

TO ACT OR TO NEGLECT ?!

NOTA 'ROUTEKAART VOOR EEN LANDELIJK MASTERPLAN
'PROBLEEM'GEDRAG BIJ DEMENTIE'



Problema = Opgave

Probleemgedrag is alle gedrag (neuropsychiatrische symptomen (NPS)) dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor personen met dementie & naasten.

82%

van de mensen met dementie lijdt onder probleemgedrag. In 2022 ging dat om **237.000** mensen, en in 2050 naar verwachting **410.000**.

Top 3 ziekte last dementie

Stemmings- en gedragsproblemen

(Over)belasting mantelzorger

Permanente opname

40%

zorgverleners in dementie zorg overweegt het vak te verlaten door (over)belasting. **Bedrijfsrisico !**



Huidige aanpak is structureel reactief, onvolledig of onjuist. Gebrek aan een integrale, methodische aanpak.

We weten wat werkt



Richtlijn Probleemgedrag (2018) Verenso/NIP /V&VN: drie effectieve programma's: IRR, Sta Op, GRIP. STIP-Methode: combinatie van deze drie programma's. Reductie klachten: gem. 60% bij cliënten en 50% bij naasten.



We weten wat essentieel is voor de implementatie

Tegelijkertijd inzetten op het niveau van (1) zorgverlener en behandelaar, (2) manager, (3) bestuur en Raad van Toezicht. Organiseren van landelijke coördinatie en stimulering, met ondersteuning van VWS, ZonMw en koepelorganisaties.

We weten wat nodig is: Landelijk Masterplan Probleemgedrag

Ondertekende intentieverklaringen van (koepel)organisaties. Samenwerking met o.a. Trimbos-instituut, Programma Zorgstandaard Dementie, Dementie Netwerk Nederland en VUmc. Inrichting landelijk coördinatiepunt en 25 regionale centra met drie taken: implementatie, scholing en dataverzameling- en analyse. NB: Tijdelijke stimuleringsgelden voor instellingen.

"Ik houd tijd over door te investeren aan de voorkant; er zijn minder incidenten en veel minder ernstige problemen zowel wat betreft de cliënt als de mantelzorg."

Specialist ouderengeneeskunde

We weten wat het kan opleveren

Impact cliënt:

- ▶ Ervaren passend leven en persoonsgerichte zorg;
- ▶ Preventie én circa 60% reductie van NPS;
- ▶ Minder crisisopnames en D-ZEP plaatsen.

Impact mantelzorger:

- ▶ Ervaren persoonsgerichte zorg en meer eigen leven;
- ▶ Preventie én circa 50% reductie van overbelasting;
- ▶ Ervaren competentiegevoelens om te (blijven) zorgen voor client.

Impact professional (alle typen hulpverleners):

- ▶ Ervaren beroepstrots; minder (over)belast/weg willen uit beroep;
- ▶ Behouden collega's/hechter team/ beter imago op arbeidsmarkt.

Impact financieel:

- ▶ Kosten-effectievere zorg (meer effect, ook preventief, bij eenzelfde personele inzet/kosten);
- ▶ Effectievere besturing van organisaties, van raad van toezicht tot manager.

Colofon

Auteurs

Dr. Ton Bakker, specialist ouderengeneeskunde en lector
Projectleider Landelijke Masterplan Probleemgedrag bij dementie
Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam & Stichting Wetenschap Balans

Dr. Canan Ziylan
Senior onderzoeker Landelijke Masterplan Probleemgedrag bij dementie
Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam

Leden Wetenschappelijke stuurgroep STIP-project

Lector Dr Ton Bakker, voorzitter,
Prof Dr Wilco Achterberg,
Prof Dr Debby Gerritsen,
Prof Dr Robbert Huijsman,
Lector Dr Jacomine de Lange,
Lector Dr Anna-Eva Prick,
Prof Dr Martin Smalbrugge,
Dr Jenny van der Steen,
Helma Verstraeten, MSc,
Dr Canan Ziylan,
Prof Dr Sytse Zuidema.

Verschijningsdatum

24 oktober 2023

Verantwoording van de Nota

In deze Nota 'Routekaart voor een landelijk Masterplan 'Probleem'gedrag bij dementie' komen de uitkomsten bij elkaar van over een periode van drie decennia door ZonMw gefinancierd wetenschappelijk onderzoek naar 'probleem'gedrag bij dementie. Het betreft zowel verdiepend en inzicht gevend onderzoek als onderzoek naar (kosten-)effectiviteit en gerelateerd implementatie onderzoek. De resultaten/rijke opbrengsten van deze gedurende de drie decennia uitgevoerde wetenschappelijk onderzoeken zijn gebundeld binnen de context van de wetenschappelijke stuurgroep van het STIP-project en vormen de grondslag van de Nota.

Over de opzet en de formulering van de Nota van het Masterplan is eveneens overlegd en samengewerkt met het Programma Zorgstandaard Dementie en Dementie Netwerk Nederland (landelijk coördinator van de implementatie van de zorgstandaard dementie Marieke van Werkhove; Dementie Netwerk Nederland (Sigrid Witzenburg en Tjitske Binkhorst). Door het Programma Zorgstandaard Dementie en Dementie Netwerk Nederland wordt het belang benadrukt van afstemming en samenwerking tussen de beoogde regionale centra en de dementie netwerken ter stimulering van de implementatie. De nota geeft concreet invulling aan één van de hoofdtaken van Dementie Netwerk Nederland op het gebied van kwaliteit, namelijk kwaliteitskaders beroepsgroepen of -branche.

Van het Trimbos-instituut (Renate Verkaik) heeft de Nota het volle commitment. Voor het Trimbos-instituut geldt dat naast het bieden van de noodzakelijke ondersteunende infrastructuur voor een landelijk coördinatiepunt het Trimbos-instituut een eigen bijdrage gaat leveren in de vorm van inzet van een beleidsmedewerker vanuit het programma Ouderen als ook de secretariële ondersteuning.

INHOUDSOPGAVE

Leeswijzer	5
1. STIP-implementatieonderzoek	6
1.1. Belang juiste aanpak (preventie en behandeling) van 'probleem'gedrag	6
1.2. Eén overkoepelende transprofessionele methode voor 'probleem'gedrag	7
1.3. Kernresultaten: noodzaak tot een landelijk Masterplan 'Probleem'gedrag	8
2. Een routekaart naar een landelijke Masterplan 'Probleem'gedrag	10
2.1. Activiteiten VIMP-STIP project	10
2.2. Samenwerking en afstemming	10
2.3. Impact op cliënt, mantelzorger, professional, financieel	13
2.4. Organisatorische uitgangspunten Masterplan 'Probleem'gedrag	14
2.4.1. Hoofdactiviteiten	14
2.4.2. Organisatie	14
2.4.3. Aansluiting/schaal	14
2.4.4. Governance: draagvlak en daadkracht	14
2.5. Globale kerngetallen, relevante epidemiologie en kosten	15
2.5.1. Neuropsychiatrische symptomen bij dementie	15
2.5.2. Uitgaven dementie verpleeghuiszorg en thuiszorg	15
2.5.3. Zorgkundigen en beroepsbevolking	16
Referenties	17
Bijlage A. Toelichting STIP-implementatieonderzoek	18
A1. De procedures	18
A2. Participatief actieonderzoek als implementatie- en onderzoeksmethode	20
A3. Resultaten implementatie algemeen	20
A4. Resultaten uit de dossieranalyse	20
A5. Resultaten uit de klankbordgroepen	21
Bijlage B. Intentieverklaring Masterplan 'Probleem'gedrag	22
Bijlage C. Formatie en middelen Masterplan op hoofdlijnen	23
Bijlage D. Context GALA	24
Bijlage E. Context IZA	27
Bijlage F. Context WOZO	30

Leeswijzer

Deze nota is tot stand gekomen binnen het kader van twee ZonMw Memorabel-onderzoek projecten:

1. STIP-Methode: De gepersonaliseerde **ST**apsgewijze **I**ntegrale preventie en behandeling van 'Probleem'gedrag bij mensen met dementie (2019–2022)
2. VIMP-STIP: Routekaart naar een Masterplan Methodische aanpak van 'probleem'gedrag bij dementie (2022–2023)

Het eerste onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren van de implementatie van de methodische preventie en behandeling van probleemgedrag volgens de Richtlijn Probleemgedrag bij dementie (2018). De hoofdconclusie was dat er grote risico's zijn in de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten én voor professionals doordat hardnekkige structurele tekortkomingen op drie organisatie niveaus in hoge mate de implementatie van een methodische aanpak belemmeren (zie Bijlage A).

