- en Oost-Nederland en (inter)nationaal.

Onze kennis en ervaring is van iedereen. We delen daarom nieuw verworven inzichten met anderen. We nemen deel aan (inter)nationale netwerken en Samenwerkingsverbanden.

3.5 Concrete doelen (wat we gaan realiseren)

- We continueren onze onderzoeksprojecten en ontwikkelen nieuwe;
- We implementeren de MDS bij alle partners;
- We vernieuwen de werkwijze binnen het UNO-UMCG;
- We maken meer gebruik van ervaringen uit de praktijk en expertise die zich in de participerende zorgorganisaties bevindt;
- We laten cliënten en zorgprofessionals actiever participeren;
- We starten waar nodig met het ondersteunen van verbeteren in de praktijk;
- We delen onze kennis;
- We voeren het communicatiebeleid uit;
- We organiseren symposia;
- We verkennen de mogelijkheden om intensiever samen te werken met hogescholen en andere kennisinstituten.

4 Organisatie

4.1 Inleiding

Uit de eerder genoemde dialoogsessies kwam naar voren dat het wenselijk is om de organisatie van het UNO-UMCG te veranderen. De uitbreiding van het aantal partners in het netwerk, de kwaliteitsontwikkelingen in de verpleeghuiszorg en de toegezegde subsidie van VWS speelden daarin een belangrijke rol. In dit hoofdstuk beschrijven we de contouren van de nieuwe organisatie (4.4) en werkwijze, met vooraf een korte terugblik op de huidige situatie (4.2) en de uitgangspunten voor verandering (4.3).

Huidige situatie

Tot nu toe geeft de stuurgroep inhoud aan de doelstellingen van het UNO-UMCG. De stuurgroepleden komen drie of vier keer per jaar samen. In deze bijeenkomsten delen we informatie over de onderzoeksprojecten, maar maken we ook plannen voor onderwijs en kennisdeling (symposia) en dragen we bij aan het ontwikkelen en implementeren van de database (MDS). De stuurgroep stelt het meerjarenplan met begroting van het UNO-UMCG op.

De stuurgroep bestaat momenteel uit een vertegenwoordiger van alle partners, de coördinator van het UNO-UMCG en een senior onderzoeker van het UMCG. Voorzitter is het hoofd van de sectie Ouderengeneeskunde van het UMCG. De stuurgroepleden vormen de verbinding met de eigen interne organisaties, waarin projecten worden besproken via een wetenschapscommissie of ander regulier overleg. Stuurgroepleden en bestuurders zijn samen verantwoordelijk voor draagvlak en actieve participatie in de eigen organisatie om de doelen van het UNO-UMCG te realiseren.

Het UNO-UMCG kent verder een aantal werkgroepen die ideeën voor onderzoek bespreken, onderzoeksprojecten entameren en uitvoeren en hiervoor subsidies aanvragen. De werkgroepen zijn ingericht na een rondgang langs de zorgorganisaties in 2014, waarin zij hebben aangegeven welke onderwerpen zij voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg het meest relevant vonden. In 2016 is daarnaast de projectgroep Minimum Data Set (MDS) van start gegaan, mede gefinancierd door de impulssubsidie van VWS in 2016. De MDS is een digitale dataset waarin gegevens over cognitie, algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), gedrag, pijn en medicatiegebruik over verpleeghuisbewoners met dementie doorlopend worden vastgelegd. De MDS wordt nader toegelicht in hoofdstuk 6.

Daarnaast komen de communicatieadviseurs van de zorgorganisaties en de coördinator van het UNO-UMCG een aantal keer samen. Zij hebben het communicatieplan van het netwerk geactualiseerd en afspraken gemaakt over de uitvoering.

Jaarlijks is er een bestuurdersoverleg. De stuurgroep doet dan verslag van de bereikte resultaten en legt een jaarplan en begroting voor het komende jaar ter goedkeuring voor. Verder wordt periodiek de samenwerkingsovereenkomst geëvalueerd en vindt besluitvorming plaats over overige zaken die voortvloeien uit deze overeenkomst. Ieder jaar evalueren de voorzitter en coördinator van het UNO-UMCG de voortgang en plannen van het UNO-UMCG met de bestuurder en het stuurgroep lid van iedere zorgorganisatie.

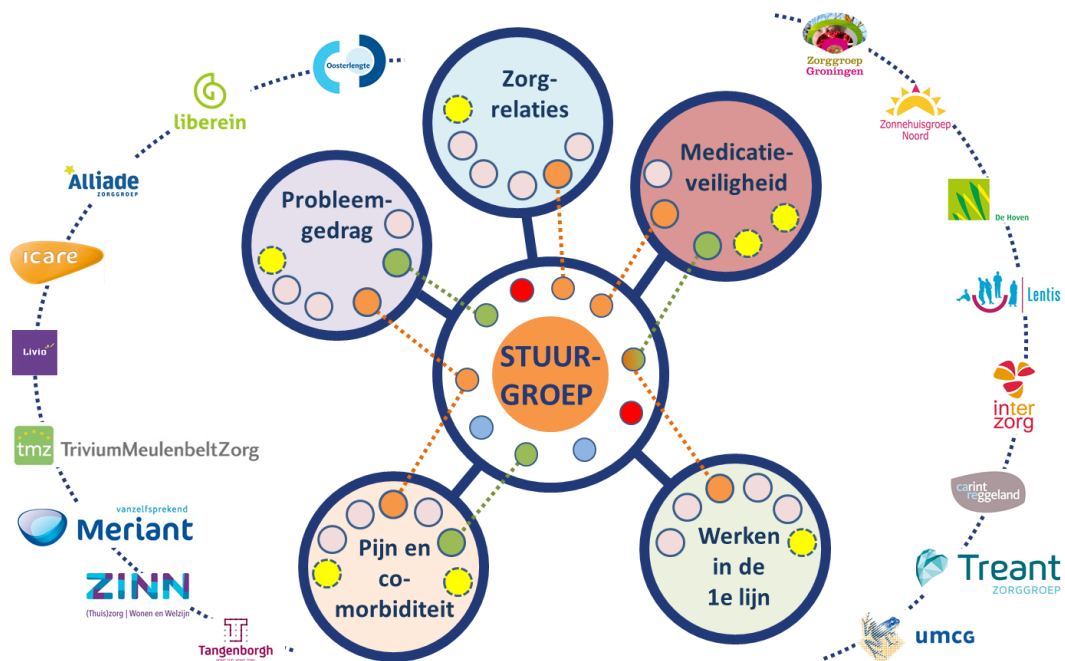
4.2 Uitgangspunten voor verandering

Voor de nieuwe organisatie van het UNO-UMCG zijn onderstaande uitgangspunten belangrijk:

