



Stichting
Wetenschap Balans

KRACHTIG IN PROFESSIONALISERING VAN DE
GEZONDHEIDSZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN

PREVENTIE

ZIEKENHUIS-TRANSITIE

PSYCHIATRIE OPLEIDINGEN

ONDERZOEK

CONSULTANCY

Psychogeriatrische Revalidatie

[Op basis van de Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR)-methode]

Colofon

Ontwikkelaar en Contactpersoon van de interventie

Naam organisatie: Stichting Wetenschap Balans, Directeur: Lector dr. Ton J.E.M. Bakker, SO
E-mail: t.bakker@swbalans.nl
Telefoon: 06-31 76 41 02

Website van de interventie): www.swbalans.nl

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventie beschrijving: Lector dr. Ton J.E.M. Bakker, SO
Titel interventie: Psychogeriatrische Revalidatie
Plaats, instituut: Rotterdam, Stichting Wetenschap Balans
Datum:01-08-2016

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Colofon | 2 |
| Inhoud | 3 |
| Samenvatting | 4 |
| Doelgroep | 4 |
| Doel | 4 |
| Aanpak | 4 |
| Materiaal | 4 |
| Onderbouwing | 4 |
| Onderzoek | 5 |
| Beschrijving interventie | 5 |
| 1.1 Doelgroep | 5 |
| 1.2 Doel | 6 |
| 1. Uitvoering | 11 |
| 2. Onderbouwing | 16 |
| 3. Onderzoek | 21 |
| 3.1 Onderzoek naar de uitvoering en literatuur | 21 |
| 3.2 Onderzoek naar de behaalde effecten | 22 |
| 3.3 Praktijkvoorbeeld | 28 |
| 4. Samenvatting Werkzame elementen | 29 |
| 5. Aangehaalde literatuur | 30 |
| Bijlage 1 - ‘Stepped Care’ in de psychogeriatric | 33 |
| Bijlage 2 – Samenvatting onderzoeksartikelen | 39 |
| Bijlage 3 – Casus | 42 |

Samenvatting

Doelgroep

Psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorger bij wie matig-ernstige stemmings- en gedragsproblemen of neuro-psychiatrische symptomen spelen (NPI [12] =>3) zodanig dat permanente opname in de langdurige zorg dreigt. Patiënten komen van thuis, uit het ziekenhuis, uit de geriatrische revalidatie, uit 1e lijn herstellzorg e.d.. Patiënten lijden aan milde tot matig ernstige cognitieve stoornissen op basis van een dementie of van Mild Cognitive Impairment (MCI)(MMSE [30] 12> - <29).

Doel

Vermindering van de ernst van de stemmings- en gedragsproblemen bij de psychogeriatrische patiënten en van de ervaren belasting bij de mantelzorgers, maar ook verhoging van het competentie gevoel bij laatst genoemden. Als gevolg hiervan kunnen de patiënten ontslagen worden met minder psychische problemen (gem. 60% verbetering) of naar huis of naar langdurige zorg, waarbij ook de mantelzorger zich minder belast voelt (gem. 50% verbetering).

Aanpak

Patiënten nemen deel aan een drie maanden durend intensief op de persoon toegesneden revalidatie programma gebaseerd op multidisciplinaire psychotherapeutische interventies welke aangepast zijn aan de actuele cognitieve en lichamelijke problemen. Tevens wordt de mantelzorger begeleid en hij/zij krijgt zo nodig systeem therapeutische interventie aangeboden. Dit vindt plaats binnen een gepast sociotherapeutisch milieu. De verpleging vervult 7 x 24 uur een therapeutische rol.

Materiaal

Interventies zijn per discipline beschreven. Het multidisciplinaire proces wordt ondersteund door een gestandaardiseerde Goal Attainment Score (GAS)-methode. Er is een elektronische versie met grafieken ontwikkeld, waarin een groot aantal behandel thema's zijn voor geprogrammeerd. Overigens zijn deze ook op schrift beschikbaar (Functionele Analyse Lijst met zes dimensies). Een scholingsprogramma (op maat toe te snijden) is ontwikkeld. Gefinancierd uit de Benelux psychogeriatric prijs is een cd-rom vervaardigd van +/- een half uur.

Onderbouwing

De werkwijze van de Psychogeriatrische Revalidatie op basis van de Integratieve Reactivering en Rehabilitatie methode (IRR) is ontwikkeld door middel van voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek (Bakker, 2000-2011). De effecten zijn onderzocht door een Randomized Controlled Trial (Bakker, 2011). Patiënten die lijden aan dementie van Alzheimer en hun mantelzorgers geven blijkens onderzoek aan dat zij het meeste lijden onder de stemmings-en gedragsproblemen (Peeters, 2007a en b). Als tweede probleem komt de overbelasting van de mantelzorg naar voren, die blijkens onderzoek voornamelijk bepaald wordt door de stemmings- en gedragsproblemen van de patiënt (Van der Lee,2014). Dit geldt ook voor het derde probleem namelijk angst voor permanente verpleeghuis opname. Verder blijkt uit door VGZ uitgevoerd onderzoek dat naarmate er meer psychiatrie deel uit maakt van de aanpak de patiënt met dementie en de mantelzorger beter af zijn met latere en kortere permanente opnames (VGZ, 2012; Vuister, 2012)

Onderzoek

De effecten van Psychogeriatrische revalidatie zijn onderzocht door middel van een Randomized Controlled Trial. De integratieve psychotherapeutische interventies in het psychogeriatrische revalidatie programma zijn tweemaal effectiever dan de reguliere multidisciplinaire belevingsgerichte verpleeghuiszorg zowel bij de behandeling van multiple psychiatrische symptomen van psychogeriatrische patiënten als voor de belasting en competenties van de mantelzorgers. De effecten waren 6 maanden na beëindiging van het programma nog steeds aanwezig en bij de mantelzorgers zelfs toegenomen. De grootte van de gevonden verschillen tussen PG Revalidatie en de controle groep was van een matige tot grote klinische relevantie; de bewijskracht was matig volgens de 'GRADE'-methode, die bewijskracht indeelt in de niveaus hoog, matig, laag en zeer laag. Op grond van de review van de literatuur en de resultaten van deze studie, is het van belang om naast de psychogeriatrische revalidatie integratieve psychotherapeutische interventies meer deel uit te laten maken van reguliere psychogeriatrische zorgprogramma's in en buiten verpleeghuizen.

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorger bij wie matig-ernstige stemmings en gedragsproblemen spelen (NPI [12] =>3) zodanig dat permanente opname in de langdurige zorg dreigt. De meest frequent voorkomende problemen betreffen depressie/ angst/ agressie/ achterdocht/ dwangmatigheid en post-traumatische stress stoornis in combinatie (20-30%) met persoonlijkheidsproblemen/-stoornissen. De patiënten lijden veelal gelijktijdig aan meer dan een stoornis, aan zo genaamde multiple psychiatrische symptomen (MPS). Patiënten komen van thuis, uit het ziekenhuis, uit de geriatrische revalidatie, crisis bedden, 1^e lijn herstellzorg e.d.. Patiënten lijden aan milde cognitieve stoornissen (Mild Cognitive Impairment [MCI]) of aan lichte of matige dementie (MMSE 12-29/30).

PM: Klinische ervaring leert dat de IRR-interventie methode ook goed geschikt is voor kwetsbare ouderen met voornamelijk lichamelijke problemen thuis of in het verpleeghuis

Selectie van doelgroepen

Hoe wordt de doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

De patiënten worden geïncludeerd/geselecteerd na verwijzing door met name ambulante geestelijke gezondheidszorg, geheugenpoli, algemeen ziekenhuis, geriatrische revalidatie afdeling, crisis opname, huisarts of andere eerstelijns zorgverlener. De inclusie criteria voor Psychogeriatrische Revalidatie zijn: (a) een dementie, een amnestische stoornis of een andere cognitieve stoornis volgens DSM-IV-classificatie; (b) leeftijd ≥ 65 jaar; (c) drie of meer neuro-psychiatrische symptomen op de Neuro-psychiatrische vragenlijst (NPI); (d) score voor cognitief functioneren ≥ 12 en ≤ 29 op de 'Mini-Mental State Examination' (MMSE) en een score ≥ 5 en ≤ 19 op de Barthel-Index, een schaal voor zelfzorg. Exclusiecriteria zijn (a) delirium; (b) levensbedreigende somatische co-morbiditeit; en (c) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Voor mantelzorgers gelden geen specifieke criteria.

Bij twijfel worden voorafgaand aan de inclusie/selectie de patiënten besproken binnen een multidisciplinair team (specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog en medisch maatschappelijk werker) op basis van hun NPI/BI en MMSE score aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld een geriatrische analyse ('comprehensive geriatric assessment', CGA) of een (concept) ontslagbrief.

Betrokkenheid doelgroep

Het programma is eind jaren negentig ontwikkeld in de praktijk en is uiteindelijk in protocol schriftelijk vastgelegd door middel van kwalitatieve semi-gestructureerde interviews van betrokken professionals en van patiënten en familie. Dit leidde tot interdisciplinaire kruisbestuiving en een discipline overstijgende formulering van psychotherapeutische interventies, die persoon georiënteerd kunnen worden in gezet. Het belang van het meenemen van de mantelzorger werd onderstreept. Uiteindelijk is het programma en het uitvoeren van een wetenschappelijk onderzoek ter goedkeuring voorgelegd aan de cliëntenraad.

1.2 Doel

Hoofddoel

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel van psychogeriatrische revalidatie is vermindering van de ernst van de stemmings- en gedragsproblemen (gemeten met de NPI) bij de psychogeriatrische patiënten en van de ervaren belasting bij de mantelzorgers, maar ook verhoging van het competentie gevoel bij laatst genoemden. Als gevolg hiervan kunnen de patiënten ontslagen worden met minder psychische problemen naar huis of naar langdurige zorg, waarbij ook de mantelzorger zich minder belast voelt. Deze doelen hangen sterk met elkaar samen, waarbij de ernst van de stemmings- en gedragsproblemen en de positieve veranderingen daarin een centrale rol spelen. De doelen en verbeteringen op deze problemen worden tijdens de revalidatie gemonitord met behulp van een gestandaardiseerde vorm van een interdisciplinaire 'Goal Attainment Scaling'(GAS) –methode (zie verderop voor de uitleg). Een en ander wordt vastgelegd in een persoonlijk GAS-interventie plan. Tevens worden de uiteindelijke resultaten gemeten met meet instrumenten m.n. de Neuro-

psychiatric Inventory en een belasting- en competentie schaal (verschil tussen opname-score en ontslag-score). Op basis van onderzoek mag een gemiddelde reductie van 60% van de ernst van de stemmings en gedragsstoornissen bij de patiënt verwacht worden en 50% reductie van de ervaren belasting bij de mantelzorger. De gemiddelde duur van het psychogeriatrische revalidatie proces is drie maanden.

Subdoelen

Naast het hoofddoel is de psychogeriatrische revalidatie op basis van de IRR-methodiek gericht op optimalisering van het cognitief (geheugen/praxis/oriëntatie/taal), sociaal (welzijn/activiteiten/participatie) en lichamelijk functioneren (mobiliteit/ vallen/ conditie/ gewicht/ incontinentie). Ook deze (sub)doelen en de veranderingen er in worden gemonitord met behulp van de GAS-methode en maken onderdeel uit van het persoonlijke GAS-interventie plan.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang

Patiënten nemen deel aan een gemiddeld drie maanden durend intensief op de persoon toegesneden revalidatie programma gebaseerd op multidisciplinaire psychotherapeutische interventies welke aangepast zijn aan de actuele cognitieve en lichamelijke problemen. Tevens wordt de mantelzorger begeleid en hij/zij krijgt zo nodig systeem therapeutische interventie aangeboden. Dit vindt plaats binnen een gepast sociotherapeutisch milieu. De verpleging/ verzorging vervult 7 x 24 uur een therapeutische rol. In het revalidatieproces worden drie fasen onderscheiden. Fase 1 duurt ongeveer twee weken en is met name gericht op diagnostiek samen met de patiënt en mantelzorger (GAS-interventieplan opstellen) en het eventueel containen van mogelijk heftige problematiek. Fase 2 neemt veelal twee maanden in beslag en betreft de uitvoering en bijstelling van het GAS-interventie plan. Fase 3 duurt zo'n twee weken en is gericht op het vorm geven/uitproberen van het ontslag. In tabel 1 wordt een overzicht gepresenteerd van de verschillende interventies per fase in combinatie met de uitvoerende professional(s). Hierbij wordt ook aan gegeven in welke mate (%) patiënten en mantelzorgers gemiddeld aan een bepaald type interventie deel nemen.