Op basis van deze hoofdconclusie, is de vraag ontstaan om verder onderzoek te doen naar de mogelijkheid tot een landelijk gecoördineerde regionale aanpak met alle relevante landelijke (koepel)organisaties, in de vorm van een landelijk Masterplan Probleemgedrag. Om deze reden is het tweede VIMP-STIP project opgezet, bestaande uit interviews (januari–maart 2023) en een werkconferentie (16 maart 2023) met alle landelijke spelers in de dementiezorg. Hieruit kwam naar voren dat een dergelijke aanpak in ieder geval uit drie hoofdactiviteiten moet bestaan: implementatie, scholing en wetenschappelijke dataverzameling en -analyse; mogelijk aangevuld met tijdelijke ondersteuningsgelden voor deelnemende implementerende instellingen (Zie Paragraaf 2.4 en de Bijlage C voor een uitwerking op hoofdlijnen).

Deze nota is het resultaat van beide STIP-onderzoeken en markeert de eindfase van de routekaartontwikkeling voor het landelijke Masterplan Probleemgedrag bij dementie. De focus ligt hierbij op een noodzakelijk vervolg gelet op de grote impact van de problematiek, de aangetoonde hardnekkigheid van de structurele tekortkomingen en de miskenning ervan tot nu toe. In de huidige beleidsnotities vormt het een 'witte vlek'. In de Nota wordt het landelijk Masterplan Probleemgedrag in de context van GALA, IZA en WOZO geplaatst (zie Bijlagen D, E en F); met aandacht voor de impact op vier effectgebieden: cliënt, mantelzorg, professional en financiën (zie Paragraaf 2.3). De landelijke (koepel)organisaties die betrokken waren bij de interviews en de werkconferentie zijn bereid aan de plannen uit de Nota mee te werken. (Zie de format Intentieverklaring in Bijlage B).

Deze nota geeft de wetenschappelijke onderbouwing voor de ernst en omvang van de problematieken rondom probleemgedrag bij dementie weer. We **weten dat het structureel niet goed** gaat (IGJ-rapporten, 2015 en 2020). We **weten wat werkt** (Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie, 2018). We **weten hoe het komt** dat het structureel niet goed genoeg gaat (STIP-onderzoeken, 2022). We **weten de oplossingsrichting** zoals tot stand gekomen na de interviewronde en de landelijke werkconferentie met alle relevante partijen: Inrichten van landelijk gecoördineerde regionale expertisecentra probleemgedrag met drie hoofdactiviteiten, namelijk implementatie, scholing en dataverzameling- en analyse. **We weten ook wat het op kan leveren** voor cliënten, naasten, professional en financiën.

Kortom: 'To act or To neglect' ?!

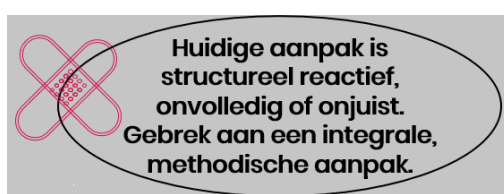
1. STIP-implementatieonderzoek



1.1. Belang juiste aanpak (preventie en behandeling) van 'probleem'gedrag

Meer dan 80% van mensen met dementie vertoont twee of meer neuropsychiatrische symptomen (probleem-/onbegrepen gedrag) zoals angst, apathie, depressie, psychose en/of agressie. Dit geldt zowel voor de thuissituatie als intramuraal. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) deed in 2015 en 2020 bij twintig verpleeghuizen onderzoek naar de kwaliteit van zorg bij probleemgedrag. Er is nauwelijks enige verbetering geconstateerd. Er wordt te laat gesignaleerd, benaderingswijzen worden matig uitgevoerd en er worden te vaak en onjuist psychofarmaca voorgeschreven. Daarnaast worden ingezette interventies te weinig geëvalueerd. Dit blijkt ook uit eerdere implementatie-evaluaties in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van twee aanpakken van probleemgedrag: STA OP! en Grip op Probleemgedrag. Deze structurele uitvoeringstekortkomingen leiden tot onnodig lijden bij mensen met dementie, en werken negatief uit op naasten én zorgverleners. Daarnaast hebben deze tekortkomingen ook een negatieve financiële impact.

Volgens de Richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' uit 2018 van Verenso en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), onderschreven door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), is het essentieel om te weten wat de achterliggende oorzaken zijn van het zichtbare concrete probleemgedrag en is het nodig de persoon met dementie goed te kennen en te begrijpen vanuit de levensgeschiedenis. Kortom: de persoon van de mens met dementie en de mantelzorger(s) dienen centraal staan. Verder is het van belang dat zorgprofessionals transprofessioneel methodisch samenwerken. Dit voorkomt onnodige stress en verergering van probleemgedrag. Het transprofessioneel, methodisch samenwerken vermindert de handelingsverlegenheid bij de zorgprofessional. Dit laatste is hard nodig. Het recente rapport van Vilans (2022) en twee Pointer TV uitzendingen (Pointer KRO-NCRV, 2022a-c) tonen aan dat **verzorgenden zich ernstig tekort voelen schieten bij probleemgedrag. Bijna de helft overweegt om deze reden het beroep te verlaten. Ook dit geldt niet alleen voor de intramurale setting maar ook voor de thuissituatie.**



Uit onderstaande citaten uit het STIP-implementatieonderzoek blijkt dat diverse cruciale aspecten van de richtlijn in de praktijk onvoldoende toegepast worden.

Manager: "We zijn gewend om in kolommen te kijken, maar dat moeten we veel meer integreren. Elke afdeling heeft z'n eigen koninkrijk, en elke beroepsgroep, maar je kan zoveel van elkaar leren, van wat goed gaat en wat slecht gaat."

Manager: "Er wordt vooral gekeken naar de uitingen van probleemgedrag, zonder naar oorzaken en achterliggende behoeften te kijken". In een dossier stond "de cliënt praat graag over interesses", maar toen ik de verzorgende vroeg wat de interesses van de cliënt waren, had ze geen idee".

Zorgverlener: "Bij de begrafenis van een cliënt kreeg ik pas te horen wat voor persoon iemand geweest was."

Mantelzorger: "Ik kreeg opeens een bericht dat ik binnen een halfuur moest beslissen of mijn vader naar de crisisopvang moest. Toen ik daar was, was het zo koud [...] Mijn vader snapte er ook niets van, stond opeens buiten zijn huis en ik moest al zijn kleren bij elkaar rapen... heb ik er wel goed aan gedaan? Hij wilde ook meteen weg, riep dat steeds, maar de verzorgenden deden er niets mee. Ik had niet het gevoel dat we het samen deden".

1.2. Eén overkoepelende transprofessionele methode voor 'probleem'gedrag

Het lukt verpleeghuizen onvoldoende om proactief en effectief probleemgedrag te voorkomen en te behandelen, terwijl de richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie uit 2018 hiervoor heldere handvatten biedt. In deze richtlijn worden drie aanpakken genoemd die wetenschappelijk aangetoond effectief zijn: Integrale Reactivering en Rehabilitatie (IRR) (Bakker, 2010), Grip op Probleemgedrag (GRIP) (Zwijzen e.a., 2014), en STA OP! (Pieper e.a., 2016). De wetenschappelijke adviesgroep van het STIP-project bestaat onder andere uit de betrokkenen bij deze drie aanpakken. In 2019 combineerde de gezamenlijke STIP-projectgroep de drie effectieve aanpakken uit de richtlijn tot de **ST**apsgewijze **I**ntegrale preventie en behandeling van **P**robleemgedrag (STIP-Methode). Hierbij werden gezamenlijk de werkzame ingrediënten samengevoegd tot één overkoepelende transprofessionele methode (zie **Bijlage A**). In dit project onderzochten we vervolgens hoe we de implementatie van deze wetenschappelijke kennis en kunde in de praktijk kunnen faciliteren. Deze wetenschappelijk geleerde implementatielessen kunnen niet alleen worden toegepast in verpleeghuizen, maar ook in de extramurale, eerstelijnszorg (Nakanishi e.a., 2017).



We weten wat werkt

Richtlijn Probleemgedrag (2018) Verenso/NIP /V&VN: drie effectieve programma's: IRR, Sta Op, GRIP.
STIP-Methode: combinatie van deze drie programma's.
Reductie klachten: gem. 60% bij cliënten en 50% bij naasten.