- de focus ligt, meer dan voorheen, op het – waar nodig - faciliteren van de praktijk in concrete trajecten voor verbetering van kwaliteit van zorg;
- ouderenzorgorganisatie zijn (nog) meer actief betrokken bij het werk van het UNO-UMCG, niet alleen in bijdragen voor onderzoek en het delen van praktijkkennis, maar ook in implementatie van kwaliteitsverbetertrajecten;
- wij betrekken bestuurders/managers meer bij onze activiteiten;
- er is meer gelegenheid om op de inhoud projectideeën te ontwikkelen;
- er is meer aandacht voor het cliëntperspectief.

4.3 Nieuwe organisatie

In de nieuwe organisatie is het UNO-UMCG georganiseerd rondom themagroepen en een stuurgroep (zie onderstaande figuur):



Themagroepen

Taken themagroepen:

- (1) praktijkkennis delen en verbinden met wetenschappelijke kennis;
- (2) kwaliteitsverbeterprojecten initiëren en uitvoeren;
- (3) nieuwe ideeën voor onderzoek ontwikkelen en subsidie hiervoor aanvragen;
- (4) stimuleren om kleinschalig onderzoek te ontwikkelen en uit te voeren vanuit en door de praktijk;
- (5) faciliteren van het uitvoeren van onderzoeksprojecten;
- (6) huidig onderzoek continueren
- (7) stuurgroep informeren over ontwikkelingen binnen de themagroep (proces en inhoud);
- (8) samen met de communicatieadviseur van het UNO-UMCG en van de eigen zorgorganisatie informeren over ontwikkelingen binnen de themagroep, bijv. in een nieuwsbrief van het UNO-UMCG.

Samenstelling van de themagroepen:

- (1) medewerkers uit de ouderenzorgorganisaties met als expertise en/of interessegebied het specifieke thema. Dat kan een -arts, psycholoog, kwaliteitsmedewerker, manager, beleidsmedewerker, hoofd opleidingen of verpleegkundige/verpleegkundig specialist zijn;
- (2) wetenschappelijk medewerkers UMCG;
- (3) een veranderkundige UNO-UMCG of coördinator UNO-UMCG.
- (4) Voorzitter is een professional/manager uit de zorgpraktijk die in ieder geval ervaring heeft met het leiden van kwaliteits- en/of verandertrajecten, affiniteit heeft met onderzoek, een goed netwerk in de eigen organisatie heeft en in staat is anderen te enthousiasmeren en te activeren.

Medewerkers die participeren in de themagroep worden door de bestuurder gefaciliteerd in tijd. Actieve deelname levert co-creatie/ gedeeld eigenaarschap op en bevordert de toepassing van nieuwe inzichten in de praktijk.

De veranderkundigen zoeken optimale verbinding met de zorgorganisaties, bijvoorbeeld door ambassadeurs op te leiden voor concrete projecten om de kwaliteit van zorg te verbeteren, die voortvloeien uit de themagroepen.

Kennisdeling/communicatie:

De communicatieadviseur van het UNO-UMCG maakt geen deel uit van de themagroep, maar adviseert en ondersteunt de themagroepen wel op het gebied van kennisdeling en communicatie en werkt daarin samen met de communicatieprofessionals van de participerende zorgorganisaties. Deze organisatiestructuur met themagroepen vraagt extra aandacht voor het delen van kennis tussen de themagroepen en daarbuiten. Dat gebeurt zowel via de stuurgroep, waarin alle voorzitters van de themagroepen vertegenwoordigd zijn, als via het communicatiebeleid (zie hoofdstuk 9).

Stuurgroep

Taken stuurgroep:

- Voortgang bewaken van de themagroepen en het project MDS, zo nodig bijsturen en prioriteiten stellen;
- Besluiten nemen over thema-overstijgende onderwerpen;
- Zorgen voor de evaluatie en planvorming, zorgen voor het intern informeren over de ontwikkelingen binnen het UNO-UMCG en verantwoording afleggen aan de bestuurders.

Hiermee krijgt de stuurgroep een meer strategische, procesmatige rol dan in de huidige werkwijze.

Samenstelling stuurgroep:

Vaste deelnemers zijn

- Voorzitter UNO-UMCG
- Coördinator UNO-UMCG
- Senior onderzoekers van het UNO-UMCG (2)
- voorzitters van de themagroepen (5)

Roulerend nemen twee managers van twee verschillende zorgorganisaties deel aan de stuurgroep. De stuurgroep krijgt ondersteuning van een secretariael medewerker van het UNO-UMCG. De stuurgroep legt verantwoording af aan de bestuurders over de bereikte resultaten en doet voorstellen voor nieuwe plannen.

Bestuurders

In de nieuwe situatie blijft het jaarlijks bestuurdersoverleg bestaan, net als de jaarlijkse evaluatiegesprekken. Meer uitdrukkelijk dan voorheen zorgen bestuurders voor het samenbrengen van het UNO-UMCG-beleid en het eigen strategisch, kwaliteits-, onderzoeks- en/of opleidingsbeleid. Met de bestuurders worden afspraken gemaakt over inzet van eigen personeel en waar nodig de veranderingen van het UNO-UMCG in concrete projecten.