TABEL 1

Overzicht van de interventies per fase, die worden toegepast in het psychogeriatrische revalidatie proces, van de professionals die deze uitvoeren en van de mate waarin patiënten deze krijgen aangeboden

| Interventie | Discipline | Percentage patiënten* |
|---|--|------------------------------|
| <u>fase 1</u> | | |
| Diagnostiek | Multidisciplinair | 100 |
| <u>fase 2</u> | | |
| Counseling | Psychogeriatr, Psycholoog | 79,5 |
| Verwerkingsgerichte therapie | Psycholoog | 2,6 |
| Inzichtgevende therapie | Psycholoog | 48,7 |
| Cognitieve gedragstherapie | Verzorgenden, Therapeuten,† Psycholoog | 57,7 |
| Gedragstherapie | Verzorgenden, Therapeuten† | 94,9 |
| Begeleiding bij acceptatie gedrag en beperking negatieve gevolgen | Verzorgenden Therapeuten,† SPH-er | 66,6 |
| Regressiebenadering** | Verzorgenden | 3,8 |
| Systeemtherapie | Psycholoog | 38,5 |
| Psycho-educatie | Psychogeriatr, Psycholoog | 6,4 |
| <u>fase 3</u> | | |
| Rehabilitatie | Verzorgenden, Ergotherapeut, SPH-er | 47,4 |
| Begeleiding bij ontslag | Maatschappelijk Werker | 41,0 |

* Weergegeven is het percentage patiënten dat van de interventie gebruik maakt; alle patiënten ondergaan een diagnostisch onderzoek.

** Tijdelijk accepteren regressief gedrag

† Bij iedere patiënt zijn in het psychotherapeutisch programma 2 of 3 van de volgende therapeuten betrokken: psychomotorisch therapeut, muziektherapeut, creatief therapeut, fysiotherapeut, ergotherapeut.

Inhoud van de interventie

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en in welke volgorde?

Interventie

Psychogeriatrische revalidatie wordt uitgevoerd tijdens een klinische opname op een gespecialiseerde verpleeghuis (of geronto-psychiatrische) afdeling van minimaal 12 en maximaal 24 behandelplaatsen met psychiatrisch geschoolde professionals. Het gelijktijdig aanwezig zijn van

een geriatrie revalidatie afdeling/ ziekenhuiszorg verplaatste afdeling en crisisbedden is belangrijk voor het algemene behandelklimaat, beschikbaarheid van voldoende therapeuten en voor een gestage toevoer van patiënten.

Het revalidatie programma duurt gemiddeld 3 maanden. Naast de reguliere multidisciplinaire zorg bestaat het programma uit integratieve psychotherapeutische interventies ter behandeling van de multiple psychiatrische symptomen van de patiënt en systeemtherapie, gericht op de problemen van de mantelzorger. Het cognitief, sociaal en lichamelijk functioneren van de patiënt wordt geoptimaliseerd.

Het PG-revalidatie-team bestaat uit het verplegings- /verzorgingsteam, een psychogeriatr, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker, een muziektherapeut, een psychomotorisch therapeut, een creatief/spel therapeut, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een Sociaal Pedagogisch Hulpverlener.

In fase 1 (duur gemiddeld 2 weken) wordt samen met de patiënt en mantelzorger een persoonlijk GAS-interventie plan samengesteld, bestaand uit gemiddeld 5 thema's, verdeeld over 6 dimensies. Dit gebeurt op basis van analyse van de beschikbare schriftelijke informatie. gestructureerde observaties van verpleging/verzorging, vak therapeut, psycholoog en psychogeriatr aan de hand van een ontwikkelde Functionele Analyse lijst (FAL), waarin veel voorkomende functionele problemen zijn ondergebracht op het gebied van de Dynamische Systeem Analyse(DSA)-domeinen beleving, persoonlijkheid, levensgeschiedenis, cognitie, sociaal en somatiek. Waar nodig vindt specifieke aanvullende observatie plaats. Soms is het nodig bij heftige psychische problemen direct de problemen te containen al dan niet in combinatie met een passend psychofarmakon. Van belang is dat vanaf het begin alle contacten gericht zijn op het ontwikkelen van een hechte therapeutische alliantie met patiënt en mantelzorger. Per DSA-domein kan het gaan om diverse problemen:

- 1)beleving (bijvoorbeeld depressie, angst, agressie),
- 2)persoonlijkheid (bijvoorbeeld narcistische, borderline, afhankelijke trekken),
- 3)levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld traumatische ervaringen door oorlog, incest, het overlijden van een partner),
- 4)sociaal functioneren (bijvoorbeeld relatieproblemen met partner, kinderen, verlies van sociale contacten, inactiviteit),
- 5)cognitief functioneren (bijvoorbeeld geheugenproblemen, verlies van zelfredzaamheid),
- 6)functie beperkende somatiek (bijvoorbeeld vallen, conditie, ondervoeding, polyfarmacie).

In fase 2 (duur gemiddeld 2 maanden) worden de afgesproken psychotherapeutische interventies – gebaseerd op een probleemoplossend theoretisch kader en voor alle professionals in een richtlijn vastgelegd- uitgevoerd. De tabel 1 hierboven geeft een overzicht van de beschikbare en toegepaste interventies, ingedeeld naar de 3 fasen in het programma: diagnostiek (100%), counseling (79,5%), verwerkingsgerichte therapie van levensgebeurtenissen (2,6%), inzicht gevende therapie (48,7%), cognitieve gedragstherapie (57,7%), gedragstherapie (94,9%),

begeleiding bij acceptatie van gedrag en beperking van de negatieve gevolgen ervan (66,6%), regressiebenadering gericht op het tijdelijk accepteren van regressief gedrag (3,8%), rehabilitatie (47,4%), begeleiding bij ontslag (41,0%), psycho-educatie (6,4%), en systeemtherapie (38,5%). De interventies worden voornamelijk in groepsverband aangeboden en waar nodig individueel; bijvoorbeeld als de patiënt de groep (nog) niet aan kan of intensievere behandeling tijdelijk nodig is. Gemiddeld wordt een patiënt voor 5 functionele problemen behandeld door zorgverleners uit 4 disciplines. Na overleg in het multidisciplinaire team worden de interventies en de intensiteit qua uitvoering ervan voorgeschreven door een psychogeriater; dit is een specialist ouderengeneeskunde met ervaring in psychiatrische behandeling. De voortgang bij patiënt en mantelzorg wordt wekelijks gemonitord met de gestandaardiseerde methode van 'Goal Attainment Scaling' (GAS). De score op deze schaal loopt van 1-7, waarbij 7 staat voor 'onafhankelijk' (geen hulp nodig) en 1 voor onvoorspelbaar veel hulp nodig hebben tot 100 % aan toe. Tijdens de wekelijkse multidisciplinaire patiënt bespreking wordt een consensuscore vastgesteld, gebaseerd op de scores die professionals van de betrokken disciplines hebben gegeven. Dit kan waar nodig tussentijds in overleg met de patiënt en mantelzorg tijdens het wekelijkse behandelingsprekeuur van de psychogeriater leiden tot bijstelling van het GAS-interventie plan.

In fase 3 (duur gemiddeld 2 weken) wordt het ontslag vorm gegeven. Dit kan gepaard gaan met proefontslagen met per proefontslag door de patiënt en mantelzorg geformuleerde doelen (rehabilitatie doelen). Begeleiding door een gespecialiseerde casemanager (gedragsconsulent) is hierbij aan te bevelen. Ook goede samenwerking met de thuiszorg is van belang.

1. Uitvoering

Materialen

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Wervingsmateriaal:

Er is een patiënt-informatie folder beschikbaar over de gang van zaken bij de Psychogeriatrische Revalidatie. Tevens is er een (instructie)set van te gebruiken screenings instrumenten aanwezig (NPI/MMSE/BI en Hetero-anamnese) voor professionals.

Handleiding psychotherapeutische interventies:

De verschillende beschikbare psychotherapeutische interventies zijn in zijn algemeenheid beschreven en per discipline specifiek uitgewerkt. Het betreft: diagnostiek, counseling, verwerkingsgerichte therapie van levensgebeurtenissen, inzicht gevende therapie, cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, begeleiding bij acceptatie van gedrag en beperking van de negatieve gevolgen ervan, regressiebenadering gericht op het tijdelijk accepteren van regressief gedrag, rehabilitatie, begeleiding bij ontslag, psycho-educatie, en systeemtherapie.

Goal Attainment Scaling (GAS)-methode:

Het multidisciplinaire proces wordt ondersteund door een gestandaardiseerde vorm van de Goal Attainment Scaling (GAS)-methode. De voortgang bij patiënt en mantelzorgers worden wekelijks gemonitord met deze GAS-methode. De score op deze schaal loopt van 1-7, waarbij 7 staat voor 'onafhankelijk' (geen hulp nodig), 6 voor aangepast (met hulpmiddel) onafhankelijk, 5 voor begeleiding (verbaal) nodig hebben, 4-3 voor voorspelbaar 100% > - < 50% hulp nodig hebben en 2-1 voor onvoorspelbaar 50% > - < 0% hulp nodig hebben. Tijdens de wekelijkse multidisciplinaire patiënt bespreking wordt een consensuscore vastgesteld, gebaseerd op de scores die professionals van de betrokken disciplines hebben gegeven na hun therapie.

Er is een elektronische versie met presentatie van de scores in grafieken ontwikkeld.

Functionele Analyse Lijst (FAL):

In de FAL zijn een groot aantal veel voorkomende behandel thema's voor geprogrammeerd. De FAL is zowel op schrift als elektronisch beschikbaar. De Functionele Analyse Lijst is onderverdeeld in de zes Dynamische Systeem Analyse domeinen: beleving, persoonlijkheid, levensgeschiedenis, cognitie, sociaal en somatiek. Door de FAL wordt een grote mate van standaardisatie van de functionele diagnostiek taal bevorderd.

Scholingsprogramma:

Een multidisciplinair scholingsprogramma van 18 dagdelen (inclusief intervisie) is zowel 'in company' als in 'open inschrijving' beschikbaar. De multidisciplinaire scholing wordt uitgevoerd in een samenwerking tussen Stichting Psy-Ger-On (onderdeel van St. Wetenschap Balans) te Rotterdam en Hogeschool Avans+ te Breda.

Tevens is een vervolgopleiding tot gedragsconsulentschap ontwikkeld van een jaar ten behoeve van verpleegkundigen om als consulent thuis/ in verzorgingshuis/ in verpleeghuis/ in ziekenhuis te kunnen functioneren

Cd-rom:

Gefinancierd uit de Benelux psychogeriatricatie prijs 2011 is een cd-rom beschikbaar met een duur van +/- een half uur. Hierin wordt de uitvoering van de multidisciplinaire Psychogeriatricatie Revalidatie op basis van de IRR-methode gedemonstreerd en toegelicht aan de hand van vier verschillende casus

Evaluatie:

De mate van vorderingen op de diverse functie-problemen worden op individueel patiënt/ mantelzorg niveau tijdens de revalidatie vastgelegd met behulp van de GAS-methode. Tevens worden individuele resultaten gemeten met meet instrumenten m.n. de Neuro-psychiatric Inventory en een belasting- en competentie schaal (verschillen tussen opname-score en ontslag-score). Op basis van onderzoek mag een gemiddelde reductie van 60% van de ernst van de stemmings- en gedragsstoornissen bij de patiënt verwacht worden en 50% reductie van de ervaren belasting bij de mantelzorg. Door de individuele patiënt/ mantelzorg gegevens systematisch te verzamelen en te analyseren kan op basis van objectieve resultaat-data en op basis van te verzamelen procesevaluatie gegevens een jaarlijkse analyse gemaakt worden van het functioneren van de afdeling. Een kritisch aandachtspunt is het evalueren van het percentage 'Treatment Fidelity' dat boven de 80% moet liggen.