1.3. Kernresultaten: noodzaak tot een landelijk Masterplan 'Probleem'gedrag

Het lukt instellingen zelf onvoldoende om de STIP-Methode te implementeren (zie ook Figuur 1). Eén uitspraak kwam veelvuldig terug in het STIP-onderzoek en vormde de basis voor het verder willen en moeten werken aan de implementatie van een bewezen effectieve, methodische aanpak van probleemgedrag bij dementie, namelijk “*de waan van de dag*”. Zowel professionals, inhoudelijk managers als bestuurders gaven meermaals aan dat ze weten dat de preventie en behandeling van probleemgedrag vragen om een structureel andere, methodische aanpak, maar dat “*de waan van de dag*” prevaleert.

Het is cruciaal om de geïdentificeerde hardnekkige tekortkomingen in goede onderlinge afstemming en gecoördineerd per instelling structureel aan te pakken.

De belangrijkste bepalende factoren voor de lage mate van uitvoeringsgraad van de Richtlijn Probleemgedrag hebben betrekking op drie organisatieniveaus:

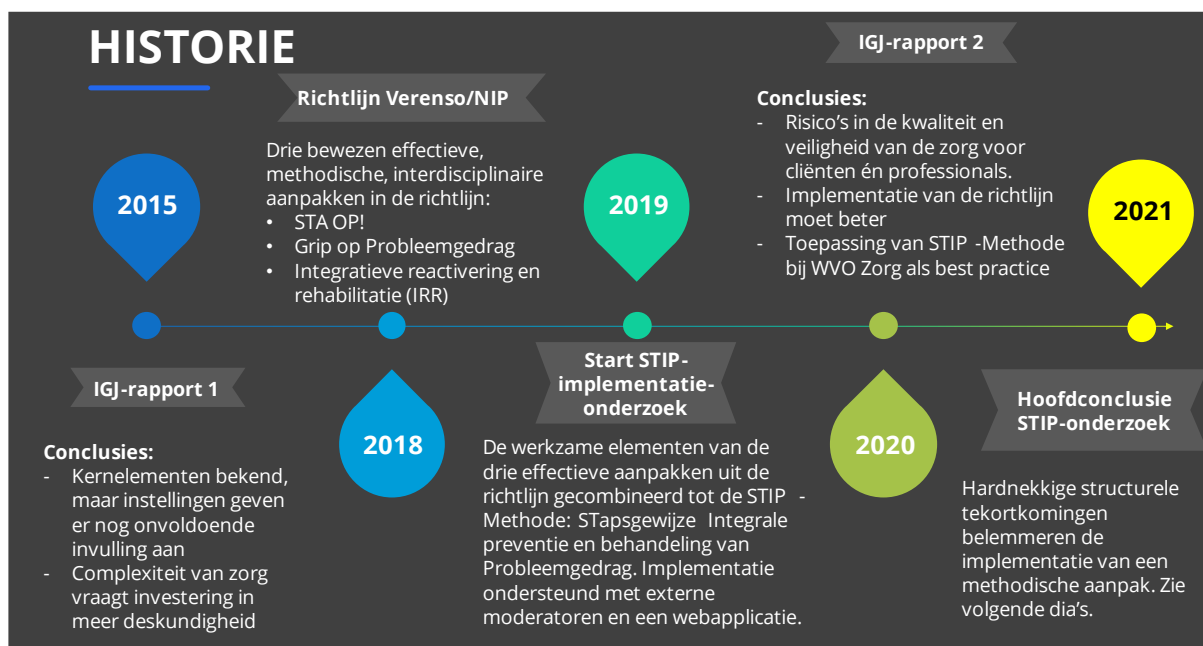
1. De raad van bestuur en raad van toezicht dienen beleid te maken, vast te stellen en kaders te scheppen ten aanzien van de korte en lange termijn.
2. Inhoudelijk managers dienen de juiste randvoorwaarden te creëren en nadrukkelijk te sturen op het handelen volgens de richtlijn.
3. Bij zorgprofessionals gaat het om het opheffen van hun tekortschietende kennis en kunde betreffende psychiatrische/psychotherapeutische problematiek en interventies. Tevens dient het methodisch werken aanmerkelijk te worden versterkt.



We weten wat essentieel is voor de implementatie

Tegelijkertijd inzetten op het niveau van (1) zorgverlener en behandelaar, (2) manager, (3) bestuur en Raad van Toezicht. Organiseren van landelijke coördinatie en stimulering, met ondersteuning van VWS, ZonMw en koepelorganisaties.

Alle drie de organisatieniveaus dienen zich uiteraard zelf in te spannen om beter te worden in het implementeren van de richtlijn. Het is echter ook noodzakelijk landelijke randvoorwaarden te creëren voor gecoördineerde, externe incentives en acties. Relevante partijen hiervoor zijn: VWS, ZonMw, ActiZ, Verenso, NIP, V&VN, Vilans, CCE, NKOP-Trimbos, Stichting Alzheimer Nederland, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Voor een dergelijke aanpak is een breed gedragen ‘Masterplan’ noodzakelijk. Een in 2022 toegekende (als ‘zeer relevant’ gekwalificeerd) Verspreidings- en implementatie Impuls (VIMP) aanvraag van ZonMw heeft het STIP-projectteam in staat gesteld om hieraan samen met de bovengenoemde partijen vorm en inhoud te geven (zie [Paragraaf 2.1](#) en [2.2](#)).



Figuur 1. De aanleiding en bevindingen van het STIP-implementatieonderzoek.

2. Een routekaart naar een landelijke Masterplan 'Probleem'gedrag

2.1. Activiteiten VIMP-STIP project

Een interview ronde en een landelijke conferentie met deelname van alle relevante organisaties zijn uitgevoerd. Dit heeft geleid tot een verslag inclusief uitwerking (opvraagbaar bij de auteurs) met concrete inhoudelijke en procesmatige thema's. Tevens hebben deelnemende organisaties ter plaatse een mondelinge intentieverklaring afgegeven voor de geschetste routekaart naar een Masterplan Probleemgedrag bij dementie. Vervolgens is een schriftelijke intentieverklaring aan de organisaties voorgelegd of zij bereid zijn aan plannen uit de Nota mee te werken (zie **Bijlage B**).

Tegelijkertijd is aan de doorontwikkeling van een interdisciplinaire STIP-APP gewerkt met alle betrokken partijen (professionals, onderzoekers, manager, ICT-ontwikkelaar en ICT-helpdesk). De STIP-APP is inmiddels in gebruik met WVO Zorg in Vlissingen als eerste gebruiker. Hiertoe is samen met SDB Groep (softwareontwikkelaar) een STIP e-Learning voor de STIP-APP gemaakt over hoe de applicatie te gebruiken.

2.2. Samenwerking en afstemming

Er is een concept opzet op hoofdlijnen uitgewerkt van het landelijk Masterplan. Hiertoe is tussentijds overleg gevoerd met VWS en ZonMw. Verder is afstemming gezocht met de VIMP-muziek/vaktherapie van Anna-Eva Prick (Zuyd Hogeschool, project: De juiste snaar met muziek). VUmc verzorgt de scholing voor GRIP; zij zijn bereid dit in te brengen bij de beoogde regionale expertisecentra om deze opleiding, net zoals de STIP opleiding, via de beoogde regionale expertise centra beschikbaar te stellen. Overigens, voor het derde effectieve programma STA OP! bestaat er geen landelijk scholing aanbod meer. Naast de contacten en inbedding bij Hogeschool Rotterdam in combinatie met mbo's is eveneens via zorgorganisatie Attent Zorg en Behandeling te Arnhem contact gelegd met de samenwerkende mbo-instellingen en hogescholen op dit gebied met het oog op inbedding in de reguliere opleiding.

Over de opzet en de formulering van de Nota van het Masterplan is overlegd en samengewerkt met het Programma Zorgstandaard Dementie (landelijk coördinator van de implementatie van de zorgstandaard dementie Marieke van Werkhoven) en Dementie Netwerk Nederland (Sigrid Witzenburg en Tjitske Binkhorst). De nota heeft hun volle commitment. Door het Programma Zorgstandaard Dementie en Dementie Netwerk Nederland wordt benadrukt dat afstemming en samenwerking tussen de beoogde regionale centra en de dementie netwerken van groot belang is, ter stimulering van de implementatie. Aangegeven wordt dat de nota concreet invulling geeft aan één van de hoofdtaken van DNN op het gebied van kwaliteit, namelijk kwaliteitskaders beroepsgroepen of -branche¹.