De bestuurders kiezen minimaal één kennisthema van het UNO-UMCG waar ze de focus op leggen en in investeren. De bestuurders zijn eindverantwoordelijk voor de resultaten van het UNO-UMCG.

De bestuurder draagt intern uit dat wetenschappelijk onderzoek van belang is bij kwaliteitsverbetering van de zorg. Daarbij geldt meedoen aan wetenschappelijk onderzoek als een maatschappelijke opdracht. De bestuurder, de themagroepsleden en het stuurgroeplid overleggen periodiek over de voortgang.

UNO-UMCG in de zorgorganisaties

In elke zorgorganisatie is een 'UNO-commissie' actief die de schakel is tussen UNO-UMCG en de zorgorganisatie. In deze commissie zitten in ieder geval de deelnemers aan de themagroep(en)/stuurgroeplid en bij voorkeur een kwaliteitsmedewerker en een manager. Er zijn korte lijnen met cliëntvertegenwoordigers, communicatieprofessionals en het bestuur. De 'UNO-commissie' ondersteunt de themagroep(en) bij het initiëren en uitvoeren van onderzoeks- en kwaliteitsverbeterprojecten.

Het vormen van een commissie is belangrijk, omdat:

- Kennis als bron voor kwaliteitsverbetering het domein is van meerdere medewerkers;
- Het integreren van de activiteiten van het UNO-UMCG in onderzoeks- en kwaliteitsverbeterprojecten niet op zichzelf staan, maar deel uitmaken van bestaande overlegstructuren en projectgroepen;
- Verspreiding van onderzoeksresultaten (en leerervaringen) start op het moment dat je met onderzoek begint;
- Er een intern aanspreekpunt is voor het UNO-UMCG;
- Strategische speerpunten van de organisatie verbonden zijn met (een of meerdere) kennisthema's van het UNO-UMCG;

5 Kennisthema's

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we de relevantie van de vijf kennisthema's en geven we voorbeelden van lopende onderzoeksprojecten die we gaan voortzetten.

5.2 Probleemgedrag bij dementie

Probleemgedrag komt vaak voor bij dementie en leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven van de cliënt. Ook is het belastend voor verzorgend personeel en mantelzorgers. Probleemgedrag kan behandeld worden met psychofarmaca en psychosociale interventies. Hoewel psychosociale interventies de voorkeur hebben, wordt in de praktijk nog teveel onjuist psychofarmaca voorgeschreven. Dit kennisthema gaat echter niet alleen over behandeling, maar ook over preventie van probleemgedrag. In de praktijk vraagt de behandeling en preventie van probleemgedrag om een multidisciplinaire aanpak.

Momenteel lopen binnen het UNO-UMCG onderzoeken naar de relatie tussen slaap, geluid en jeuk enerzijds en probleemgedrag anderzijds. Daarnaast doen wij onderzoek naar psychosociale en andere niet-medicamenteuze interventies, zoals muziektherapie, beweegprogramma's en verbetering van de geluidsomgeving. Uitkomstmaten in wetenschappelijk onderzoek zijn onder andere: gedrag/stemming, preventie van (probleem)gedrag, delier, bewegen, maar ook psychofarmacagebruik. Lopende projecten over vermindering van onjuist psychofarmacagebruik komen aan bod bij het kennisthema *Medicatieveiligheid* (5.3).

5.3 Medicatieveiligheid

Veel cliënten in het verpleeghuis gebruiken medicatie voor de behandeling van klachten zoals probleemgedrag bij dementie en ziekten zoals artritis, of om aandoeningen zoals hart- en vaatziekten te voorkomen. Patiënten gebruiken de medicatie vaak langdurig. Oudere patiënten hebben, zeker als zij kwetsbaar zijn geworden door meerdere ziekten, een verhoogd risico op bijwerkingen. Ook moet rekening worden gehouden met de voorkeuren van cliënten en hun vertegenwoordigers. Vaak staat niet meer de behandeling en preventie van ziekte op de voorgrond, maar meer de kwaliteit van leven. Om een geïnformeerde afweging te kunnen maken van de voor- en nadelen van medicatiegebruik door kwetsbare ouderen is onderzoek nodig. In de meeste onderzoeken ontbreekt deze groep namelijk.

Momenteel lopen binnen het UNO-UMCG onderzoeken naar:

- het optimaliseren van psychofarmacagebruik (RID-studie);
- de betrouwbaarheid van een meetinstrument voor onjuist psychofarmacagebruik;
- de voor- en nadelen van preventieve cardiovasculaire medicatie bij kwetsbare ouderen.

Verder zijn we samen met de apotheek van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen gestart met het onderzoeken in hoeverre het psychofarmacagebruik van verpleeghuispatiënten fysiek gemonitord wordt (gewicht, bloed-analyse, ECG, e.d.).

Het gaat hierbij vooral om projecten die de voorschrijvend arts kunnen ondersteunen in de besluitvorming in de praktijk, bijvoorbeeld met beslissingshulpen. In de toekomst willen wij met de gegevens uit de MDS onderzoek doen naar het gebruik en de gevolgen van medicatie bij kwetsbare ouderen.

5.4 Werken in de 1e lijn

De overheid heeft er het laatste decennium naar gestreefd om zoveel mogelijk oudere mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis uit te stellen. Daarnaast voerde zij bezuinigingen door in de verpleeghuizen. Voor huisartsen betekent dit dat zij langer voor een kwetsbare groep blijven zorgen die gespecialiseerde en soms intensieve zorg nodig heeft. De specialist ouderengeneeskunde kan hierin een belangrijke ondersteunende rol hebben.