Locatie en type organisatie

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De Psychogeriatricatie Revalidatie kan uitgevoerd worden in verschillende settings. Het programma kan worden geïmplementeerd in de GGZ zowel in een intramurale vorm als een binnen een dagbehandelingsvorm. Ook in een verpleeghuis setting met een revalidatie voorziening kan PG-revalidatie zowel in een intramurale als dagbehandeling vorm gerealiseerd worden. In het bijzonder geldt dit voor een Revalidatie centrum voor ouderen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Uitvoerende professionals:

De uitvoerend professionals zijn het verplegings-/verzorgingsteam, een psychogeriatricus, een klinisch (systeem)psycholoog, een maatschappelijk werker, een muziektherapeut, een psychomotorisch therapeut, een creatief therapeut, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een Sociaal Pedagogisch Hulpverlener.

Alle deze disciplines hebben naast de basis competenties van hun professionele opleiding(en) bijscholing nodig op het gebied van kwetsbare ouderen, psychiatrische functie diagnostiek, psychotherapeutische vaardigheden (algemeen en vakspecifiek), interdisciplinair samenwerken, gebruik meetinstrumenten en de GAS methode.(zie ook hierboven bij Scholingsprogramma)

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Voor de kwaliteit bewaking zijn treatment fidelity metingen, analyses van de behaalde GAS resultaten en verschillen tussen de opname en ontslag scores op NPI/BI en MMSE van belang. Dit gebeurt deels direct real time bij de uitvoering van de revalidatie zelf. Immers, de GAS score per week van elke betrokken professional laat in het multidisciplinaire wekelijkse patiënten overleg zien of de interventie die week daadwerkelijk is uitgevoerd. Verder wordt de mate van vorderingen op de diverse functie-problemen op individueel patiënt/ mantelzorg niveau tijdens de revalidatie direct zichtbaar gemaakt.

Een keer per kwartaal wordt er een multidisciplinaire intervisie gehouden over de onderlinge samenwerking en de gebeurtenissen van de afgelopen periode. Indien noodzakelijk bijvoorbeeld bij heftige patiënten problematiek als agressie is tussentijdse intervisie mogelijk.

Tevens is er een maal per zes weken organisatorisch overleg tussen teamleider, manager en psychogeriater over huidige en mogelijke toekomstige uitvoerings-knelpunten en ontwikkelmogelijkheden

Daarnaast worden individuele patiënt/mantelzorg resultaten gemeten met meet instrumenten m.n. de Neuro-psychiatric Inventory en een belasting en competentie schaal; verschillen tussen opname-score en ontslag-score. Op basis van onderzoek mag als norm een gemiddelde reductie van 60% van de ernst van de stemmings- en gedragsstoornissen bij de patiënt gehanteerd worden en 50% reductie van de ervaren belasting bij de mantelzorg. Door de individuele patiënt/ mantelzorg gegevens systematisch te verzamelen en te analyseren kan op basis van objectieve resultaat data en op basis van te verzamelen procesevaluatie gegevens een jaarlijkse analyse gemaakt worden van het functioneren van de afdeling. Een kritisch aandachtspunt is het evalueren van het percentage 'Treatment Fidelity' dat overall boven de 80% moet liggen.

Randvoorwaarden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Uiteraard is het beschikbaar krijgen, hebben en houden van opgeleide professionals (zie hierboven) van wezenlijk belang. Dit vraagt structurele aandacht van het management. Voor het implementeren en uitvoeren van het PG-Revalidatie programma is het daarom belangrijk dat er

inhoudelijk management beschikbaar is op hoger management niveau om het programma beleidsmatig goed in de organisatie te positioneren. Hiertoe is ook regelmatig gestructureerd overleg noodzakelijk over met name de actuele resultaten/ personele aspecten/ supervisie mogelijkheden indien noodzakelijk e.d.. Verder moet de instelling vertrouwd zijn of geraken met onderscheid maken naar diverse doelgroepen, niet alleen wat betreft de uitvoering van de zorg maar ook bij zorgbemiddeling/zorgtoeleiding.

Intensieve samenwerking met ziekenhuis, geriatrische revalidatie, langdurige zorginstellingen, 1^e lijn, thuiszorg en GGZ instellingen, kortom een passend netwerk ontwikkelen en onderhouden is relevant i.v.m. patiënten werving, doorstroming en begeleiding.

Verder helpt het als er een goede werkrelatie is met het CIZ en het Zorgkantoor/Zorgverzekeraar.

Implementatie

Is er een systeem voor implementatie?

St. Wetenschap Balans (via Psy-Ger-On) beschikt over de benodigde expertise om de PG-revalidatie op basis van de IRR-methode te implementeren. De implementatie kan op maat worden toegesneden naar de actuele situatie van de betreffende instelling. Na een gezamenlijke analyse van huidige situatie in termen van mogelijkheden, belemmeringen en doelen wordt een plan van aanpak opgesteld. Veel basis-elementen zijn beschikbaar om toegesneden te worden op de behoeften van de instelling (zie paragraaf materiaal). Daarnaast is er consultancy beschikbaar voor de realisering van het opgestelde plan van aanpak en de daadwerkelijke uitvoering van het programma inclusief supervisie voor de disciplines.

Kosten

Wat zijn de kosten van de interventie zoals de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten?

Het programma is in zijn totaliteit 'winstgevend' te exploiteren. De financiering is gebaseerd op een indicatie mix van DBC; ZZP 9b; ZZP 7; ZZP 5 of 6. Het aantal Fte hangt mede af van de afdelingsgrootte (12/18/of 24 patiënt-plaatsen met of zonder een dagbehandeling er aan verbonden).

Hieronder een voorbeeld van uren behandelaren:

Inschatting benodigde Therapeuten uren per week

Aanname hierbij:

-18 patiënten actief in behandeling en 6 in uitplaatsingsfase (totaal 24 patiënt-plaatsen)

-MDO: 3 uur per week met wisselende vertegenwoordiging van de vak therapeuten en de FT-Logo-Ergo. Diëtist en is op verzoek aanwezig

| | | |
|-----------------------------|---|-------------|
| Psychologie | | |
| (GZ-systeemtherapeut/test): | MDO 3 u +11 u [1.5 u x 2 groepen/ 1 u systeem / individueel/ 4 u testen] | 3 u 14 u |
| PMT: | MDO 1 u + 5 u [1 u x 2 groepen/ 3 u individueel] | 6 u |
| Muziek Therapie: | MDO 1 u + 5 u [1 u x 2 groepen/ 3 u individueel] | 6 u |
| Creatief therapie: | MDO 1 u + 4 u [1 u x 2 groepen/ 2 u individueel] | 5 u |
| Welzijn/SPH: | MDO 3 u + 10.5 u [1.5 u x 3 groepen/ 6 u individueel (deels communicerend met verpleging/verzorging)] | 13.5 u |
| Fysiotherapie: | MDO 1 u + 9 u [1 u x 3 groepen/ 6 u individueel] | 10 u |
| Ergotherapie: | MDO 1 u + 4 u [4 u individueel inclusief huisbezoek] | 5 u |
| Logopedie: | MDO 1 u + 4 u [4 u individueel] | 5 u |
| Diëtetiek: | MDO 0 u + 3 u [3 u individueel] | 3 u |
| Maatschappelijk werk: | MDO 3 u + 8 u [4 u individueel/ 4 u in-uitplaatsing] | 11 u |

2. Onderbouwing

Probleem

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld?

De prevalentie van psychiatrische symptomen als depressie, angst, paranoia en agressie is hoog onder psychogeriatrische patiënten, die lijden aan Mild Cognitive Impairment (MCI) of aan lichte tot matige Dementie. Van de psychogeriatrische patiënten die naar trans- of intramurale verpleeghuiszorg worden verwezen, heeft 80% twee of meer neuro-psychiatrische symptomen, gemeten met de 'neuro-psychiatric inventory' (NPI). [Selbaek, 2008; Bakker, 2005; Aalten, 2005]. Deze multiële neuro-psychiatrische symptomen (MPS) hebben een ongunstige invloed op de patiënten zelf. Het veroorzaakt voor de patiënt psychisch lijden, versnelt de cognitieve achteruitgang en het leidt tot eerdere permanente opname in de langdurige zorg. Daarnaast hebben MPS een negatief effect op het competentiegevoel om met de patiënt om te gaan bij de betrokken mantelzorgers, die zich tevens extra belast voelen.[Van der Lee, 2014; Meiland, 2005; Black, 2004]

Binnen de huidige verpleeghuiszorg worden psychofarmaca, zoals antipsychotica, ondanks hun beperkte werkzaamheid en potentieel schadelijke bijwerkingen, veelvuldig gebruikt als behandeling voor multiële neuro-psychiatrische symptomen.[Selbaek, 2008; Schneeweiss, 2007]. Daarnaast blijkt bijvoorbeeld uit het onderzoek 'Grip op probleemgedrag' van Zwijsen en Smalbrugge (2014) dat bestaande protocollen en benaderingswijzen in de dagelijkse praktijk minder dan 50% worden uitgevoerd.

Grootschalig gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT) naar de effecten van psychotherapeutische interventies op multiële neuro-psychiatrische symptomen bij patiënten met dementie is schaars [Livingston, 2005; Logsdon, 2007; Bird, 2007; Trijsburg, 2005]. Wel zijn er onderzoeken met positief resultaat uitgevoerd naar psychotherapeutische behandeling van enkelvoudige aandoeningen bijvoorbeeld depressie of mantelzorg belasting. Ton Bakker heeft begin 2000 een multidisciplinair psychotherapeutisch revalidatie programma ontwikkeld, op basis van de integratieve reactiverings- en revalidatie (IRR-methode). De behandeling is enerzijds gericht op het verminderen van matig-ernstige MPS bij de psychogeriatrische patiënt en anderzijds op het verminderen van het incompetentie gevoel en de overbelasting van de betrokken mantelzorger. Dit programma is op zijn effectiviteit onderzocht door middel van het uitvoeren van een Randomized Controlled Trial (RCT), ZonMw gefinancierd.

Spreiding

In Nederland hebben circa 250.000 mensen dementie. De komende decennia zal het aantal mensen met dementie verdubbelen. Rond 2050 verwacht men een piek van ruim 500.000 (IGZ, 2013). 7% van de 65-plussers heeft dementie. Bij vrouwen is de kans relatief groter. Hoe ouder, hoe groter de kans op dementie. Boven de 90 jaar lijdt 40% aan dementie. Ook op jongere leeftijd

kunnen mensen pre-seniele dementie krijgen. Naar schatting zijn er 12.000 patiënten met dementie die jonger zijn dan 65 jaar (Alzheimer Nederland, 2013). 70-80% van de mensen met dementie woont thuis en krijgt zorg van hun naaste familie en/of omgeving, de zogenaamde mantelzorgers. Van deze patiënten heeft 80% twee of meer neuro-psychiatrische symptomen, gemeten met de 'neuro-psychiatric inventory' (NPI). [Selbaek, 2008; Aalten, 2005]. Van hen lijdt een deel aan zodanig ernstige neuro-psychiatrische symptomen en de gevolgen ervan o.a. ook voor de mantelzorger dat zij om die reden urgent vaak permanent worden opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld verlopen via een crisisopname in een verpleeghuis of in aansluiting op een ziekenhuisopname of via een vastgelopen geriatrisch revalidatie traject. Om welke precieze aantallen het gaat is tot nu toe niet onderzocht. Deze groep patiënten is in de dagelijkse praktijk nog onvoldoende in beeld; vergelijk het met de aanvankelijke onduidelijkheid over het aantal benodigde geriatrische revalidatie bedden toen gestart werd met de invoering van de Dbc's.