Ook van het Trimbos-instituut (Renate Verkaik) heeft de Nota het volle commitment

¹ Dementie Netwerk Nederland, DNN over regionale netwerken dementie, 11 september 2023
<https://dementienetwerknederland.nl/wp-content/uploads/2023/09/DNN-over-regionale-netwerken-dementie.pdf>

Voor Trimbos-instituut geldt dat naast het bieden van de noodzakelijke ondersteunende infrastructuur voor het landelijk coördinatiepunt de gewenste samenwerking van VVT en GGZ hiermee tevens centraal gewaarborgd is. Hiermee heeft het Trimbos-instituut immers grote praktische ervaring van uit het NKOP (Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie). Het Trimbos Instituut wil hierbij ook een bijdrage leveren aan het landelijke centrum in de vorm van inzet van een beleidsmedewerker vanuit het programma Ouderen en tevens de secretariële ondersteuning leveren.

Naar aanleiding van een voorgelegde conceptversie van de nota geeft de IGJ aan dat "iedereen in Nederland op goede en veilige zorg moet kunnen vertrouwen. Waar nodig treedt de IGJ op. De IGJ weet dat het omgaan met veranderend gedrag bij dementie in de zorgpraktijk geen sinecure is. Zij verwelkomt dan ook initiatieven die daadwerkelijk tot een verbetering in de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie leiden. De IGJ is niet de partij om te beoordelen of het onderhavige traject de manier is om dit te bereiken. Wel is de IGJ bereid, mocht dit traject doorgang vinden, om mee te denken bij issues die het toezicht aangaan.

Wat betreft de kwaliteitsborging heeft Stichting Topcare de intentie uitgesproken om de beoogde audits voor te bereiden en uit te voeren bij de beoogde regionale expertisecentra en bij de deelnemende instellingen die de effectieve programma's uit de richtlijn 'probleem'gedrag daadwerkelijk willen implementeren.

We weten wat nodig is: Landelijk Masterplan Probleemgedrag

Ondertekende intentieverklaringen van (koopel)organisaties. Samenwerking met o.a. Trimbos-instituut, Programma Zorgstandaard Dementie, Dementie Netwerk Nederland en VUmc. Inrichting landelijk coördinatiepunt en 25 regionale centra met drie taken: implementatie, scholing en dataverzameling- en analyse. NB: Tijdelijke stimuleringsgelden voor instellingen.

In de nota wordt expliciet aandacht besteed aan en rekening gehouden met de context van IZA, WOZO en GALA. Hierbij is met specifieke aandacht gekeken naar de impact op vier effectgebieden: cliënt, mantelzorg, personeel/ professional en financiën.

De grote lijn is dat een methodische transprofessionele aanpak van probleemgedrag in de eerste lijn/thuis en in instellingen zoals geformuleerd in het Masterplan spoort met de intenties en doelstellingen van de genoemde drie beleidsstukken. Het Masterplan geeft hierbij een concrete invulling aan een omvangrijk probleem met een grote impact op in de beleidsstukken te behalen doelen. Geconstateerd wordt dat echter maar slechts op een enkele plaats in de drie beleidsstukken 'probleem'gedrag bij dementie expliciet aan de orde wordt gesteld. Deze bevinding staat niet op zichzelf. Dit geldt ook voor het recent verschenen rapport van de dementierapporteur van Alzheimer Nederland: neuropsychiatrische symptomen en de problemen waar cliënten en mantelzorgers aan lijden worden niet geadresseerd². De drie zeer recente kennisdossiers over inclusieve

² Alzheimer Nederland, Rapportage van één jaar als Dementierapporteur, 21 september 2023
<https://tinyurl.com/dementierapporteur>

dementiezorg en dementiepreventie van Pharos laten hetzelfde hiaat zien³. Ook in de IGJ-werkplannen 2022 en 2023 komt de kwaliteit van zorg betreffende 'probleem'gedrag bij dementie niet expliciet als thema aan de orde. In algemene zin wordt aandacht besteed aan thema's als persoonsgerichte zorg, WZD, veiligheid en risico's en belang behoud van medewerkers.

Neuropsychiatrische symptomen (probleemgedrag, onbegrepen gedrag, etc.) zijn hiermee een van de grootste witte –wellicht blinde– vlekken in de dementiezorg: de bekende olifant in de kamer, waarbij iedereen een stukje van de olifant heeft, en denkt dat dat het is.

Het is de verwachting dat de methodische interdisciplinaire inhoudelijke aanpak van probleemgedrag binnen IZA,WOZO en GALA als een katalysator zal werken. Deze inhoudelijke aspecten zijn een vereiste om de transformatieprocessen die beschreven worden in de drie beleidsstukken tot werkelijke veranderingen in de praktijk te laten leiden. Zie **Bijlage D, E en F** voor een toelichting per beleidsstuk, respectievelijk GALA, IZA en WOZO. Wat betreft specifiek verwachte impact per effectgebied client, mantelzorger, professional en financiën wordt dit hieronder in paragraaf 2.3 nader toegelicht.

³ Pharos, Nieuw: drie kennisdossiers over inclusieve dementiezorg en dementiepreventie, 20 september 2023
<https://www.pharos.nl/nieuws/nieuw-drie-kennisdossiers-over-inclusieve-dementiezorg-en-dementiepreventie/>

2.3. Impact op cliënt, mantelzorger, professional, financieel

Het is te verwachten dat voor thuiszorg/eerste lijn organisaties grotere positieve effecten te behalen zijn dan voor intramurale instellingen i.v.m. grotere problemen in de thuiszorg/eerste lijn. Verder zijn er positieve interferentie effecten te verwachten van de vier effectgebieden.

Impact cliënt:

- ▶ Gemiddeld 60% reductie van actuele neuropsychiatrische symptomen (NPS) **én** preventie van NPS
- ▶ Ervaren persoonsgerichte zorg
- ▶ Passender leven
- ▶ Minder crisisopnames en D-ZEP plaatsen

Impact mantelzorger:

- ▶ Gemiddeld 50% reductie van actuele overbelasting **én** preventie van overbelasting
- ▶ Ervaren persoonsgerichte zorg
- ▶ Ervaren competentiegevoelens om met de zorg en NPS om te gaan
- ▶ Meer eigen leven kunnen leiden

Impact professional (alle typen hulpverleners):

- ▶ Minder belast/overvraagd/weg willen uit beroep
- ▶ Ervaren beroepstrots
- ▶ Meer (behouden) collega's/ betere arbeidsmarktpositie
- ▶ Transprofessioneel toegerust (ook voor andere, vergelijkbare problematiek!)
- ▶ Onderzoek data en analyses beschikbaar/evidence based werken/ontwikkelen
- ▶ Lange termijn perspectief door betere, inhoudelijke managing en besturing/toezicht

NB: te verwachten meerwaarde op andere, vergelijkbare problematiek ("collateraal effect!")

Impact financieel:

- ▶ Kosten-effectievere zorg (meer effect, ook preventief, bij dezelfde personele inzet)
- ▶ Behoud personeel, minder verloop/ziekte verzuim
- ▶ Inhoudelijk gestuurde (effectieve) impuls- en duurzame investeringen
- ▶ Effectievere besturing van organisaties, van raad van toezicht tot manager



We weten wat het kan opleveren

Impact cliënt:

- ▶ Ervaren passend leven en persoonsgerichte zorg;
- ▶ Preventie **én** circa 60% reductie van NPS;
- ▶ Minder crisisopnames en D-ZEP plaatsen.

Impact mantelzorger:

- ▶ Ervaren persoonsgerichte zorg en meer eigen leven;
- ▶ Preventie **én** circa 50% reductie van overbelasting;
- ▶ Ervaren competentiegevoelens om te (blijven) zorgen voor client.

Impact professional (alle typen hulpverleners):

- ▶ Ervaren beroepstrots; minder (over)belast/weg willen uit beroep;
- ▶ Behouden collega's/hechter team/ beter imago op arbeidsmarkt.

Impact financieel:

- ▶ Kosten-effectievere zorg (meer effect, ook preventief, bij eenzelfde personele inzet/kosten);
- ▶ Effectievere besturing van organisaties, van raad van toezicht tot manager.