Organisaties voor langdurige zorg aan ouderen hebben een toenemende focus op de eerste lijn en zetten projecten op die de samenwerking met huisartsen kan versterken. Binnen het kennisthema *Werken in de 1^e lijn* willen wij onderzoeken welke interventies in de eerste lijn de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen (in het algemeen of bij mensen met dementie) kunnen bevorderen en verpleeghuisopname kunnen voorkomen. Zo hebben wij al onderzoek verricht naar de patiëntkenmerken en het beloop van opname in het eerstelijnsverblijf van De Hoven, een UNO-UMCG-participant.

Het gaat in dit kennisthema om preventie in het algemeen, vroegtijdige bestrijding van polyfarmacie en advanced care planning. Kansen voor onderzoek liggen op het gebied van medicatiereview bij thuiswonende kwetsbare ouderen, mantelzorgondersteuning thuis vanuit het verpleeghuis en aansluiting bij het onderzoek van de secties COPD, geestelijke gezondheid en oncologie.

5.5 Pijn en Comorbiditeit

Pijn

Mensen met dementie in een vergevorderd stadium zijn vaak niet in staat om zelf pijn aan te geven. Hierdoor wordt pijn niet goed onderkend. Onderdiagnostiek betekent ook onderbehandeling, wat leidt tot een verlaagde kwaliteit van leven. Om de herkenning en behandeling van pijn bij patiënten met dementie te verbeteren, willen wij binnen het thema pijn en comorbiditeit een zorg- en behandelprogramma ontwikkelen voor mensen met dementie en pijn en dit programma testen en implementeren bij de UNO-UMCG partners.

Zorg- en behandelprogramma

Dit programma bestaat uit:

- (i) een pijntraining/e-learning
- (ii) de implementatie van pijnherkenning in de MDS
- (iii) de implementatie van een betere pijnbehandeling.

Ad (i) Pijntraining/e-learning voor verzorgenden met als doel het verhogen van de theoretische kennis over pijncommunicatie bij dementie en de invloed van dementie op pijngevoeligheid. Bovendien krijgen verzorgenden in de training praktische oefeningen met behulp van foto's en video's, om zo gedrag dat duidt op pijn beter te leren herkennen.

Ad (ii) Implementatie van een schaal voor pijnherkenning in de MDS: de PAIC-15 schaal. Deze schaal is recent ontwikkeld en gevalideerd. We gaan vaststellen wanneer (bv. 's ochtends of 's avonds), hoe vaak (bv. elke dag of elke week), onder welke omstandigheden (bv. tijdens geleide bewegingen of tijdens dagelijkse activiteiten (ADLs)) en hoe precies de pijnmetingen idealiter moeten plaatsvinden.

Ad (iii) Implementatie van een betere pijnbehandeling. In de toekomst willen we een betere pijnzorg in verpleeghuizen implementeren. Naast farmacologische behandeling zal er meer nadruk worden gelegd op psychosociale interventies (bv. het bereiken van een positief humeur) en fysieke oefeningen om pijn te verbeteren.

Delier

Acute verwardheid door een lichamelijke ziekte, een delier genoemd, wordt bij cliënten met dementie nog te weinig herkend. Net als in het ziekenhuis wordt ongeveer de helft van de gevallen gemist. Deze onderdiagnostiek leidt tot onderbehandeling. De patiënt lijdt daardoor onnodig (lang). Ook functioneert een patiënt met delier onnodig slechter, onder andere door nachtelijke onrust, achterdocht en agressie. De zorg wordt hierdoor bemoeilijkt.

Screeningsinstrument

Geregeld screenen om mogelijke delieren te identificeren kan helpen om meer delieren sneller te diagnosticeren. In Nederland is nog geen onderzoek verricht naar de prevalentie van delier in verpleeghuizen. In de afgelopen jaren is binnen het UNO-UMCG wel een pilot-studie verricht om een nieuw screeningsinstrument (RADAR) te valideren in het verpleeghuis. Verder hebben zes AIOS SO de prevalentie van delier gemeten op hun eigen afdelingen. Op dit moment wordt een zorgprogramma Delier geschreven met de impuls subsidie van VWS 2016. Wij willen de diagnostische kwaliteit van twee of drie snelle screeningstesten onderzoeken in het UNO-UMCG.

Paratonie

Een ander voorbeeld van onderzoek naar comorbiditeit bij dementie is dat naar paratonie. Paratonie houdt in dat een patiënt zich stijf houdt en zich niet goed kan ontspannen, als gevolg van een te hoge spierspanning. Dit komt vaak voor in het eindstadium van dementie. Met de Hanzehogeschool Groningen doen wij onderzoek naar het ontstaan van paratonie in relatie tot suikerafbraakproducten

5.6 Zorgrelaties

In het thema Zorgrelaties staat de relatie tussen de cliënt en diens naaste (familie/ mantelzorger/ wettelijk vertegenwoordiger) enerzijds en de professional in het zorg- en behandelteam anderzijds centraal. Doel is deze samenwerking –waar mogelijk – te verbeteren, zodat iedereen zich betrokken en gehoord voelt. Een goede zorgrelatie is van groot belang voor de ervaring van goede zorg (zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener als die van de cliënt en diens naaste). In het UNO-UMCG is onlangs vanuit een zorgethische visie onderzoek gedaan naar de relatie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de familie in de besluitvorming over de aanpak van onbegrepen gedrag van mensen met dementie. In het lopende project *shared decision making* onderzoeken we in welke mate en hoe de naaste betrokken wordt bij het voorschrijven van psychofarmaca en/of inzet van alternatieven. Ook kijken we naar de wensen van de naasten over de wijze van (gezamenlijk) besluiten en welke invloed de huidige manier van besluiten heeft op het psychofarmacagebruik.

Ook het zien van de mens in al zijn levensdomeinen (uit het verleden, nu en in de toekomst) is onderdeel van het thema Zorgrelaties en zien we terug in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. (Levens)verhalen of narratieven helpen om inzicht in de ervaringen van de cliënt te krijgen in zijn levensdomeinen. In het lopende onderzoeksproject 'online levensalbum' onderzoeken we hoe we beter kunnen aansluiten bij de belevingswereld van thuiswonende mensen met dementie en welke invloed dat heeft op hun kwaliteit van leven.