Gevolgen

Het onvoldoende beschikbaar zijn van een multidisciplinair psychotherapeutisch revalidatie programma (en de onderliggende interventies) voor psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers leidt tot grotere psychische (bijvoorbeeld depressie, apathie, angst, agressie), sociale (bijvoorbeeld relatieproblemen, eenzaamheid, uitputting omgeving) en cognitieve (bijvoorbeeld verminderd leervermogen, oriëntatie, praxis) problemen. Daarmee samenhangend leidt dit tot (vroegtijdige) permanente opname in een verpleeghuis (Dröes & Breebaart, 1994; Dröes e.a, 2003; Smits e.a., 2007). Verder blijkt dat 20% van de mantelzorgers zelf ziek is. Nog eens 60% voelt zich matig belast en loopt extra risico op overbelasting (Zwaanswijk e.a., 2009; Alzheimer Nederland, 2013). Uit een recent uitgevoerd review onderzoek blijken deze mantelzorg problemen voornamelijk samen te hangen met de ernst van de multi-pele psychiatrische symptomen van de patiënt (Van der Lee, 2014).

Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Op het moment van diagnostiek in de eerste lijn, bij verwijzing naar een geheugen-poli of naar een vorm van trans- of intramurale verpleeghuiszorg blijkt dat - als er specifieke diagnostiek naar plaatsvindt- de prevalentie en het gezamenlijk voorkomen van multi-pele psychiatrische symptomen, gemeten met de 'neuro-psychiatric inventory' (NPI) hoog te zijn (Bakker, 2011; Aalten, 2005). Hierbij blijken de NPI scores (totaal en per symptoom) relatief onafhankelijk te staan ten opzichte van de cognitieve scores op de MMSE en Barthel Index; zij vormen een aparte dimensie naast de cognitieve stoornissen (Bakker, 2005). Dit vraagt om systematische, gelijktijdige diagnostiek op beide dimensies, hetgeen onvoldoende plaats vindt. Hierdoor wordt de psychogeriatrische patiënt met matig-ernstige neuro-psychiatrische symptomen onvoldoende geïdentificeerd. Aan deze patiënten en hun mantelzorger wordt een gerichte aanpak op basis van geïntegreerde multidisciplinaire psychotherapeutische interventies, aangepast aan de cognitieve

en eventueel lichamelijke problemen van de psychogeriatrische patiënt onthouden. Zeker als warme zorg en belevingsgerichte zorg een te gering effect hebben.

De psychiatrische/psychotherapeutische aanpak is echter nog beperkt beschikbaar hoewel de patiënten met dementie en hun mantelzorgers aangeven dat zij het meest lijden onder de stemmings- en gedragsproblemen en de eerder beschreven gevolgen ervan (Peeters, Alzheimer Nederland, 2013). Daarnaast blijkt uit onderzoek onder verzekeraars dat hoe meer psychiatrie in de psychogeriatrische zorg verstrekt wordt des te lager de kosten zijn met name door het kleinere totaal aantal opname dagen (VGZ onderzoek, 2012)

Aan te pakken factoren

Welke factoren pakt de interventie aan?

Naast de reguliere multidisciplinaire verpleeghuiszorg richt PG-Revalidatie zich door middel van integratieve psychotherapeutische interventies op de behandeling van de multipele psychiatrische symptomen van de patiënt en op de ervaren overbelasting en incompetentie gevoelens van de mantelzorger. Het cognitief, sociaal en lichamelijk functioneren (subdoelen) van de patiënt wordt hierbij geoptimaliseerd. Voor de (tijdige) identificatie van de psychogeriatrische patiënten is een instrumentarium ontwikkeld bestaande uit drie meetinstrumenten (NPI, MMSE, BI) aangevuld met een klinische blik. Deze zijn goed bruikbaar in de eerste lijn, op een polikliniek, in het ziekenhuis en bij geriatrische revalidatie. Hiermee wordt de onderdiagnostiek terug gedrongen en als gevolg van de revalidatie neemt de problematiek van de patiënt (gem: 60%) en de mantelzorger (50%) tot 6 mnd na ontslag gemeten aanzienlijk af.

Inmiddels is het Gedragsconsulentschap ontwikkeld. Het betreft een verpleegkundige, die in een jaar tijd wordt opgeleid in het signaleren van neuro-psychiatrische symptomen, het inzetten van voor de verpleging uitgewerkte interventies uit de IRR-methode, het evalueren van de effecten en het inschakelen van GZ-psycholoog of Specialist ouderengeneeskunde waar nodig. De gedragsconsulent wordt onder andere ingezet bij ontslag begeleiding, op de geheugen poli, in de eerste lijn en in de langdurige zorg in het verpleeghuis.

Een verdere ontwikkeling is een 'Stepped Care' methode, bestaande uit de volgende vier stappen:

Stap 1 Presentie, empathie en respect in het contact (Basis benadering)

Stap 2 Persoon georiënteerde " Rust, Reinheid en Regelmaat" dagindeling (Basis dagbesteding)

Stap 3 Belevingsgerichte benadering op basis van Realiteitsbenadering, Validation en Snoezelen

Stap 4 Multidisciplinaire integratieve psychotherapeutische interventies op basis IRR-methode.

Hiermee is een stap voor stap afgestemd op de ernst opschaling mogelijk met betrekking tot interventies op multipele neuro-psychiatrische symptomen bij de patiënt en de ervaren belasting en competentie van de mantelzorger (zie bijlage 1: 'Stepped Care').

Verantwoording

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Allereerst hebben we onderzoek gedaan naar de prevalentie en de aard van de stemmings- en gedragsproblemen bij dementie en de manier van samenhang met de andere aspecten van dementie met name cognitie (geheugen en adl). Hieruit bleek dat de MPS een eigen dimensie vormden met slechts een zwakke relatie met cognitie. (Bakker, 2005) Vervolgens is gekeken naar literatuur met betrekking tot de behandeling van MPS of specifieke beelden daarin. Het bleek dat er meerdere onderzoeken waaronder reviews waren uitgevoerd met positief resultaat van psychotherapeutische interventies, maar deze waren van een enkelvoudig opzet namelijk behandeling van een (1) beeld bijvoorbeeld depressie of angst. (onder andere: Livingston, 2005; Scholey, 2003; Counsell, 2000 en Gaugler, 2008) Het leek gerechtvaardigd op basis van deze bevindingen en onze klinische ervaring de stemmings- en gedragsproblemen bij dementie te beschouwen als psychiatrische fenomenen, weliswaar gekleurd door de dementie en andere (somatische) aandoeningen die veelvuldig voor komen bij kwetsbare ouderen. Tevens namen wij aan dat deze psychiatrische fenomenen in principe gevoelig waren voor psychotherapeutische interventie. Uit ander onderzoek van Logsdon (2007), een grote review naar de effecten van psychologische (inclusief vak therapeutische) interventies en hun werkzame ingrediënten kwam naar voren dat de interventies persoon-georiënteerd dienden te zijn en gericht op de oplossing van functionele problemen. Het werk van Trijsburg toonde aan dat veel psychotherapeuten in de praktijk gebruik maakte van diverse type interventies binnen een zitting; hij pleitte ervoor om vooraf te bepalen welke mix bij bepaalde problematiek de therapeut wilde toepassen.

Bovenstaande bevindingen en gevolgtrekkingen hebben de IRR-methode gevormd. Er wordt een persoon georiënteerde functionele probleem analyse gemaakt op zes levensgebieden (DSA-dimensies) op basis van schriftelijke, observationele en therapeutische informatie in afstemming met de patiënt en mantelzorger. Hieraan worden GAS scores gehangen voor de ernst en het te behalen doel. Vervolgens worden hierbij passende psychotherapeutische interventies geselecteerd, waarbij rekening gehouden wordt met de beperkingen en mogelijkheden op de andere dimensies. Tevens worden de therapeuten geselecteerd. Dit alles wordt vastgelegd in een GAS-interventie plan. Dit plan wordt wekelijks op zijn voortgang besproken met de patiënt en tussen de professionals onderling, waaruit indien gewenst bijstelling kan voort komen.

Alvorens een RCT uit te voeren is door ons in een observationele studie onderzocht of deze aanpak positieve resultaten opleverde. Er is gekeken naar overleving en naar de (psychiatrische) voorspellers voor ontslag bij 104 patiënten die de behandeling hadden doorlopen. De bevindingen waren indicatief positief. Hierna is besloten een RCT uit te voeren met reguliere voornamelijk belevingsgerichte multidisciplinaire verpleeghuiszorg als controle groep.

Hierbij werden significante positieve, klinisch relevante effecten gevonden.

Multidisciplinaire psychotherapeutische interventies volgens de integratief reacterings- en rehabilitatie (IRR)-methode bleken twee maal effectiever dan de reguliere multidisciplinaire belevingsgerichte verpleeghuiszorg zowel bij de behandeling van multi-pele psychiatrische

symptomen van psychogeriatrische patiënten als voor de belasting en competenties van de mantelzorgers. De effecten waren zes maanden na beëindiging van het programma nog steeds aanwezig en bij de mantelzorgers zelfs toegenomen. De grootte van de verschillen was van een matige tot grote klinische relevantie; de bewijskracht was matig (op 1 na hoogste niveau) volgens de 'GRADE'-methode, die bewijskracht indeelt in de niveaus hoog, matig, laag en zeer laag..

3. Onderzoek

3.1 Onderzoek naar de uitvoering en literatuur

Samenvatting:

Bakker, TJEM. Development and testing of an Integrative Reactivation and Rehabilitation programme for psychogeriatric patients and their caregivers, 2011

Hierin staan de samenvattingen van de afzonderlijke artikelen.

Zie bijlage 2.

Afzonderlijke artikelen:

Bakker TJEM. Palliative care in chronic psycho-geriatrics: A case-study. Patient Education and Counseling, 2000; 41, 107-113.

Bakker TJEM., Duivenvoorden HJ, Schudel WJ. Psycho-geriatric reactivation in a psychiatric- skilled nursing home; a clinical-empirical exploration. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16, 1-6.

Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Lee J van der, Schudel, W.J.. Life-expectancy following Psychogeriatric Reactivation: Identification of prognostic characteristics of survival assessed on admission, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2004; 18, 24-31.

Bakker TJEM, Trijsburg RW, Lee J van der, Duivenvoorden HJ. Prevalence of psychiatric function disorders in psychogeriatric patients at- referral to nursing home care; the relation to cognition, activity of daily living and general details. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2005 vol./is. 20/4(215-24), 1420-8008.

Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Lee J van der, Olde Rikkert MGM, Beekman ATF, Ribbe MW. Prognostic factors for a favourable long-term outcome from an integrative psychotherapeutic nursing home programme. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2012; 32: 318-331.

3.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

a) Integratief reactiverings- en rehabilitatie-methode (IRR) voor psychogeriatrische patiënten; gunstig effecten, ook op de mantelzorgers

Doel: De effectiviteit onderzoeken van een integratief reactiverings- en rehabilitatie(IRR)-programma op de ernst van multiële (neuro-)psychiatrische symptomen bij patiënten en op de belasting van hun mantelzorgers.

Methode: Open RCT. Van de 168 deelnemers ontvingen 81 het IRR-programma en 87 reguliere zorg. Inclusiecriteria waren: a) een dementie, een amnestische of een andere cognitieve stoornis (DSM-IV); b) score ≥ 3 op de 'Neuropsychiatric Inventory' (NPI); c) Mini-mental state examination-score ≥ 18 en ≤ 27 ; d) Barthel-index ≥ 5 en ≤ 19 .

Primaire uitkomstmaten waren het aantal en de ernst van multiële neuropsychiatrische symptomen, gemeten met de NPI. Van de mantelzorgers werden de belasting en competentie gemeten.

Metingen vonden plaats bij inclusie (T1), aan het eind van de behandeling (T2) en 6 maanden daarna (T3). Cohen's d (Cd) werd berekend voor gemiddelde verschillen en er werd 'random regression modelling' (RRM) toegepast.