2.4. Organisatorische uitgangspunten Masterplan 'Probleem'gedrag

2.4.1. Hoofdactiviteiten

- ▶ **Implementatie:** gecoördineerd op 3 niveaus per instelling
- ▶ **Scholing:** voor 3 doelgroepen (professional/manager/bestuur-raad van toezicht)
- ▶ **Dataverzameling:** essentiële praktijk-indicatoren en (anonieme) client data.

2.4.2. Organisatie

- ▶ **Medewerkers:** Per regio: Hoofd-teacher; teacher-team (per doelgroep); administratieve/ secretariële ondersteuning.
- ▶ **Landelijk coördinatie:** Inhoudelijk-eindverantwoordelijke Super-Teacher; leiding; beleidsmedewerker; ondersteuning organisatorisch en financieel.
- ▶ **Middelen:** STIP-APP; e-Learning modules STIP-Methode en GRIP; e-health tool Minddistrict; Masterclasses; landelijk platform incl. accreditatie faciliteit.
- ▶ **Data verzameling:** ICT-functionaris; Landelijk platform; analyse; rapportages; AVG.
- ▶ **Data-management en -analyse:** Hogeschool/Universiteit/ Trimbos/... ;; rapportages/ publicaties

2.4.3. Aansluiting/schaal

- ▶ GGD GHOR Nederland: betreft 25 GGD's en GHOR's. Overeenkomsten in thematiek:
 - Toenemende sociaaleconomische gezondheidsverschillen; ongelijke kansen op gezondheid
 - Arbeidskrapte en grenzen aan de zorg
 - Toenemende behoefte aan mentale ondersteuning
 - Regionalisering
 - Digitalisering en datagedrevenheid.
- ▶ Landelijk centrum: Trimbos-instituut

2.4.4. Governance: draagvlak en daadkracht

De vereniging regionale expertisecentra probleemgedrag (RECP's) Nederland ontwikkelt zich tot een vereniging met draagvlak en daadkracht. Het is een model dat gangbaar is bij verenigingen, met een heldere rolverdeling tussen een controlerende Algemene Ledenvergadering en een strategievormend /beleidsvoerende leiding en een uitvoerend 'Bureau'. Wetenschappelijke commissie(s) en werkgroepen ondersteunen de leiding. En er ontstaat een grote community of practices waar professionals elkaar ontmoeten, kennis uitwisselen en leren. En op die manier zijn alle RECP's bij de koers betrokken.

Bijlage C bevat gedetailleerde informatie over de formatie en de middelen van het Masterplan Probleemgedrag bij dementie.

2.5. Globale kerngetallen, relevante epidemiologie en kosten

Ten behoeve van het inrichten van het Masterplan Probleemgedrag bij dementie, zijn relevante cijfers en projecties rondom epidemiologie en kosten gerelateerd aan dementie en neuropsychiatrische symptomen berekend en hieronder weergegeven. Hiervoor zijn diverse bronnen gebruikt.⁴

2.5.1. Neuropsychiatrische symptomen bij dementie

Stand van zaken 2021/2022

- ▶ 290.000 mensen met dementie van de 3,5 miljoen ouderen.
- ▶ 82% [237.000] lijdt aan twee of meer neuropsychiatrische symptomen.
- ▶ Circa 32% [93.000] in verpleeghuis en 68% [197.000] thuis.
- ▶ Van thuiswonende mensen wordt 17% [28.000] binnen 1 jaar opgenomen.
- ▶ Totaal 130.000 [PG 70%/somatiek 30%] verpleeghuisplaatsen.
- ▶ Thuiszorg: 197.000 mensen met dementie van de totaal 585.000 cliënten met thuiszorg.
- ▶ NB: Circa 80% [190.000] mantelzorgers overbelast, van wie 20% [38.000] ziek.

Prognose 2050

- ▶ 500.000 mensen met dementie van de 4,8 miljoen ouderen.
- ▶ 82% [410.000] lijdt aan twee of meer neuropsychiatrische symptomen.
- ▶ Circa 18,5% [93.000] in verpleeghuis en 81,5% [407.000] thuis.
- ▶ Van thuiswonende mensen wordt 17% [70.000] binnen 1 jaar opgenomen.
- ▶ Totaal 130.000 verpleeghuisplaatsen.
- ▶ Thuiszorg: 407.000 mensen met dementie van de totaal geprognosticeerde 1 miljoen kwetsbare oudere cliënten met thuiszorg.
- ▶ NB: Circa 80% [325.000] mantelzorgers overbelast, van wie 20% [65.000] ziek.

2.5.2. Uitgaven dementie verpleeghuiszorg en thuiszorg

Stand van zaken 2022 verpleeghuiszorg

- ▶ €7,91 miljard van de totaal €11,3 miljard aan verpleeghuiszorg.
- ▶ Gemiddeld kost een verpleeghuisplaats €90.000 per jaar (€238 per dag).
- ▶ NB: Uitgaande van ZP5 inclusief behandeling én niet-beïnvloedbare kosten (nbc's), kost een verpleeghuisplaats €126.000 per jaar (€339 per dag).

Stand van zaken 2022 thuiszorg

- ▶ €1,1 miljard van de totaal € 3,28 miljard aan thuiszorg.
- ▶ Gemiddeld kost een thuiszorgcliënt €5603 per jaar.
- ▶ NB: Daarnaast veel meer kosten dan puur thuiszorg!

⁴ Vektis (2022), NZA (2021), Nictiz (2022), Zorgkaart (2022), SCP (2011), CBS (2022)

2.5.3. Zorgkundigen en beroepsbevolking

Stand van zaken 2022

- ▶ Aantal zorgkundigen: 300.000.
- ▶ Dat is 22% van de totaal 1,4 miljoen mensen die werken in zorg en welzijn incl. administratie, management etc.

- ▶ Omvang werkelijke beroepsbevolking: 7,5 miljoen.
- ▶ Aantal kwetsbare ouderen: 715.000 (130.000 verpleeghuis + 585.000 thuis)
- ▶ Dat zijn 10 personen beschikbaar per kwetsbare oudere.

Prognose 2050

- ▶ Aantal zorgkundigen: 333.000.
- ▶ Dat is 22% van de totaal 1,6 miljoen mensen die werken in zorg en welzijn incl. administratie, management etc.

- ▶ Omvang werkelijke beroepsbevolking: 8,7 miljoen.
- ▶ Aantal kwetsbare ouderen: 1 miljoen (prognose SCP).
- ▶ Dat zijn 9 personen beschikbaar per kwetsbare oudere.

Referenties

- ▶ Alzheimer Nederland, Rapportage van één jaar als Dementierapporteur, 21 september 2023 <https://tinyurl.com/dementierapporteur>
- ▶ Bakker, T. J. E. M. (2010). *Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden*. VU/VUmc, Amsterdam.
- ▶ Brankaert, R., & Ouden, E. den. (2017). The Design-Driven Living Lab: A New Approach to Exploring Solutions to Complex Societal Challenges. *Technology Innovation Management Review*, 7(1).
- ▶ Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *Neurology*, 44(12), 2308-2314. <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>
- ▶ Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2015) *Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag*. URL: [https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/07/Kijken met andere ogen naar mensen met dementie en onbegrepen gedrag igz-juni-2015.pdf](https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/07/Kijken-met-andere-ogen-naar-mensen-met-dementie-en-onbegrepen-gedrag-igz-juni-2015.pdf)
- ▶ Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. (2020) *Verbetering nodig in zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie*. 2020. URL: <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/01/13/probleemgedrag-bij-dementie>
- ▶ Nakanishi, M., Endo, K., Hirooka, K., Nakashima, T., Morimoto, Y., Granvik, E., ... Nishida, A. (2017). Dementia behaviour management programme at home: impact of a palliative care approach on care managers and professional caregivers of home care services. *Aging and Mental Health*, pp. 1-6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1332160>
- ▶ Pharos, Nieuw: drie kennisdossiers over inclusieve dementiezorg en dementiepreventie, 20 september 2023 <https://www.pharos.nl/nieuws/nieuw-drie-kennisdossiers-over-inclusieve-dementiezorg-en-dementiepreventie/>
- ▶ Pointer KRO-NCRV. (2022a) *Complexe bewoners maken werk dementiezorg steeds zwaarder*. <https://pointer.kro-ncrv.nl/complexe-bewoners-maken-werk-dementiezorg-steeds-zwaarder>
- ▶ Pointer KRO-NCRV. (2022b) *Dementiezorg onder druk*. Uitzending 10 april 2022. https://www.npostart.nl/pointer/10-04-2022/KN_1728250
- ▶ Pointer KRO-NCRV. (2022c) *Pillen in het verpleeghuis*. Uitzending 1 mei 2022. https://www.npostart.nl/pointer/01-05-2022/KN_1728253
- ▶ Verenso/ NIP. (2018) *Richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie'*. URL: <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bijmensen-met-dementie>
- ▶ Vilans. (2022) *Omgaan met onbegrepen gedrag bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking*. URL: <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/meer-ondersteuning-nodig-bij-onbegrepen-gedrag>
- ▶ Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment* (Winchester, England), 5(23), iii-157.