6 Minimum Data Set

Meer inzicht in gezondheidssituatie

In de Minimum Data Set (MDS) worden gegevens over cliënten met dementie gestructureerd en periodiek vastgelegd. Zorgprofessionals hebben hierdoor meer inzicht in de gezondheidssituatie van de cliënt en kunnen de zorg daar beter op afstemmen. Daarnaast leidt het structurele gebruik van de meetinstrumenten van de MDS vaak tot het meer bewust observeren van cliënten door de zorgprofessionals.

Input voor onderzoek en kwaliteitszorg

Ook kunnen de gegevens uit de MDS als benchmark dienen om afdelingen of de ouderenzorgorganisaties onderling met elkaar te vergelijken. Bovendien is het mogelijk om bijvoorbeeld het psychofarmacagebruik te monitoren, dat onder meer door het Zorgkantoor gehanteerd wordt als indicator voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan met de database wetenschappelijk onderzoek worden gedaan.

Eerste uitkomsten pilot

In 2016 is in een pilot bij zorgorganisaties ZINN en Interzorg een start gemaakt met de implementatie van de MDS. Dankzij de subsidie van VWS konden we daar een extra impuls aan geven. In de pilot bleek UTOPIA als datamanagementsysteem ongeschikt voor bredere uitrol. Het invullen van de meetinstrumenten is door de verzorgenden en psychologen wisselend ervaren. Naast enthousiasme over de meerwaarde in de praktijk, bleek dat de psychologen behoefte hadden aan extra personele ondersteuning bij het invullen van de instrumenten.

We zetten de pilot voort en beogen daarin deze doelen te realiseren:

- We testen een nieuw systeem (Quest-manager);
- We ontwikkelen een dashboard voor en door de zorgpraktijk om de data op een overzichtelijke wijze teruggekoppeld te krijgen voor sturing in het zorgproces;
- De partners krijgen desgewenst ondersteuning van een psychodiagnostisch medewerker voor het invullen van gegevens;
- We richten een zogeheten data governance board op voor eigendomsrecht en toegang tot de data door derden voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek.

Uitrol

Na de pilot (die gereed is in het najaar van 2017) gaan we de MDS gefaseerd implementeren bij alle partners. De geschatte doorlooptijd is 18 maanden. Vanwege de omvang van dit project wordt de uitrol ondersteund door een projectleider, projectcoördinator, psychodiagnostisch medewerker en datamanager.

7 Blijven Leren

Om de kennis die voortkomt uit UNO-UMCG-projecten daadwerkelijk en optimaal te benutten bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg, is het belangrijk dat zorgprofessionals blijven leren. In veel zorgorganisaties is dit al de dagelijkse praktijk. Waar nodig kan het UNO-UMCG hierin nog extra ondersteunen.

Als onderdeel van de nieuwe werkwijze komt er binnen het UNO-UMCG meer nadruk te liggen op (ondersteunen bij) het blijven leren. In deelprojecten (zorg- en behandelprogramma pijn en MDS) is al deels voorzien in de verdere ontwikkeling van scholingsprogramma's. Het blijven leren willen we ook stimuleren en ondersteunen door veranderkundigen in te zetten in de themagroepen. Aandacht voor de veranderkundige aspecten van kennisbenutting kan bijdragen aan het verder op gang brengen van een cultuur die gericht is op verbetering van de kwaliteit van zorg. Dat stimuleert ook de zorgprofessionals om feedback te geven aan de themagroepen en zo de prikkel om kennis te actualiseren en te ontwikkelen.

Veranderkundige als coach

Waar nodig of gewenst leiden de veranderkundigen medewerkers in de zorgorganisaties op om concrete projecten voor kwaliteit van zorgverbetering op te zetten en te trekken. Zij coachen deze zogeheten ambassadeurs ook bij hun werkzaamheden. Ook ontwikkelen de veranderkundigen een scholingsprogramma om zorgprofessionals meer te laten reflecteren op het eigen handelen en het oordeel van de cliënt daarin te betrekken.

Onderwijs voor de praktijk

Onderwijs vindt plaats als onderdeel van inhoudelijk georiënteerde projecten en wetenschappelijk onderzoek. Academisch geschoolde medewerkers van het UMCG verzorgen lessen aan medewerkers van de zorgorganisaties (artsen, psychologen). Verzorgenden zijn en worden geschoold in het verzamelen van gegevens voor de MDS met behulp van vragenlijsten. In de toekomst willen wij, in het kader van zorgprogramma's zoals Pijn bij dementie, onderwijs verzorgen dat zich richt op het toepassen van kennis in de praktijk. De veranderkundige met aandachtsgebied onderwijs wordt ingezet om dit soort scholingsprogramma's inhoudelijk en organisatorisch te ontwikkelen en te ondersteunen. Daarnaast staan cursussen op het programma over het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het interpreteren van onderzoeksresultaten.

Verpleeghuiszorg 'in the picture'

Jaarlijks organiseren wij een symposium en (twee)jaarlijks een symposium met de andere academische netwerken. Onderwijs en kennisverbetering zorgt zo voor verdere professionalisering van zorgmedewerkers en kan indirect bijdragen aan het aantrekkelijker maken van de beroepen in de verpleeghuiszorg en daarmee aan de oplossing van de arbeidsmarktproblematiek.

In 2018-2019 beogen we een begin te maken met:

- De opleiding van ambassadeurs in de ouderenzorgorganisaties.
- De implementatie van kwaliteitsverbeterprojecten (voortkomend uit de expertisegroepen) door de ambassadeurs in de eigen zorgpraktijk.

Samenwerking buiten UNO-UMCG

Voor het borgen van de kwaliteit van zorg zijn goed geschoolde medewerkers een voorwaarde. Daarom gaat het UNO-UMCG ook meer samenwerken met hogescholen en academische opleidingen (geneeskunde-opleiding).