Resultaten: Aan het eind van de behandeling (T2) waren de symptomen sterker afgenomen in de IRR-groep dan in de controlegroep, zowel in aantal (verschil in NPI-score: 1,31; Cd: -0,53) als in ernst (11,16; Cd: -0,53). De algemene belasting en emotionele belasting van de mantelzorgers waren statistisch significant lager en in de IRR-groep was hun competentie sterker toegenomen. 6 maanden na het einde van de behandeling (T3) was het effect op de patiënten nog wel meetbaar, maar na correctie niet langer statistisch gecorrigeerd significant; de effecten bij de mantelzorgers waren verder toegenomen. Dit werd bevestigd met RRM.

Conclusie: IRR was effectiever dan reguliere belevingsgerichte zorg in het verminderen van zowel multiële neuro-psychiatrische symptomen als de belasting van mantelzorgers. De competentie van mantelzorgers in de IRR-groep nam significant sterker toe. Wij bevelen aan om integratieve psychotherapeutische behandelmethoden op te nemen in de reguliere verpleeghuiszorg.

Gebaseerd op:

Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Lee J van der, Olde Rikkert MGM, Beekman ATF, Ribbe MW. Integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden; a Randomized Controlled Trial (Trial registration nr.: 13650004); American Journal Geriatric Psychiatry 2011, 19,6: 507-20.

Effectmodificatie van een integratief psychotherapeutisch verpleeghuiszorgprogramma (IRR) om multiple psychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten en de belasting van mantelzorgers te verminderen: een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek

Doel: Het is van klinisch belang om te onderzoeken of met name de lange termijn effecten van IRR beïnvloed worden door de bij de start van het onderzoek gemeten ernst van de cognitieve functiestoornissen bij de patiënt (met name het geheugen, de zelfzorg) en/of het type dementie, met name vasculaire of alzheimer dementie. De vraagstelling binnen dit klinisch-empirische onderzoek was te onderzoeken of de lange termijn effecten van IRR op de belangrijkste twee uitkomstvariabelen (ernst van de multiple psychiatrische symptomen van de patiënt en de algemene belasting van de mantelzorger) werden beïnvloed door de ernst van de cognitieve functiestoornissen (geheugen en zelfzorg) en/of door type dementie (vasculair of alzheimer) en in welke mate hiervan sprake was.

Metingen: De primaire uitkomstvariabele was de ernst-score op de NPI van de patiënt. De NPI was afgenomen bij de mantelzorger. De secundaire uitkomstvariabelen waren de belasting van de mantelzorger en het cognitief functioneren. De metingen vonden plaats bij start onderzoek (T1) en zes maanden na einde behandeling (T3). *Statistische analyse:* Om de gemiddelde verschillen te berekenen werd gebruik gemaakt van Cohen's-d (C-d). Om de verbeteringen op de MPS en de belasting van de mantelzorg op de lange termijn te kunnen voorspellen werd gebruik gemaakt van multiple lineaire regressie.

Het kwadraat van de multiple correlaties (MR^2) werd gebruikt als maat voor de model performance.

Resultaten: Zes maanden na einde behandeling bleek er een significant gunstig effect op de ernst van MPS bij psychogeriatrische patiënten (9.91 lager dan in de reguliere zorg). De algemene belasting van de mantelzorger was 24.76 lager, significant in het voordeel van IRR. De lange termijn effecten van IRR op zowel de ernst van de MPS van de patiënt, als de algemene belasting van de mantelzorger, werden niet significant beïnvloed door de ernst van de cognitieve functiestoornissen of het type dementie van de patiënt.

Conclusie: De significant gunstige effecten van IRR in vergelijking met de reguliere zorg werden niet beïnvloed door ernst of type cognitieve stoornis. Dit betekent dat de gunstige effecten van IRR op de ernst van de multiële psychiatrische symptomen van de patiënt en de belasting van de mantelzorg van toepassing zijn op een brede groep psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers. Wellicht kan een bredere doelgroep (psycho)geriatrische patiënten profiteren van IRR, met name patiënten lijdend aan ernstigere functiestoornissen (MMSE \geq 12) of andere type cognitieve stoornissen (bijv. CVA-gerelateerd of na een ongeval). Het gaat hier om een belangrijke en klinisch relevante bevinding, omdat beide problemen in de top drie staan van de door dementiepatiënten en hun mantelzorgers als meest ernstig ervaren problemen. Al het beschikbare bewijs overziend, zouden reguliere (inter)nationale extra- en intramurale verpleeghuiszorg en mogelijk ook andere zorgvoorzieningen, integratieve psychotherapeutische behandeling in hun aanbod moeten opnemen. Hetzelfde geldt voor opleidingsprogramma's voor de diverse betrokken disciplines.

Gebaseerd op:

Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ., Lee J van der, Olde Rikkert MGM, Beekman ATF, Ribbe, MW. Effect modification of an integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens; a randomized controlled trial. Proefschrift, VUmc, 2010, Amsterdam.7,pag. 135-145

Baat van een integratief psychotherapeutisch verpleeghuisprogramma (IRR) om multiële psychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten en de belasting van mantelzorgers te verminderen zes maanden na einde behandeling; een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek

Doel: Voor de lange termijn (zes maanden follow-up) is berekening relevant van het percentage psychogeriatrische patiënten en mantelzorgers bij wie sprake is van een klinisch-relevante verbetering na IRR in vergelijking met de reguliere zorg. Verder biedt het gebruik van een 'intention-to-treat' (ITT)-strategie de mogelijkheid om 'risk ratio's' (RR's) en het aantal patiënten 'needed to treat' (NNT's) te berekenen, waardoor een vergelijking kan worden gemaakt met andere interventies. Uiteindelijk kan een 'complete cases analysis' (CC) een meer realistisch beeld opleveren van de werkzaamheid van IRR in vergelijking met de reguliere zorg. Een dergelijke analyse is relevant bij een relatief hoge uitval en dit is een bekend fenomeen in

het ouderenonderzoek. In het geval dat er tussen de twee condities in het onderzoek geen significante verschillen in uitval zijn, kunnen de resultaten van een CC-analyse een preciezere schatting geven van het potentiële profijt van IRR. Immers alleen de patiënten en mantelzorgers die het IRR-programma in zijn geheel hebben doorlopen profiteren ten volle van de aangeboden interventies. In deze her-analyse werd in navolging van Cummings een minimaal klinisch relevante verbetering gedefinieerd als een verbetering van meer dan 30% ten opzichte van de startwaarde van de primaire uitkomstvariabele. In dit onderzoek was dit de NPI-score, afgenomen bij de mantelzorger. In het algemeen, maar ook in dit onderzoek komt dit overeen met een halve standaard deviatie ten opzichte van de startwaarde. De doelstelling van dit klinisch-empirische onderzoek was een her-analyse van de data uit de RCT met betrekking tot de lange termijn effecten van IRR in vergelijking met de reguliere zorg. Deze her-analyse betrof de percentages klinisch-relevant verbeterde patiënten en mantelzorgers, resp. met betrekking tot psychiatrische symptomen en belasting.

Metingen: De primaire uitkomst variabele: verandering in MPS, gemeten met behulp van de NPI, zes maanden na einde behandeling. Secundaire uitkomstvariabelen: belasting en competenties van mantelzorgers, resp. gemeten met de NPI-emotionele belasting, Algemene belasting en Gevoel van Competentielijst. De metingen vonden plaats bij start onderzoek (T1) en zes maanden na einde behandeling (T3). **Statistiek:** Een 'intention-to-treat' analyse van RR's (incl. NNT's) en een 'complete cases analysis' (CC) van OR's, gebaseerd op het percentage verbeterde patiënten en mantelzorgers (≥ 0.5 sd van de startwaarde).

Resultaten: IRR had een significant positief effect op het NPI-cluster hyperactiviteit (RR 2.64; 95% CI: 1.26 tot 5.53; NNT: 4.07). Bij psychogeriatrische patiënten die het IRR-programma helemaal hadden doorlopen kwamen de resultaten nog duidelijker naar voren, met significante OR's van 2.80 op het totaal aantal NPI-symptomen en 3.46 op de NPI-totale ernst-score. IRR leidde tot bij 76% van de patiënten tot een significante klinische verbetering.

Met betrekking tot de secundaire uitkomstvariabele belasting van de mantelzorger bleek de kans op verbetering op de competenties van mantelzorgers significant hoger bij IRR (RR 2.23; 95% CI: 1.07 to 4.62; NNT 5.07). In de 'complete cases analysis' wezen de OR's van de percentages verbeterde mantelzorgers op een significant gunstig effect van IRR. Het ging hier om de emotionele belasting, de algemene belasting en de competenties (range OR's: 2.40 tot 4.18); met hoge percentages klinisch-relevant verbeterde mantelzorgers tot 71%.

Conclusie: Zes maanden na einde behandeling leidde IRR tot een significant hogere kans op klinisch-relevante verbetering van multiple psychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten die lijden aan cognitieve stoornissen of dementie. Een relatief kleine NNT (vier) bleek nodig. De resultaten (76% verbeterde patiënten) kwamen duidelijker naar voren bij patiënten die het IRR-programma volledig hadden doorlopen. Hetzelfde gold voor de hogere kans op verbetering in IRR van de aan de NPI gerelateerde belasting, de algemene belasting en de competenties van de mantelzorger (NNT van vijf en voor degenen die het gehele programma volgden 71% verbeterde mantelzorgers). Vergelijken met donepezil (NNT: 10), memantine (NNT: 3-8) en cognitieve gedragstherapie (NNT: 5-10) waren de NNT's van IRR laag. In de nabije toekomst is het wenselijk het IRR-programma elders te implementeren. Op deze manier kunnen de integratieve psychotherapeutische interventies van het IRR-programma elders tot de behandelroutine gaan behoren.

Gebaseerd op:

Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ., Lee J van der, Olde Rikkert MGM, Beekman ATF, Ribbe, MW. Benefit of integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden after six months of follow-up; a re-analysis of a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 2013 25(1):34-46.

Economische evaluatie van een integratief psychotherapeutisch verpleeghuisprogramma (IRR) om multiple psychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten en de belasting van mantelzorgers te verminderen; een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek

Doel: Los van gunstige klinische effecten van een behandeling is het ook van belang een analyse te maken van de hieraan verbonden economische aspecten. In dit artikel rapporteren wij de resultaten van een economische analyse van een RCT, waarin IRR werd vergeleken met reguliere multidisciplinaire (verpleeghuis)zorg. De twee doelstellingen van deze economische analyse waren de kosten-baten-analyse en de kosteneffectiviteit, van respectievelijk IRR in vergelijking met reguliere zorg (UC), berekend op basis van zes uitkomstvariabelen.

Metingen: De primaire uitkomstvariabele was de verandering in de met de NPI gemeten MPS van de patiënt zes maanden na einde behandeling. Secundaire uitkomstvariabelen: algemene

belasting van de mantelzorger (CB), competentie van de mantelzorger (CCL), cognitief functioneren (MMSE), zelfzorg (BI) en kwaliteit van leven (EQ5D) van de patiënt. Metingen vonden plaats op het moment van de intake (T1) en zes maanden na einde behandeling (T3). Kostenmetingen vonden vanaf de inclusie-datum (T0) achtereenvolgens plaats en hadden steeds betrekking op de voorafgaande vier weken (TiC-P). De (kosten)effectiviteits-analyse besloeg het interval tussen start behandeling (T1) en de onderzoek duur tot 40 weken.

Statistiek: De Monte Carlo Markov Chain (MCMC) benadering om te corrigeren voor ontbrekende waarden. De kosten-baten analyse werd gemaakt door het verschil in directe, per patiënt gemaakte medische kosten van IRR respectievelijk UC te vergelijken met het verschil in verworven levensjaren met een goede kwaliteit ('Quality Adjusted Life Years'; QALY). Op basis hiervan werd een berekening gemaakt van de kosten per geschatte QALY.