Bijlage A. Toelichting STIP-implementatieonderzoek

A1. De procedures

De STIP-Methode (een *open source method*⁵) kent twee procedures. De 'klinische redeneer-procedure' bestaat uit vijf fasen (ABCDE) met een cyclisch karakter en betreft het proces van dataverwerking (zie Figuur 2). De 'Stepped Care interventie-procedure' betreft een stapsgewijze inzet van in intensiteit (stappen) oplopende interventies (Bakker, 2010). Hierbij richten de stappen 1 en 2 zich op preventie (eventueel inclusief bijvoorbeeld de Sociale Benadering en Human Forever, indien deze bewezen effectief gebleken zijn) en 3 en 4 op behandeling.

Ter ondersteuning werd de webapplicatie *BPSD Care* ingezet. Hiermee kunnen zorgprofessionals diverse aspecten van probleemgedrag (onder andere NeuroPsychiatric Inventory scores (0-144); van Cummings, 1994) van zorgvragers monitoren. BPSD Care wordt zowel intramuraal als extramuraal gebruikt in Zweden, Denemarken en Japan. In publicaties hebben Japanse en Zweedse onderzoekers laten zien dat deze aanpak leidde tot een lagere belasting bij zorgprofessionals en een afname in probleemgedrag (Nakanishi e.a., 2017).

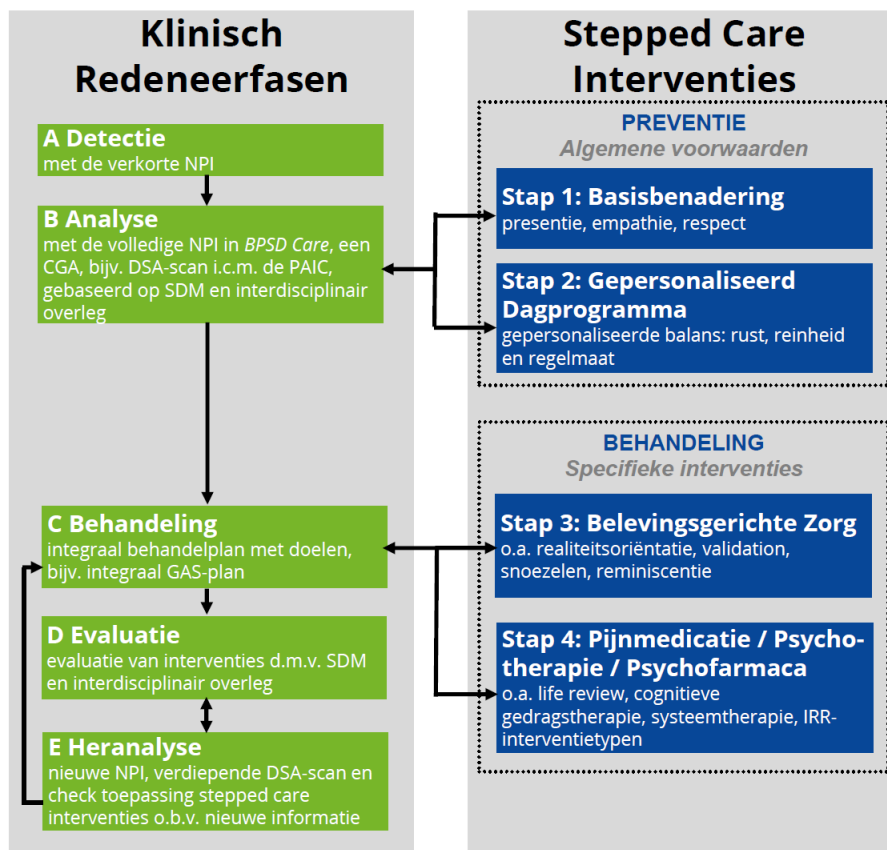
We wilden weten hoe de STIP-Methode in de praktijk werkt en onderzochten dit met betrokkenheid van mantelzorgers, zorgprofessionals en inhoudelijk managers door middel van klankbordgroepen per deelnemende locatie. We hebben met hen op basis van een algemene doelstelling gekeken naar drie vragenstellingen.

De doelstelling was het optimaal implementeren van de STIP-Methode in twee verpleeghuizen. De implementatie is geslaagd als de aanpak, ondersteund met de webapplicatie BPSD Care, bij >50% van de cliënten tijdig en effectief is toegepast. De drie vragenstellingen zijn:

1. In hoeverre wordt de STIP-Methode volgens protocol persoonsgericht, interdisciplinair en tijdig geïmplementeerd?
2. In hoeverre draagt de webapplicatie BPSD Care hieraan bij?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren mantelzorgers, zorgprofessionals en inhoudelijk managers bij de implementatie?

⁵ De STIP-Methode is een *open source method*: nieuwe aspecten worden toegevoegd als deze van bewezen effectieve relevantie zijn.

De STIP-Methode: de gepersonaliseerde STapsgewijze Integrale preventie en behandeling van Probleemgedrag bij dementie



Figuur 2. STIP-Methode schema: de methode bestaat uit negen onderdelen: vijf fasen van klinisch redeneren (A, B, C, D, E) en vier stappen van Stepped Care (1, 2, 3, 4).

Vijf fasen van Klinisch redeneren:

- Fase A: Detectie van mogelijk probleemgedrag (met de Neuropsychiatric Inventory (NPI)).
- Fase B: Diagnose & Analyse van de achtergronden (met een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) en uitgebreide biografie, in combinatie met de Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC)); uitgevoerd met behulp van de Dynamische Systeem Analyse-scan (DSA-scan).
- Fase C: Integraal interdisciplinair zorg-behandelplan met doelen (bijvoorbeeld Integraal Goal Attainment Score-plan (I-GAS-plan)) met keuze van interventies uit de vier stappen van Stepped Care.
- Fase D: Interdisciplinair Overleg ('MDO').
- Fase E: Evaluatie en bijstelling in een interdisciplinair overleg (NPI, CGA, PAIC en DSA-scan).

Vier stappen van Stepped Care:

- Stap 1: Algemene Basisbenadering (presentie, empathie en respect).
- Stap 2: Gepersonaliseerd zingend dagprogramma.
- Stap 3: Belevingsgerichte zorg.
- Stap 4: Pijnmedicatie/Psychotherapeutische interventies/Psychofarmaca.

A2. Participatief actieonderzoek als implementatie- en onderzoeksmethode

Conform Waterman et al. (2001) is gekozen voor een participatief actieonderzoek waarbij vertegenwoordigers van cliënt/mantelzorger, zorgprofessionals en inhoudelijk managers samenwerken in een klankbordgroep per locatie, waarin twee onderzoekers als moderatoren een (terughoudende) faciliterende rol hadden om de implementatie in goede banen te leiden. Deze onderzoeksmethode motiveert en faciliteert de deelnemers zelf om invloed uit te oefenen op de implementatie. Hierbij spelen de moderatoren (onderzoekers) in op behoeften van de deelnemers. Volgens Brankaert en den Ouden (2017) levert dit intensieve proces waardevolle informatie op over bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie in de daadwerkelijke context van de cliënten met dementie. Hierbij spelen de partners de primaire actieve rol.

Het implementatieproject duurde 24 maanden en vond plaats op twee locaties van twee verschillende verpleeghuisorganisaties. Cliënten van reguliere psychogeriatrische verpleeghuiszorg en hun mantelzorgers werden na het verschaffen van informed consent geïnccludeerd. Uiteindelijk is de zorg rondom 235 cliënten in het onderzoek meegenomen. We trainden zorgprofessionals en inhoudelijk managers tezamen op hun locatie in de STIP-Methode en de webapplicatie BPSD Care. De training ging zowel over de inhoud (probleemgedrag), als het proces (afstemming tussen zorgprofessionals en cliënt en mantelzorgers), als het gebruik van de webapplicatie BPSD Care en de toepassing van interventies. Gedurende de implementatie kwamen deze vier invalshoeken via persoonlijk leren, teamleren en organisatieleden aan bod. De klankbordgroepen (zie hieronder) waren hierbij een belangrijk onderdeel.