Kennis die via onderzoek, delen van best practices in het UNO-UMCG en andere netwerken wordt ontwikkeld en geïmplementeerd stellen we ook breder beschikbaar aan andere Nederlandse zorgorganisaties. Hiertoe gaan we samenwerken met onder meer Vilans.

8 Cliëntparticipatie

We gaan de cliëntparticipatie in de projecten van het UNO-UMCG verder versterken. In de context van zorg voor mensen met dementie zijn dit meestal de cliënt-vertegenwoordigers ('wettelijk vertegenwoordigers'). Het kwaliteitskader stelt dat de cliënt bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo goed als mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is dan ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt. Het is aan zorgverleners en zorgorganisaties om de zorg hierop af te stemmen en inzichtelijk te maken op welke wijze ze hieraan werken.

Inventarisatie

In 2018 gaan we inventariseren wat er nodig is om te komen tot cliëntparticipatie in het UNO-UMCG. Daartoe gaan we de vorm (vaste klankbordgroep, of deelname aan een expertisegroep), de taken (nieuwe onderwerpen voor onderzoek en zorgprojecten inbrengen, helpen bij prioritering, en onderzoeksvoorstellen beoordelen) en de personen (vaste of flexibele deelname) verder uitwerken.

9 Communicatie

9.1 Focus van communicatie en kennisdeling

In het communicatieplan 2016-2017 stond het intern en extern profileren van het UNO-UMCG op de voorgrond (naamsbekendheid verhogen, huisstijl ontwikkelen en sterk positioneren). Nu het netwerk een fase verder is en de onderzoeksprojecten daadwerkelijk nieuwe kennis opleveren, is het delen van kennis van groter belang geworden. Uit de dialoogsessies is naar voren gekomen dat er behoefte is aan versterking van het onderlinge netwerk; het UNO-UMCG kan dit bij uitstek faciliteren. Profilering blijft uiteraard ook de komende jaren belangrijk.

9.2 Communicatiedoelen

De komende jaren werken we aan drie communicatiedoelen: (1) kennis delen, (2) UNO-UMCG profileren en (3) netwerk versterken.

1. Kennis delen

We gaan kennis uit onderzoeken en andere kennisbronnen delen en willen met informatie en inspiratie bijdragen aan het faciliteren van de zorgpraktijk in het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg. Denk aan thema's als: hoe herken en behandel je jeuk? (SSENIOR-studie), hoe herken en behandel je pijn bij ouderen met dementie? (Pijn-onderzoek), hoe kun je omgaan met probleemgedrag, wat zijn alternatieven voor het gebruik van psychofarmaca? (RID-studie).

Binnen de themagroepen en in afstemming met de communicatieadviseurs, kijken we hoe kennis behulpzaam is in de praktijk: hoe kunnen we UNO-UMCG-partners daarin adviseren en faciliteren en welke communicatiemiddelen kunnen we inzetten bij het verder verbeteren van de zorg in de praktijk?

Voor het breder verspreiden van kennis werken we samen met landelijke organisaties zoals SANO.

2. UNO-UMCG profileren

In de profilering onderscheiden we interne en externe communicatiedoelen:

UNO-partners en onderzoekers UMCG:

- Weten wat het UNO-UMCG is en doet;
- Zijn overtuigd van de meerwaarde van het UNO-UMCG;
- Dragen actief bij aan het realiseren van de doelstellingen van het UNO-UMCG.

Externe doelgroepen:

- Zien het UNO-UMCG als autoriteit op het gebied van onderzoek en kennisontwikkeling in de ouderenzorg;
- Beschouwen de deelnemende zorgorganisaties als aanbieders van topzorg die werken volgens de laatste wetenschappelijke inzichten, deelnemen aan onderzoeksprojecten en continu werken aan het (leren) verbeteren van de zorgpraktijk en deze (financieel) ondersteunen;
- Zien de sectie Ouderengeneeskunde van de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde van het UMCG als wetenschappelijk kennisinstituut voor complexe zorg aan ouderen in de regio Noord en Oost Nederland.

3. Netwerk versterken

UNO-partners beginnen het 'van elkaar leren' steeds meer als waardevol te zien om gezamenlijk de ouderenzorg te verbeteren. Daarbij gaat het niet alleen om van elkaar leren op het gebied van onderzoeken die binnen het UNO-UMCG lopen, of hieraan gerelateerde deskundigheid, maar ook op het gebied van landelijke of regionale ontwikkelingen in de ouderenzorg en andere thema's buiten het UNO-UMCG (bijv. consequenties van Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, druk op de eerste lijn, etc.).

Het UNO-UMCG gaat een betrouwbaar platform bieden voor ontmoetingen en interactie, zowel 'live' als digitaal. Daarnaast gaan we voor alle UNO-partners inzichtelijk maken welke UNO-partner waarin uitblinkt/ervaring heeft, mensen aan elkaar koppelen en UNO-partners attenderen op themabijeenkomsten in andere UNO-huizen en het UMCG (en daarbuiten).

Overlap

Vanzelfsprekend zit er overlap tussen deze communicatiedoelen. Bijvoorbeeld: door kennis uit de onderzoeken te delen, zetten we meteen ook het UNO-UMCG op de kaart. En door netwerkbijeenkomsten te organiseren, stimuleren we kennisdeling.

9.3 Rollen en verantwoordelijkheden

In- en externe communicatie over het UNO-UMCG vindt plaats op verschillende niveaus: binnen zorgorganisaties, tussen zorgorganisaties en met externe doelgroepen. Hierbij onderscheiden we de volgende rollen en verantwoordelijkheden:

Team UNO-UMCG is, uiteraard in samenwerking en/of met bijdragen van de UNO-partners, verantwoordelijk voor:

- interne (binnen UMCG) en externe communicatie van het UNO-UMCG
- coördinatie van het communicatiebeleid;
- regie op timing, boodschappen en woordvoering (via persvoorlichting UMCG);
- organisatie, ontwikkeling en beheer van gezamenlijke communicatiemiddelen (symposium, digitale nieuwsbrief, website, huisstijl etc.);
- lobbyactiviteiten richting beleidsmakers, subsidiegevers en andere (potentiële samenwerkingspartners).