Een 'Complete case analysis' (CC) werd gebruikt om verschillen in totale kosten te vergelijken, gecombineerd met verschillen in effecten, uitgedrukt in een zogenoemde Incremental Cost-Effectiveness Ratio; ICER.

Resultaten: Bij toepassing van multi-pele imputatie (MI) bleek IRR na 40 weken significant duurder (medische kosten) dan UC; de kosten van IRR waren € 4.572,-- (€ 53,-- per dag) hoger dan die van UC (95%: betrouwbaarheidsinterval: 364.21 tot 8797.76). Tegelijkertijd was het aantal QALY's 0.02 lager (niet-significant) bij IRR (95% betrouwbaarheidsinterval:-0.10 tot 0.05). Dit betekent dat in de MI-analyse UC na 40 weken eenzelfde aantal QALY's kon realiseren, weliswaar tegen significant lagere kosten.

Volgens de ICER-methode bleek IRR significant effectiever met betrekking tot de NPI-totale ernst-score (€ 320,-- per punt), algemene belasting (€ 130,-- per punt) en competentie van de mantelzorger (€ 540,-- per punt). Gebaseerd op de 'complete cases'-analyse, bleek verder dat, los van type behandeling, verbeterde patiënten, met betrekking tot ernst van de psychiatrische symptomen, significant hogere kosten hadden gemaakt. De mate van verbetering was omgekeerd evenredig gerelateerd aan de hoogte van de kosten. Hierbij was tegelijkertijd sprake van een relatief hoger aantal verbeterde patiënten en mantelzorgers in de IRR-conditie.

Conclusie: Wat betreft QALY's werden er geen verschillen gevonden, terwijl in IRR de totale medische kosten van psychogeriatrische patiënten significant hoger waren. Er moet worden opgemerkt dat een mogelijk voordeel ten gevolge van het niet meenemen van de niet-

medische kosten en eventueel verlaagde zorgkosten van de mantelzorger hierin niet is meegenomen.

In tegenstelling tot de QALY-benadering bleken de psychogeriatrische patiënten die het gehele IRR-programma gevolgd hadden, significant te verbeteren wat betreft gemiddelde scores op de primaire uitkomstvariabele multipele psychiatrische symptomen van de patiënt en op de secundaire uitkomstvariabelen, algemene belasting van de mantelzorger en competentiegevoel van de mantelzorger, met ICER's tussen de € 130,-- en € 540,--. Het grote verschil tussen de QALY- en ICER-benadering vraagt om verder onderzoek naar de validiteit van de EQ5D bij interventiestudies met psychogeriatrische patiënten. Al het beschikbare bewijs overziend, zijn de surplus kosten van IRR acceptabel, gelet op de positieve effecten op de hoge sociaal-economische kosten die verbonden zijn aan het lijden aan multipele psychiatrische symptomen door psychogeriatrische patiënten en de hoge belasting bij hun mantelzorgers.

Gebaseerd op

Hakkaart-van Roijen L, Bakker TJEM, Lee J van der, Duivenvoorden HJ, Ribbe MW, Huijsman R. 'Economic evaluation alongside a singel RCT of an intergrative psychotherapeutic nursing home programma. BMC Health Services Research. 2013; doi: 10.1186/1472-6963-21-370.

3.3 Praktijkvoorbeeld

Casus zie bijlage 3.

In deze bijlage wordt een casus beschreven in een context waarbij de stappen in het revalidatieproces worden geïllustreerd door de casus.

Bakker TJEM, Lee J van der. Integratieve reactivering en rehabilitatie (IRR). Een revalidatieprogramma voor kwetsbare ouderen, lijdend aan multipele psychiatrische functiestoornissen, en hun mantelzorgers. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde; 2009, nr 34 (1), pag. 24-28.

4. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van de interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden?.

Wat vormen nu de belangrijkste effectieve ingrediënten van psychogeriatrische revalidatie op basis van de IRR-methode?

In de (review)literatuur worden de volgende ingrediënten aangemerkt als cruciale factoren voor het bereiken van gunstige effecten op de multipale neuro-psychiatrische symptomen in de (psycho)geriatrie: persoon georiënteerd, probleemoplossend theoretisch kader, integratie van psychotherapeutische deeltechnieken, een optimistische houding, gecombineerde behandeling van patiënt én mantelzorg, een multidisciplinaire benadering en een strenge methodologische opzet.

1 Mede op basis van deze literatuur denken wij dat ten eerste de gecombineerde toepassing van bekende probleemoplossingsgerichte psychotherapeutische strategieën voor de positieve effecten verantwoordelijk is. Gedragstherapie werd het vaakst ingezet, bij 77 patiënten (94,9%), gevolgd door counseling bij 64 patiënten (79,5%) en begeleiding bij 54 patiënten (66,6%). Van de mantelzorgers maakte 38,5% (n = 31) gebruik van systeemtherapie.

2 Ten tweede denken wij dat het van belang is het interventieplan in grote mate op de individuele patiënt toe te snijden; wij deden dit op basis van 6 dimensies. De grote invloed van een persoon georiënteerde benadering wordt in reviews onderschreven. Ook in ons onderzoek bleek dat bij deze persoon georiënteerde benadering een relatief laag niveau van cognitief functioneren geen negatieve invloed had op de effecten van IRR.

3 Ten derde is er bij de IRR-methode sprake van een gecombineerde behandeling van patiënt en mantelzorg door hetzelfde getrainde multidisciplinaire team

4 Als laatste ingrediënt noemen wij de methodische toepassing binnen de psychogeriatrische revalidatie van de IRR-methode, met wekelijkse monitoring van behandel-effecten met behulp van de gestandaardiseerde 'Goal Attainment Scaling'-methode.

5. Aangehaalde literatuur

- 1 Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Van der Lee J, Trijsburg RW. Prevalence of psychiatric function disorders in psychogeriatric patients at referral to nursing home care: the relation to cognition, activities of daily living and general details. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005;20:215-24.
- 2 Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:528-36.
- 3 Aalten P, De Vugt E, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: Relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:531-6.
- 4 Meiland FJ, Kat MG, van Tilburg W, Jonker C, Dröes RM. The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference? *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2005;19:195-201.
- 5 Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr*. 2004;16:295-315.
- 6 Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ*. 2007;176:627-32. Erratum in: *CMAJ*. 2007;176:627-32.
- 7 Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1996-2021.
- 8 Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychol Aging*. 2007;22:28-36.
- 9 Bird M, Llewellyn-Jones RH, Korten A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr*. 2007;19:874-91.
- 10 Trijsburg RW, Colijn S, Holmes J. Psychotherapy Integration. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (red). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 95-107.
- 11 Bakker TJEM. Palliative care in chronic psycho-geriatrics. A case-study. *Patient Educ Couns*. 2000;41:107-13.
- 12 Rockwood K, Joyce B, Stolee P. Use of Goal Attainment Scaling in measuring clinical important change in cognitive rehabilitation patients. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:581-8.
- 13 Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein JI. The neuropsychiatric Inventory, comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14.
- 14 Van Exel NJ, Scholte op Reimer WJ, Brouwer WB, van den Berg B, Koopmanschap MA, van den Bos GA. Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clin Rehabil*. 2004;18:203-14.
- 15 Teunisse S. *Clinimetrics in dementia [dissertatie]*. Enschede: PrintPartners Ipskamp; 1997.
- 16 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.

- 17 De Haan R, Limburg M, Schuling J, Broeshart J, Jonkers L, Van Zuylen P. Klinimetrische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. Ned Tijdschr Geneeskd. 1993;137:917-21.
- 18 Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139:1136-9.
- 19 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2e dr) Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- 20 Hedeker D, Gibbons RD. Application of random-effects pattern-mixture models for missing data in longitudinal studies. Psychol Methods. 1997;2:64-78.
- 21 Muskens JB, Noy J, Verburg M. Progressie van dementie en opname. Een exploratief longitudinaal onderzoek. Huisarts Wet. 1992;35:490-7.
- 22 Van Gelder BM, Tjihuis MAR, Kalmijn S, Giampaoli S, Kromhout D. Decline in cognitive functioning is associated with a higher mortality risk. Neuroepidemiology. 2007;28:93-100.
- 23 Scholey KA, Woods BT. A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: A description of techniques and common themes. Clin Psychol Psychother. 2003;10:175-85.
- 24 Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. J Am Geriatr Soc. 2000;48:1572-81.
- 25 Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. J Am Geriatr Soc. 2008;56:421-8.
- 26 Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review Jacqueline van der Lee · Ton J.E.M. Bakker · Hugo J. Duivenvoorden · Rose-Marie Dröes Ageing research reviews 05/2014; 15(1). DOI:10.1016/j.arr.2014.03.003 ·
- 27 Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Lee J van der, Olde Rikkert MGM, Beekman ATF, Ribbe MW. Integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden; a Randomized Controlled Trial (Trial registration nr.: 13650004); American Journal Geriatric Psychiatry 2011, 19,6: 507-20.
- 28 Bakker TJEM, Lee J van der. Integratieve reactivering en rehabilitatie (IRR). Een revalidatieprogramma voor kwetsbare ouderen, lijdend aan multiple psychiatrische functiestoornissen, en hun mantelzorgers. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde; nr 34 (1), pag. 24-28.
- 29 Peeters J, van Beek S, Francke A. Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma, Utrecht: NIVEL, 2007a.
- 30 Peeters J, Francke A, van Beek S, Meerveld J. Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting? Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma, Utrecht: NIVEL, 2007b.
- 31 Jan Vuister, Lineke Kleemans, Marja Flaming; Betere zorg aan huis bij dementie, Medisch Contact Nr. 42 - 19 oktober 2012 2352-2354

32 VGZ, Rapportage onderzoek zorgkostenmonitor dementie (Zorgkantoren) Nijmegen, Coöperatie VGZ; 2012

33 Bakker, TJEM. Summary: Development and testing of an Integrative Reactivation and Rehabilitation programme for psychogeriatric patients and their caregivers, 2011

34 Bakker TJEM. Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden; Proefschrift VUmc, 2010. Amsterdam.

Bijlage 1 - 'Stepped Care' in de psychogeriatric

Inleiding

'Stepped Care' is een methode om bewezen effectieve interventies afgestemd op de ernst van de aandoening of het beeld of symptomen complex van de patiënt, in de dagelijkse behandelpraktijk in te zetten c.q. te indiceren. De 'stepped Care' methode is vooral bekend van het gebruik in de psychiatrie o.a. bij depressieve- en angstbeelden. De binnen 'stepped care' in te zetten effectieve interventies kennen veelal een oplopende gradiënt van intensiteit en complexiteit. In financiële zin laten ook de kosten een oplopende tendens zien. Idealiter ontstaat er een keuzemodel voor optimale kosteneffectieve behandeling van een patiënt, gerelateerd aan de ernst van de aandoening van de patiënt (en zijn/haar systeem).

Er bestaan in principe twee hoofdvarianten in het toepassen van de 'stepped care' methode. De oorspronkelijke variant gaat uit van een standaard aanpak. Iedereen die lijdt aan een bepaalde aandoening en bij wie de diagnose is gesteld krijgt de eerste, minst intensieve, interventie aangeboden. Voor een deel van de patiënten zal dit niet voldoende zijn. Voor wie dit niet volstaat, wordt de volgende stap gezet. Deze patiënten krijgen een meer intensieve interventie aangeboden. Ook dit zal voor een deel van de patiënten voldoende zijn, maar voor een aantal niet. De laatste groep krijgt de meest intensieve, daaropvolgende interventie aangeboden, etc. Het aantal stappen is natuurlijk eindig en verschilt per aandoening. Een andere, nieuwere 'personalised' variant gaat uit van 'just in time' d.w.z. de best passende effectieve interventie in te zetten, afgestemd op de ingeschatte ernst van de te behandelen aandoening. Uiteraard komen in de dagelijkse praktijk hybride vormen voor van de twee hoofdvarianten.