We evalueerden de implementatiegraad op cliëntniveau, op afdelings-, locatie- en instellingsniveau. In de analyse van de zorgdossiers onderzochten we zowel óf de elementen van de STIP-Methode waren toegepast, als ook de kwaliteit ervan. De leden van de klankbordgroepen kregen één keer per zes weken een rapportage-overzicht met de gegevens uit BPSD Care en de voortgang van de implementatie. Aan de hand hiervan werd besproken wat beter kon. De gesprekken werden opgenomen, getranscribeerd, geanalyseerd en van feedback voorzien door betrokkenen. Daarnaast werd één keer per 24 weken een gezamenlijk overleg gehouden tussen de vier klankbordgroepen, om te leren van elkaars ervaringen. Parallel besprak voor elk verpleeghuis een projectgroep van zorgprofessionals, managers en bestuursleden één keer per twaalf weken de voortgang.

A3. Resultaten implementatie algemeen

Het is niet gelukt om bij meer dan 50% van de cliënten de STIP-Methode volgens protocol toe te passen. De webapplicatie ondersteunde bij structureel gebruik de uitvoering van de STIP-Methode in de dagelijkse praktijk.

A4. Resultaten uit de dossieranalyse

Maximaal waren in de nameting bij 8,6% van de cliënten de vier basis/preventie onderdelen van de STIP-Methode aanwezig (Klinisch redeneer-procedure fasen A + B, Stepped Care interventie-procedure stappen 1 en 2). Dit is een feitelijke bevestiging van de lage uitvoeringsbetrouwbaarheid.

A5. Resultaten uit de klankbordgroepen

Bevorderende factoren:

- ▶ Erkenning van moeite met preventie en behandeling van probleemgedrag;
- ▶ Betrokken projectleider per instelling;
- ▶ Bewuste inzet van gedragscoach in interdisciplinair team waardoor taakvolwassenheid van teams;
- ▶ Goede afstemming tussen bestuur en raad van toezicht;
- ▶ Koppeling van STIP-Methode aan langetermijnstrategie van de instelling.

Belemmerende factoren:

- ▶ Weinig aandacht voor psychiatrische scholing;
- ▶ Onvoldoende ondersteuning en facilitering door leidinggevenden op inhoudelijk proces;
- ▶ Geen concreet implementatieplan;
- ▶ Onvoldoende zicht op indicator-data in zorgdossiers;
- ▶ Onvoldoende proactief initiatief en beleid vanuit Bestuur en Raad van Toezicht (Wkkgz: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg);
- ▶ Geen koppeling van STIP-Methode aan beleid en financiën.

Bijlage B. Intentieverklaring Masterplan ‘Probleem’gedrag

Format Intentieverklaring Masterplan ‘Probleem’gedrag bij dementie

In aanmerking nemende de uitkomsten van de twee ZonMw Memorabel STIP-projecten;

Gelet op de inzichten in het kader van de ZonMw-VIMP-STIP-project georganiseerde activiteiten:

- Interviewronde met experts vanuit de relevante (koepel)organisaties;
- Werkconferentie in Hotel New York, d.d. 16 maart 2023, met unanieme mondelinge verklaring tot bereidheid van alle relevante (koepel)organisaties: Actiz, Verenso, NIP, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, Vilans, Trimbos-instituut, Alzheimer Nederland, Genero, CCE, WVO Zorg, Attent Zorg en Behandeling, Stichting Wetenschap Balans, Hogeschool Rotterdam.

Op de hoogte zijnde van de beleidsnota's GALA, WOZO en IZA;

Bewust van de grote impact op cliënt, mantelzorg, verzorgenden en financiën;

In het besef dat elke organisatie de onderschreven, langdurige, weerbarstige tekortkomingen in de dementiezorg op het gebied van probleemgedrag *zowel in de instelling als thuis/eerste lijn* niet alleen kan oplossen.

Ondertekenende organisatie ondersteunt het initiatief Masterplan Probleemgedrag bij dementie om tot een landelijk gecoördineerde aanpak van de grote, structurele tekortkomingen in de aanpak van probleemgedrag bij dementie te komen, conform de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie (2018).

De essentiële, met elkaar samenhangende en in regionale expertisecentra probleemgedrag (RECP's) duurzaam te organiseren activiteiten binnen het Masterplan Probleemgedrag bij dementie betreffen:

- Scholing in de methode Grip op probleemgedrag c.q. STIP-Methode, onderscheiden naar de doelgroepen: bestuur/raad van toezicht, management en professional;
- Implementatie-ondersteuning van instellingen;
- Data verzameling en analyse.

Aanvullende tijdelijke financiële ondersteuning voor deelnemende implementerende instellingen is hierbij een belangrijke randvoorwaarde.

Organisatie:

Naam tekenbevoegde:

Plaats & datum:

Handtekening:

Bijlage C. Formatie en middelen Masterplan op hoofdlijnen

► Per regio fte per week (pw)

- 1x8 uur pw hoofd-teacher
- 5x4 uur pw coördinatie/administratie/secretariële ondersteuning
- NB: Scholingskosten, docenten etc.

► Landelijk fte pw (reeds beschikbaar vanuit het STIP-project)

- 4x4 uur pw directie
- 1x8 uur pw super-teacher (doceert hoofd-teachers)
- 1x8 uur pw wetenschapper
- 1x8 uur pw beleidsmedewerker
- Inhuur pw ondersteuning. Organisatorisch en financieel
- Inhuur pw ICT-functionaris
- 5x8 uur pw helpdesk etc. functie (Vivia; SDB)
- NB: Scholingskosten, docenten etc. : hoofd-teachers

► Landelijk wetenschappelijke commissie

- 10 personen 3x3 uur per jaar

► Landelijk middelen

- app's; e-learning; Minddistrict
- data-opslag en -management

► Landelijk/per regio

- huur kantoor en leslokalen

Bijlage D. Context GALA

Leeswijzer: van toepassing zijnde passages uit de kamerbrief van de minister zijn geselecteerd. Op basis van de discussies in de (VIMP-)STIP-onderzoeken zijn opmerkingen verwoord vanuit het perspectief van het Masterplan Probleemgedrag.

GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord; 3 februari 2023

Bron: [Kamerbrief minister](#)

Partijen

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), [GGD GHOR Nederland](#), [Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#) en het ministerie van VWS

Met opmerkingen [MP1]: **Vestiging van regionale expertisecentra. MP: Werkt versterkend; het betreft ruim de helft van het aantal kwetsbare ouderen plus mantelzorgers (en betrokken professionals).**

Afstemming met

'Aanpak geldzorgen, armoede en schulden' ministerie

Gereserveerde middelen voor de aanpak van de volksziekten obesitas, dementie en kanker investeert VWS in het programma Gezonde Leefomgeving en stimuleren we maatregelen van gemeenten op het terrein van gezonde leefomgeving via de SPUK.

Naast de ondersteuning van gemeenten dragen verschillende landelijke kennisinstellingen vanuit hun eigen expertise bij aan het bevorderen van gezondheid en preventie. Gedacht kan worden kennispartijen zoals Pharos, het RIVM, [Trimbos](#), VeiligheidNL en het Voedingscentrum.

Met opmerkingen [MP2]: **Ook partij bij Masterplan Probleemgedrag. MP: Werkt versterkend.**

Opzet

Regionale en lokale/(achterstand)wijken insteek

Doelgroepen

Focus op de jeugd. Naast de focus op kinderen en jongeren richten we ons met de gezonde generatie ook op volwassenen en op (het behoud van) de vitaliteit van het toenemend aantal ouderen.

Doelstelling

Een gezonde generatie in 2040 met weerbare gezonde mensen die opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving met een sterke sociale basis.

Doel is het bevorderen en behouden van de fysieke en mentale gezondheid vanaf het prille begin, de eerste 1000 dagen, waarbij speciale aandacht uitgaat naar mensen in kwetsbare situaties. We dragen hiermee bij aan de beweging van ziekte en zorg, naar gezondheid en preventie. De zogenaamde 'beweging naar de voorkant'.