UNO-partners (ouderenzorgorganisaties) zijn verantwoordelijk voor:

- de communicatie intern en extern over deelname aan (activiteiten van het) UNO-UMCG
- participeren actief in communicatieoverleg waarin communicatiebeleid wordt ontwikkeld/afgestemd
- leveren bijdragen aan inhoud nieuwsbrief en andere communicatie-uitingen van het UNO-UMCG.

9.4 Aanpak

De concrete aanpak, planning en kosten van de beschreven communicatiedoelen worden, in afstemming met de communicatieadviseurs van de UNO-UMCG-partners, beschreven in een separaat communicatieplan.

10 Financiën

10.1 Begroting 2018

| | Begroting 2018 | | |
|-------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| Inkomsten | bijdrage | aantal | bedrag |
| Bijdrage ouderenzorginstellingen | € 12.000 | 1 | € 12.000 |
| | € 15.000 | 9 | € 135.000 |
| | € 18.000 | 5 | € 90.000 |
| Inzet UNO-UMCG reserves | | | € 125.000 |
| Totaal inkomsten | | 15 | € 362.000 |
| Personele kosten | | | bedrag |
| Onderzoek | | | € 145.940 |
| Minimum Data Set | | | € 43.909 |
| Coördinatie, communicatie & ondersteuning | | | € 76.986 |
| Totaal personele kosten | | | € 266.836 |
| Materiële kosten | | | |
| Symposium | | | € 15.000 |
| Communicatie | | | € 12.500 |
| Beheer minimum dataset / bouw | | | € 40.000 |
| Opleiding | | | € 8.664 |
| Vergaderfaciliteiten | | | € 4.000 |
| Reiskosten | | | € 15.000 |
| Totaal materiële kosten | | | € 95.164 |
| Totaal | | | |
| Personele kosten | | | € 266.836 |
| Materiele kosten | | | € 95.164 |
| Af: | | | |
| Inkomsten | | | € 362.000 |
| Saldo | | | € 0 |

10.2 Toelichting

Inkomstenbronnen

Deze begroting heeft alleen betrekking op de bestedingsdoelen van de inkomsten die door de partners zullen worden gedaan middels de jaarlijkse bijdrage. Om de ambities van dit meerjarenplan echter te kunnen realiseren, zijn additionele middelen noodzakelijk. Deze bestaan uit de verworven onderzoekssubsidies (zie bijlage 2) en de aangekondigde structurele subsidie van het ministerie van VWS ter versterking van de infrastructuur van het UNO-UMCG. De toekenning van deze subsidie is voor 2018 zo goed als zeker en bedraagt € 400.000. We besteden dit aan het ondersteunen van de zorgpraktijk bij de implementatie van de minimum dataset, het blijven leren, en het faciliteren van kwaliteitsverbeterprojecten. Hieraan zullen vanuit het UNO-UMCG psychodiagnostisch medewerkers en veranderkundigen een bijdrage leveren. Verder krijgen de voorzitters van de vijf themagroepen (die uit de ouderenzorgorganisaties komen) een financiële tegemoetkoming voor hun inzet. Post-docs zetten we in om additionele onderzoekssubsidies te blijven verwerven voor toekomstig praktijkgericht onderzoek. Voor de subsidie voor 2019-2023 zullen wij eind 2017 een projectvoorstel indienen bij VWS/ZonMw. Vanwege de onderlinge samenhang van de drie genoemde inkomstenbronnen van het UNO-UMCG, hebben we nu alleen een begroting voor 2018 kunnen opstellen. Zodra meer bekend is over de subsidieaanvraag voor de periode 2019-2013, leggen we de begroting van 2019 voor.