De principes zijn op zich helder en eenvoudig. Echter voor het in de praktijk toepassen van 'stepped care' is voldoende kennis, kunde en inzicht betreffende de aandoening / het beeld / het symptomen complex en de beschikbare effectieve interventies noodzakelijk, zowel in wetenschappelijk als praktisch operationele zin. Het stellen van de diagnose, op ziekte- en / of functieniveau, het inschatten van de ernst, het beschikbaar zijn van effectieve interventies met indeling naar intensiteit, het kunnen monitoren van de klinisch relevante effecten en verbeteringen met geschikte meetinstrumenten, het kennis hebben van de optimale schakelmomenten (de 'Steps') zijn belangrijke succesbepalende aspecten.

(Neuro-) psychiatrische symptomen in de psychogeriatric

Inmiddels zijn er veel data beschikbaar over (neuro-) psychiatrische symptomen (onbegrepen gedrag) bij kwetsbare ouderen en in het bijzonder bij kwetsbare ouderen lijdend aan cognitieve stoornissen, waaronder dementie. De laatste groep vormt ongeveer de helft van de groep kwetsbare ouderen. In 2050 wordt het aantal ouderen met dementie op 250.000 geschat. De totale groep kwetsbare ouderen wordt in 2030 ingeschat op 1 miljoen. Dit is +/- een kwart van alle 65-plussers.

De prevalentie van (neuro-) psychiatrische symptomen bij dementie is 92% lijdend aan ≥ 1 symptoom en 82% ≥ 2 symptomen. Van de kwetsbare ouderen zonder cognitieve stoornissen zijn geen prevalentie cijfers bekend, maar bij mensen met een CVA of andere cardiovasculaire aandoening heeft circa 40 % last van depressieve symptomen. Dit percentage geldt eveneens van ouderen opgenomen voor langdurige zorg op een somatische verpleeghuis afdeling. Het is duidelijk dat het lijden aan (neuro-) psychiatrische symptomen een omvangrijke en klinisch relevante problematiek betreft bij kwetsbare ouderen. Het beschrijven van de stand van zaken van de haalbaarheid tot 'stepped care' bij kwetsbare ouderen lijdend aan cognitieve stoornissen, met name dementie is een zinvolle stap, gevolgd door het verkennen van de noodzakelijke stappen voor het toepassen van deze methodiek .

'Stepped Care' en cognitieve stoornissen inclusief dementie

- Diagnostiek en Monitoring –

Zoals eerder beschreven komen (neuro-) psychiatrische symptomen frequent voor bij cognitieve stoornissen. Circa 92% van kwetsbare ouderen lijdend aan dementie hebben last van een of meer (neuro-)psychiatrische symptoom; circa 82% van twee of meer symptomen. Het gaat hierbij vaak om multipele (neuro-) psychiatrische symptomen (MPS), die bij de patiënt ook nog kunnen wisselen in de loop van het dementieproces. De MPS veroorzaken naast lijdenslast bij de patiënt zelf eveneens problemen bij de mantelzorg in termen van overbelastingen en een in competentie gevoel. De (neuro-) psychiatrische symptomen zijn de belangrijkste bepalers van de mantelzorgproblemen.

De (neuro-) psychiatrische symptomen vallen deels samen met DSM-V classificaties maar staan ook deels op zichzelf als (neuro-) psychiatrische functiestoornis(sen).

In het kader van 'stepped care' zijn deze klinisch zeer relevante multipele psychiatrische symptomen te diagnosticeren met de Neuropsychiatry Inventory (NPI), zoals ontwikkeld door Cummings in begin jaren '90. De NPI omvat twaalf symptomen, waarbij tevens de frequentie en de ernst kunnen worden gescoord. Daarnaast kan de mate van ervaren belasting van de mantelzorger en/of van de verzorgende worden aangegeven. Er is inmiddels veel wetenschappelijk onderzoek met dit meetinstrument verricht. Dit heeft geleid tot inzicht in de mogelijkheid tot inschatting van diverse ernst categorieën maar ook tot monitoring van de effecten van interventies zowel bij de patiënt zelf als de mantelzorg. Klinisch relevante verbetering d.w.z. verbetering die in de praktijk te merken is, ligt bij $\geq 30\%$ verbetering t.o.v. de baseline (start / 1e meting) waarde. Met de NPI zijn belangrijke voorwaarden van 'stepped care' wat betreft diagnostiek, inschatting van de ernst en de effectmonitoring beschikbaar gekomen.

- Effectieve interventies –

Het is gebruikelijk onderscheid te maken naar 'Niet Medicamenteuze (NMI)' en 'Medicamenteuze [= psychofarmaca]' interventies (MI). Binnen beide type interventies wordt onderscheid gemaakt naar verschillende onderverdelingen/ categorieën. In bijna alle richtlijnen wordt aangegeven dat eerst NMI's dienen te worden ingezet alvorens MI's worden toegepast. Dit heeft het grote voordeel dat MI's in principe gericht kunnen worden voorgeschreven omdat meer relevante informatie over de aard van de (neuro-) psychiatrische aandoeningen bekend is vanuit de NMI('s). De NMI's voor multipelen (neuro-) psychiatrische symptomen zijn in oplopende intensiteit van psycho-sociaal interventie onder te verdelen in vier niveaus.

Het eerste, minst intensieve, interventieniveau betreft de kwaliteit van de professionele communicatie met de patiënt. Het tweede interventieniveau gaat over het optimale dagprogramma (thuis / dagbehandeling / intramuraal). Het derde niveau bestaat uit interventies behorend tot de groep 'Belevingsgerichte Zorg'. Het laatste, meest intensieve, niveau betreft psychiatrische/psychotherapeutische interventies al dan niet gecombineerd met 'personalized' psychofarmaca gebruik.

Met deze indeling is voldaan aan de nog resterende voorwaarden voor 'stepped care' toepassing in de psychogeriatric namelijk de beschikbaarheid en mogelijkheid tot indeling naar intensiteit voor bewezen effectieve interventies gekoppeld aan optimale schakelmomenten ('Steps').

'Stepped Care' Proces



'Stepped care'

Vier stappen:

1. Presentie, empathie, respect (basis-benadering)
2. 'Personalised' rust, reinheid en regelmaat (dagprogramma)
3. Belevingsgerichte zorg ('Sherlock Holmes')
(RO, validatie, snoezelen)
4. Psychotherapeutische interventies, +/- psychofarmaca
('personalised' – 'problem solving')

PM: Passendsociotherapeutisch klimaat

Stichting
Wetenschap Balans

In deze paragraaf zullen de 'Steps' nader toegelicht worden. Waar nodig wordt dieper ingegaan op onderdelen; echter de delen op zichzelf waaruit de 'Steps' bestaan zijn elders uitvoerig beschreven en wetenschappelijk onderbouwd. Voor verdiepende kennis en kunde wordt uitdrukkelijk naar deze literatuur verwezen en wordt voor dit hoofdstuk / artikel de kennis en kunde hiervan voorondersteld!

- Stap 1: Onderlinge communicatie

Centraal staat het optimaal open communiceren / contact hebben en onderhouden met de patiënt lijdend aan cognitieve stoornissen zoals dementie in combinatie met MPS. Belangrijke communicatieve begrippen, technieken en vaardigheden zijn Presentie, Empathie, en Respect. Met dit type interventies is het mogelijk optimaal af te stemmen op de noden en behoeften van de patiënt en de mantelzorger. Dit geeft extra informatie bovenop de Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) informatie, die meestal reeds beschikbaar is. Op grond hiervan kan goed ingeschat worden, aangevuld met de NPI-scores, of de patiënt en mantelzorger aan dit type interventies voldoende hebben of welke psychische functieproblemen er nog spelen en in welke mate. Iedere hulpverlener die met kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen te maken krijgt, behoort dit type interventies te beheersen.

Als duidelijk wordt dat de structuur van de dagelijkse gang van zaken bedreigd wordt of al verstoord is, dan is stap 2 geïndiceerd. Of dit nu thuis speelt, in dagbehandeling, ontmoetingscentrum, in het ziekenhuis, in een zorgcentrum, een geriatrische revalidatie afdeling, herstelafdeling of in de langdurige zorg speelt géén rol. Als dit speelt is stap 2 aan de orde.

- Stap 2: Passend dagprogramma

Kenmerkende begrippen voor dit interventieniveau zijn een passende dagindeling op basis van een 'personalized' Rust, Reinheid en Regelmaat ritme op basis van zingevende activiteiten. Ook dit geldt voor alle zorg settings zoals genoemd bij Stap 1. Het weet hebben van de preferenties van de patiënt en hiermee rekening houden en deze helpen vorm te geven mede op basis van de CGA - gegevens, helpt de patiënt bij het handhaven of terugbrengen van zijn / haar geestelijke evenwicht. Voor een deel van de patiënten en mantelzorgers is dit voldoende om met de MPS om te gaan of verminderen deze zelfs, geobjectiveerd met NPI-scores. Over deze interventievaardigheden dient elke betrokken hulpverlener te beschikken.

Indien stappen 1 en 2 onvoldoende resultaat opleveren blijkt uit de NPI-scores en de mening van patiënt / mantelzorger kan stap 3 worden ingezet.

- Stap 3: Belevingsgerichte Zorg

Vanuit de CGA en stappen 1 en 2 is al veel informatie beschikbaar gekomen over het leven van de patiënt en mantelzorger. Op basis hiervan, aangevuld met specifiek onderzoek en/of observaties, worden in stap 3 specifieke benaderingswijzen gericht op de MPS van de patiënt ontwikkeld. Er

worden drie basisvormen onderscheiden: realiteit en oriëntatiebenadering (ROB), Validation en Snoezelen. De belevingsgerichte behandelaar/ verzorgende zal als een soort 'Sherlock Holmes' proberen de juiste mix uit te werken die rekening houdt met de specifieke beleving van de patiënt qua voorkeuren, afwerende (bijvoorbeeld op basis van vroegere trauma's) en meer algemene, neutrale reacties.

Deze benaderingen dienen consequent te worden uitgevoerd en geëvalueerd in multidisciplinair verband met betrokkenheid van m.n. GZ-psycholoog, Gedrags verzorgenden, Sociaal Pedagogische Hulpverleners (SPH-ers), Specialisten ouderengeneeskunde, Vaktherapeuten, e.d. Multidisciplinair overleg en zogenaamde gedragsvisites kunnen hierbij noodzakelijk zijn. Bij een adequate uitvoering ($\geq 80\%$ treatment fidelity) kan hiermee gemiddeld circa 30% reductie van de MPS (gemeten met de NPI) gerealiseerd worden. Belevingsgerichte Zorg specifiek gericht op het reduceren van MPS is meer specialistisch werk en een passend deel van de hulpverleners zal per zorgsetting (zie 'step 1') dit interventietype dienen te beheersen.

Bij matige tot ernstige MPS (MPI-score: 3 of meer en ernst > 12) is 'Belevingsgerichte Zorg' niet altijd afdoende en wordt overgegaan (of soms direct gestart) met stap 4, het meest intensieve, geïntegreerde interventietype.

-Stap 4: Psychotherapeutische Interventie (zonder of met psychofarmaca)

Dit meest intensieve interventietype is oorspronkelijk ontwikkeld binnen een psychogeriatrische revalidatie setting, maar kent inmiddels ook 'ambulante' toepassingen m.n. bij consultatie en de inzet van zogenaamde gedragsconsulenten. Dit interventie type betreft interdisciplinaire interventies die ingezet worden op de gediagnosticeerde psychische functieproblemen / -stoornissen waarbij gekeken wordt naar emotionele beleving, persoonlijkheid, traumatische levenservaringen, sociaal functioneren (inclusief mantelzorg belasting). Er zijn negen interventietypen beschikbaar waaruit een keuze gemaakt kan worden. Deze zijn tevens uitgewerkt per discipline.

LINK: [18-02-2022TB-SWBALANS-Hoofdingeling-psychotherapeutische-interventietypen-final-1.pdf](#)

Daar waar nodig kunnen de psychotherapeutische interventies gecombineerd worden met een of meer psychofarmaca, gericht op de onderliggende psychodynamiek met als doel dat de oudere weer meer controle over zijn gedrag krijg. Als hulpmiddel zijn er spelregels opgesteld om de procedure van het voorschrijven te ondersteunen. Daarnaast is er een schema gemaakt op basis van literatuur en best practice (i.c. het IRR-programma) als keuzehulp bij de selectie van het best passende middel, waarbij uitdrukkelijk ook rekening gehouden wordt met (on)gewenste bijwerkingen.