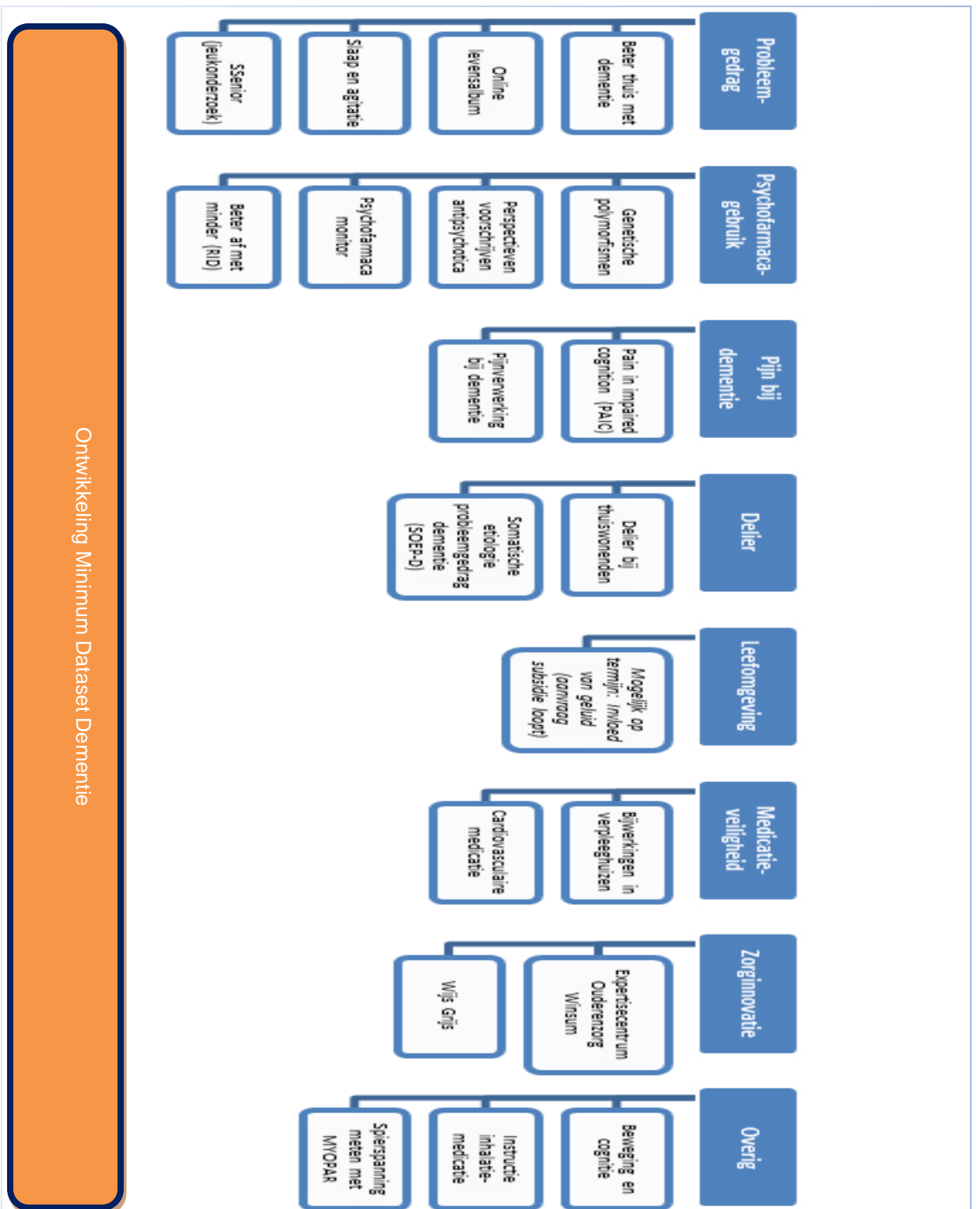
Reserves

De verwachte reserves van 2017 van het UNO-UMCG zijn ontstaan door de impulssubsidie van € 500.000 die het ministerie van VWS eind 2016 toekende. Met deze subsidie konden we extra inzetten op de implementatie van de Minimum Data Set (MDS), projecten over delier en pijn bij dementie en kennisdeling en communicatie.

Verhoging bijdrage ouderenzorgorganisaties

De jaarlijkse financiële bijdrage van de ouderenzorgorganisaties van het UNO-UMCG is gemiddeld verhoogd met € 5.000. Voor de kleine, middelgrote en grote zorgorganisaties verhogen we de bijdrage in 2018 en 2019 respectievelijk van €7.500 naar €12.000, van €10.000 naar €15.000 en van €12.500 naar €18.000. Deze verhoging is logisch, omdat VWS/ZonMw als één van de voorwaarden voor de structurele subsidie stelt dat de ouderenzorgorganisaties een substantiële financiële bijdrage (blijven) leveren aan het UNO-UMCG ter grootte van in totaal ongeveer € 200.000 - € 250.000. De inkomsten uit de verhoging van de bijdrage is ook nodig om onze ambities, zoals het intensiever benutten van (wetenschappelijke) kennis in de praktijk te realiseren.

Bijlage 1 Onderzoeksthema's



Ontwikkeling Minimum Dataset Dementie

Bijlage 2 Verworven subsidies

| Naam onderzoek | Uitleg | Betrokken Partijen | Subsidie | Subsidiegever |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| RID | Reduction Inappropriate Psychotropic drug use | UMCG, UNO-UMCG, Vilans | € 200.000 € 200.000 | VWS UMCG |
| Online Levensalbum | Ontwikkeling en implementatie van een online levensalbum bij thuiswonende mensen met dementie | Livio, UT, UMCG | € 150.000 | ZonMW |
| Pijn bij dementie | Beurs Miriam Kunz onder andere over pijngeleiding in hersenen en meten van pijn bij dementie | UMCG, UNO-UMCG | € 800.000 | RUG |
| Slaap en agitatie | n=1 studie naar relatie tussen slaap en agitatie bij dementie | UMCG, Meriant | € 10.000 | Verenso |
| Metten is verbeteren | Implementatie Minimum Data Set bij dementie | UNO-UMCG | € 500.000 | VWS |
| Psychofarmaca monitor | Ontwikkeling meetinstrument onjuist psychofarmaca gebruik | UNO-UMCG, Vilans | € 130.000 | VWS |
| Mosart+ trial | Implementatie van een geluidsapp voor reductie van probleemgedrag bij dementie | UMCG, Meriant, Dignis, , Icare, Interzorg, Livio, Zorggroep Groningen | € 600.000 | ZonMW |
| SDM psychofarmaca | Shared decision making Psychofarmaca | UMCG, LUMC, UNO-UMCG, UNC-ZH | € 75.000 | ZonMW |
| Totaal | | | € 2.655.000 | |

Bijlage 3 Leden projectgroep

Namens de stuurgroep van het UNO-UMCG:

- Nina Hovenga (coördinator UNO-UMCG/projectleider)
- Sytse Zuidema (hoogleraar ouderengeneeskunde en dementie / voorzitter stuurgroep)
- Ruud Tap (senior beleidsadviseur Zorggroep Alliade / stuurgroeplid)
- Rogier Hulsebosch (hoofd Onderzoek & Innovatie Interzorg / stuurgroeplid)
- Dika Luijendijk (senior onderzoeker UMCG)
- Nannet Alkema (communicatieadviseur UNO-UMCG)
- René de Vink (beleidsadviseur UMCG)

Colofon

Ingangsdatum 1 januari 2018

Opdrachtgever bestuurders UNO-UMCG

Contact n.g.hovenga@umcg.nl, 06-5647143
Website www.uno-umcg.nl

Redactie

Nannet Alkema (UMCG)
Nina Hovenga (UMCG)
Rogier Hulsebosch (Interzorg)
Dika Luijendijk (UMCG)
Ruud Tap (Zorggroep Alliade)
René de Vink (UMCG)
Sytse Zuidema (UMCG)