Psychofarmaca - spelregels

Start regels:

- 'Personalised' profiel
- Titratie op geleide van (ernst) psychiatrische symptomen vanuit "face-to-face" contact/ monitoring (persoonlijk psychofarmaca profiel)
- Geplande "face-to-face"- evaluatie aan de hand van afzonderlijk verloop van de diverse psychiatrische functiestroornissen
- Gebruik maken van bijwerkingenprofiel van een psychofarmacon
- Psychofarmaca zonder gebruik van benaderingswijze of psychotherapeutische interventie is af te raden.

Stop regels:

- Hoe ernstiger de beginstoornis, hoe groter de kans op recidivering
- Is er een werkzame benaderingswijze/interventie beschikbaar?

Literatuur

Zie www.swbalans.nl

Bijlage 2 – Samenvatting onderzoeksartikelen

Psychogeriatrische Revalidatie op basis van de Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR) – methode voor het verminderen van Multipelen Psychiatische Symptomen van Psychogeriatrische Patiënten en van de Belasting bij hun Mantelzorgers.

Psychogeriatrische revalidatie op basis van de IRR-methode is een revalidatieprogramma waarbij gebruik wordt gemaakt van (aangepaste) psychotherapeutische technieken, die sterk op de persoon is afgestemd. De revalidatie biedt een oplossing voor de top twee van door de patient en mantelzorgervaren problemen bij dementie. De top twee van de ervaren problemen die samenhangen met dementie in Nederland zijn: 1. de veel voorkomende ontregeling van gedrag en stemming van de patiënt, en 2. de belasting van de mantelzorgervaren. Hierbij worden ouderen met milde cognitieve stoornissen (MCI) of beginnende tot matige dementie en lijdend aan matig-ernstige neuro-psychiatische symptomen voor drie maanden voor revalidatie opgenomen. De gedrags- en stemmingsproblemen worden met zestig procent teruggebracht, en de belasting van de mantelzorgervaren met de helft. De positieve effecten blijven bovendien minimaal een half jaar na behandeling bestaan.

Hoe groot is het probleem? Hoe vaak problemen als angst, agitatie of agressie, apathie of depressiviteit. voorkomen, blijkt bijvoorbeeld uit een steekproef die is gehouden voor het onderzoek met 487 patiënten vanaf 65 jaar, bij wie vermoedelijk sprake was van lichte tot matig ernstige dementie of milde cognitieve stoornissen. Zij werden verwezen naar trans- of intramurale verpleeghuiszorg en werden met behulp van een neuro-psychiatische vragenlijst (NPI) onderzocht op het voorkomen van psychische problemen. Het percentage patiënten met minimaal één psychiatrische klacht naast de dementie was 91.7%. De prevalentie van zowel depressie (43.9%), apathie (43,1%), angst (41,6%) als agitatie/agressie (31,2%) was hoog te noemen. In de reguliere zorg worden deze problemen vaak aangepakt met alleen medicatie, maar de werking van de beschikbare middelen is bij deze specifieke patiëntengroep beperkt. Bovendien leiden deze middelen vaak tot bijwerkingen. Psychiatrische problemen in deze patiëntengroep blijken daarnaast zo ingewikkeld te zijn, dat ze moeilijk aan te pakken zijn voor individuele zorgverleners. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de complexiteit van de psychiatrische aandoeningen in combinatie met de achteruitgang van cognitieve vermogens van de patiënt. Daarnaast spelen vaak lichamelijke klachten en sociale problemen, zoals relatieproblemen en eenzaamheid.

Psychogeriatrische revalidatie op basis van de Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR) methode wordt met een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak op een gespecialiseerde afdeling met twintig bedden uit gevoerd. Hierbij wordt interdisciplinair samengewerkt door een team van verpleegkundigen/verzorgenden, SPH-ers en behandelaren met verschillende specialismen, zoals een specialist ouderengeneeskunde (SO), psycholoog, vaktherapeuten, paramedici en maatschappelijk werkende. Aan het begin van de revalidatie brengen de SO en psycholoog aan de hand van zes levensdomeinen in kaart hoe de patiënt en de mantelzorg functioneren. Wat zijn de dominante emoties? Hoe ziet de persoonlijkheid van de patiënt eruit? Wat is zijn of haar levensgeschiedenis? Hoe functioneert de patiënt sociaal? Hoe belast is de mantelzorgervaren en waardoor? Hoe ziet het cognitieve functioneren eruit? En: Welke lichamelijke klachten zijn er? De zorgvuldige diagnostiek wordt gebruikt om de voornaamste functieproblemen in kaart te brengen en te kijken op welke punten praktische verbeteringen mogelijk zijn in samenspraak met de patiënt en de mantelzorgervaren. Het uitgangspunten is dat de

aanpak toegesneden wordt op de mogelijkheden van de individuele patiënt en diens mantelzorger. Er wordt gewerkt vanuit een optimistische houding die gericht is op zowel de patiënt als diens mantelzorger. Binnen de revalidatie is veel aandacht voor technieken vanuit de psychotherapie, zoals inzicht geven, structuur bieden, systeemtherapie, voorlichten en begeleiden. Dit alles in een passend, stimulerend sociotherapeutisch klimaat. Een voorbeeld: Een weduwe die sinds de dood van haar man veel in bed ligt vanwege allerlei lichamelijke klachten, kan bijvoorbeeld gewezen worden op de rol van haar verdriet in haar gedrag. Fysiotherapie helpt haar om haar lichamelijke klachten beter te duiden en de verpleging belooft positief gedrag, zodat deze weduwe haar zelfvertrouwen weer weet te hervinden. De zoon van de weduwe krijgt voorlichting over de toestand van zijn moeder en krijgt advies over een constructieve omgang met haar problemen. Als er vanwege ernstige geheugenproblemen geen gebruik gemaakt kan worden van inzichtgevende gesprekken, kan in plaats daarvan bijvoorbeeld gedrag ingeslepen worden door het vaak te herhalen en patiënten te begeleiden bij het goed doen en fouten te voorkomen.

De effectiviteit van de IRR-methode is onderzocht bij 168 patiënten met cognitieve problemen en meervoudige, matige tot ernstige psychiatrische klachten. Op basis van toeval kregen zij ofwel IRR toegewezen of de gebruikelijke, belevingsgerichte (verpleeghuis)zorg. De meerwaarde van IRR stond daarbij niet op voorhand vast, omdat ook in gewone verpleeghuizen deskundigheid vanuit verschillende disciplines aanwezig is. Psychogeriatrische revalidatie op basis van de IRR-methode blijkt te leiden tot betere resultaten. Driekwart van de patiënten knapt dankzij IRR sterk en klinisch relevant op. Bij de gewone verpleeghuiszorg neemt het aantal bijkomende psychiatrische klachten gemiddeld met dertig procent af, bij IRR-methode is de afname twee keer zo sterk, namelijk 60%. De aanpak van de IRR zet ook zoden aan de dijk voor de mantelzorger. Opname in een gewoon verpleeghuis brengt de belasting voor mantelzorgers niet terug, terwijl de belasting van de mantelzorger dankzij de IRR-methode met de helft daalt. Revalidatie werkt bij elke vorm van dementie. Een aangename verrassing uit het onderzoek is dat de effecten van de behandeling onafhankelijk zijn van de ernst van de cognitieve klachten. Vooraf werd gedacht dat psychotherapeutische technieken minder vruchten af zouden werpen, naarmate de dementie ernstiger zou worden. In het onderzoek deden daarom alleen oudere patiënten mee met milde cognitieve klachten tot en met matige dementie. Alle groepen profiteerden echter evenzeer van de behandeling en het lijkt daarom de moeite waard te proberen of deze systematiek ook lonend is voor patiënten met ernstiger vormen van dementie. Voor de behandeling blijkt het niet uit te maken welk soort dementie de patiënt heeft, welk geslacht, welk opleidingsniveau, of welke relaties de patiënt heeft. Eigenlijk profiteren alle kwetsbare oudere patiënten met psychiatrische klachten evenzeer van de behandeling, met als enige uitzondering de patiënten die een delier hebben doorgemaakt. Voor hen is de levensverwachting vaak niet erg gunstig en IRR blijkt daar niets aan te kunnen veranderen. De positieve resultaten van het behandelprogramma verdwijnen niet, zodra de specifieke extra zorg wordt gestaakt. Een half jaar later zijn de verbeteringen voor zowel patiënt als zijn of haar mantelzorger behouden gebleven.

Uit het onderzoek blijkt dat investeringen in de kwaliteit van de zorg wel degelijk kunnen leiden tot relevante verbeteringen voor patiënten met dementie en hun mantelzorgers. Dit is opmerkelijk, omdat over dementie vaak gedacht wordt dat er weinig tot niets aan te doen is. Deze somberheid blijkt alleen terecht als het gaat om de voortschrijdende geheugenproblemen, maar blijkt niet op te gaan voor de veel voorkomende psychiatrische problemen, die vaak aanleiding zijn voor opname in een verpleeghuis. De meerprijs van de Psychogeriatrische revalidatie is bescheiden. De revalidatie kost gedurende drie maanden ongeveer € 53,- per dag meer dan de gebruikelijke verpleeghuiszorg. Dit bedrag is in vergelijking met bijvoorbeeld de zorg voor mensen

die een CVA hebben doorgemaakt bescheiden te noemen. Revalidatie op de CVA unit kost namelijk € 102,- per dag extra.

De conclusie van het onderzoek is tweeledig. Aan de ene kant zijn de resultaten van Psychogeriatrische revalidatie zo gunstig dat het aan te raden is dat andere verpleeghuizen de gebruikte IRR- methode overnemen. Dit lukt alleen als hier voldoende budget en opleidingstijd voor wordt vrijgemaakt. Daarnaast is het de moeite waard de psychotherapeutische kennis en vaardigheden achter het programma beter te verspreiden in de ouderenzorg. Het zou onderdeel moeten gaan uitmaken van de reguliere opleidingsprogramma's voor professionals zoals verzorgenden/verpleegkundigen, artsen, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkenden. Verder is van belang dat er inmiddels een eenjarige opleiding voor gedragsconsulenten is ontwikkeld voor verpleegkundigen. Deze gedragsconsulenten zijn breed inzetbaar zowel in instellingen, ziekenhuizen, thuis in de wijk en dergelijke.

Bijlage 3 – Casus

Casus

Mevrouw B., 83 jaar, is aangemeld voor IRR. Enkele maanden geleden is haar toegewijde echtgenoot vrij plotseling overleden. Sindsdien is mevrouw toenemend passief en verwaarloost zij zichzelf. Haar enig kind (zoon) woont in Duitsland. Hij en zijn vrouw komen regelmatig naar Nederland, maar hun zorg schiet tekort, ook al wordt deze aangevuld met thuiszorg. Mevrouw B. eet en drinkt matig, ligt veel op bed, komt af en toe verward over en valt enkele keren. Kortom, de zorgproblemen stapelen zich thuis op.

Mevrouw B. is na veel aarzeling bereid een multidisciplinaire, poliklinische screening te ondergaan. Hieruit komt het advies tot een tijdelijke opname voor revalidatie (IRR), om op te knappen en haar zoon te ontlasten. Mevrouw B. stemt hiermee in, want zo is het ook geen doen, maar ze had liever gezien dat haar zoon en schoondochter bij haar introkken. Na opname blijkt mevrouw op de afdeling veel in bed te liggen, voortdurend lichamelijke klachten te uiten en te klagen over de zorg. Zij eist een eigen kamer en wil direct bij alles geholpen worden. Opvallend is dat mevrouw met bijna geen woord rept over het recente overlijden van haar echtgenoot. Eten en drinken

.....

Lees verder: [Bijlage 2 - Casus.pdf](#)