Specifiek:

- Terugdringen gezondheidsachterstanden
- Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten
- Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis
- Een gezonde leefstijl
- [Versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid](#)

- f. Vitaal ouder worden
- g. Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie infrastructuur

Financiën

Financieel arrangement onder het GALA is één nieuwe brede specifieke uitkering (SPUK). In de SPUK komt er voor gemeenten in deze kabinetsperiode circa € 300 miljoen per jaar beschikbaar en € 195 miljoen per jaar structureel (exclusief IZA middelen). Bovendien is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat er voor gemeenten jaarlijks maximaal € 150 miljoen structureel beschikbaar wordt gesteld voor concrete plannen om de IZA-doelen – die mede gericht zijn op gezondheidsbevordering – te verwezenlijken.

Inhoudelijk

De afspraken in het GALA over mentale weerbaarheid en mentale gezondheid zijn hier een uitwerking van. In het GALA is onder andere afgesproken dat gemeenten mentale gezondheid in hun bredere aanpak van gezondheid integreren. Ook sluiten zij aan bij de landelijk aanpak 'Mentale Gezondheid: van ons allemaal'. VWS faciliteert en ondersteunt gemeenten vanuit deze aanpak.

Vitaal ouder worden (en GALA in relatie tot het WOZO)

In het coalitieakkoord staat beschreven dat ouderen gezond oud moeten kunnen worden in hun eigen of passende omgeving. Het is dus belangrijk dat mensen bij het vorderen van de leeftijd zo lang mogelijk vitaal blijven. Het bevorderen en behouden van vitaliteit van ouderen is een belangrijk speerpunt in zowel het GALA als het WOZO-programma. Het WOZO-programma zet een brede maatschappelijke beweging in gang die een omslag wil maken in de organisatie van ondersteuning en zorg en zich daarnaast aanpast op de veranderde voorkeuren van ouderen en daarmee de financiële en personele houdbaarheid bevordert. De afspraken die in het kader van GALA zijn gemaakt, richten zich op preventie en vullen vanuit die invalshoek de afspraken uit het WOZO-programma aan. In het GALA is specifiek aandacht voor bewegen, ondervoeding en valpreventie. Ook de inzet op het versterken van de sociale basis draagt in belangrijke mate bij aan de vitaliteit van ouderen. In het GALA wordt invulling gegeven aan de ambitie in het coalitieakkoord op het gebied van valpreventie. Gemeenten gaan valpreventieprogramma's aan (laten) bieden voor hun inwoners van 65 jaar en ouder en er zijn afspraken gemaakt over de ketensamenwerking met zorgverzekeraars.

Ook worden er in de SPUK-middelen ten behoeve van het programma WOZO beschikbaar gesteld, onder andere voor het stimuleren van de vitaliteit van ouderen.

GALA in relatie tot het Integraal Zorgakkoord (IZA)

Met het GALA wordt uitvoering gegeven aan de afspraak in het IZA dat zorgverzekeraars en gemeenten uiterlijk 1 januari 2025 niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken hebben gemaakt over gezondheidsbevordering. Dit gaat onder meer over een werk- en mandaatstructuur, voorwaarden waaraan de regionale afspraken over preventie en gezondheidsbevordering moeten voldoen, en passende bekostiging van coördinatiekosten.

Met opmerkingen [MP3]: **Verwijzing naar ouder worden en ouder zijn**, specifiek f); en mentaal bij e). **MP: Geeft met name op e) mentaal een concrete invulling (betreffende dementie/gedrag/mantelzorg)**

Met opmerkingen [MP4]: **Versnippering van aandacht**, heel veel gemeenten bij betrokken. **MP: Beoogt een landelijk gecoördineerde aanpak.**

Met opmerkingen [MP5]: **Versnippering**. **MP: Gemeenten kunnen gebruik maken van de regionale expertisecentra.**

Met opmerkingen [MP6]: **Nauwelijks aandacht** voor impact van de actueel bestaande en toenemende, veranderende problematiek, met name probleemgedrag. **MP: Vult op realistische wijze forse gat tussen de GALA voorstellen en de actuele situatie m.b.t. probleemgedrag. Noodzakelijk om deze GALA doelstellingen te halen.**

Met opmerkingen [MP7]: **Ingewikkeld proces**, alleen al door de randvoorwaarden. **MP: Overzichtelijk en direct.**

Een vijftal erkende ketenaanpakken die meerdere (gemeentelijke) domeinen beslaan: de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), de aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, valpreventie bij ouderen, welzijn op recept en kansrijke start.

De komende jaren wordt gewerkt aan het versterken van de sociale infrastructuur (o.a. mantelzorg, vrijwilligers, welzijnswerk) in wijken en buurten om aan deze hulpvraag te voldoen en zo lang als mogelijk te voorkomen dat mensen zwaardere zorg nodig hebben.

Monitoring

Landelijke, regionale en lokale monitoring is essentieel om te kunnen bepalen in hoeverre de afspraken worden uitgevoerd en welke resultaten ze opleveren. Uitgangspunt bij al deze monitors is dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van al bestaande informatie.

Hier (2023) wordt ook besproken hoe de uitvoerbaarheid kan worden meegenomen in de, in het GALA afgesproken, midterm review in 2024. Deze sluit aan op de midterm review van het IZA.

Met opmerkingen [MP8]: Niet vermeld: de programma's met bewezen effecten op preventie en behandeling van probleemgedrag bij dementie. **MP: is de zesde erkende ketenaanpak voor grote doelgroepen, met effecten op cliënten, naasten én professionals.**

Met opmerkingen [MP9]: Niet vermeld: bewezen inhoudelijke aspecten m.b.t. overbelasting t.g.v. probleemgedrag; alleen sociale infrastructuur. **MP: Vult het forse gat m.b.t. probleemgedrag.**

Met opmerkingen [MP10]: Afspraken betreffende monitoring probleemgedrag ontbreken. **MP: Vult groot data-gap m.b.t. probleemgedrag.**

Bijlage E. Context IZA

Leeswijzer: van toepassing zijnde passages uit de kamerbrief van de minister zijn geselecteerd. Op basis van de discussies in de (VIMP-)STIP-onderzoeken zijn opmerkingen verwoord vanuit het perspectief van het Masterplan Probleemgedrag.

IZA: Integraal Zorgakkoord; 16 september 2022

Bron: [Kamerbrief minister](#)

Partijen

De ondertekenende partijen zijn: ActiZ, De Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiënten federatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verzoekers en Verpleegkundigen Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. (plus later LHV). Daarnaast zijn ook Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het akkoord.

In het IZA zijn ook afspraken met de GGZ-sector vastgelegd. Deze afspraken zijn gekoppeld aan uitkomstdoelen op het gebied van wachttijden, laagdrempelige steunpunten, digitale zorg en cruciale GGZ-zorg. Daarnaast zijn in het IZA ook afspraken opgenomen over de zorgkwaliteit, het verdelen van de werkdruk, de bereikbaarheid van de GGZ buiten kantooruren en domein overstijgende samenwerking. Met deze brief wordt dan ook voldaan aan de toezegging om uw Kamer te informeren over de toekomstagenda ggz, waaronder complexe problematiek en het beperken van instroom. Uniek aan het akkoord is verder dat er ook afspraken zijn gemaakt over preventie en het sociaal domein.

Het Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg

Bron: [Bijlage IZA samenvatting](#)

Doel

Passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met nadruk op gezondheid.

Voor het Integraal Zorgakkoord gelden de volgende uitgangspunten:

- Passende zorg is waarde gedreven. Zorg is aantoonbaar effectief en heeft meerwaarde voor de patiënt. Mensen, middelen en materialen worden doelmatig ingezet.
- Passende zorg komt samen met en rondom de patiënt tot stand.
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
- Passende zorg wordt geleverd in een prettige werkomgeving.

Met opmerkingen [MP11]: **Deels overlap met Masterplan partijen. MP: werkt versterkend/bindend.**

Met opmerkingen [MP12]: **Geen afspraken** over probleemgedrag bij dementie. **MP: Maakt bewust en vult lacune op.**

Met opmerkingen [MP13]: **Spoort met STIP- implementatieonderzoek, alleen dementie en probleemgedrag niet genoemd. MP: Maakt dit concreet voor de praktijk van kwetsbare ouderen.**

Met opmerkingen [MP14]: **Spoort met STIP- implementatie-onderzoek, maar dementie en probleemgedrag niet genoemd.** Effectiviteit en meerwaarde worden niet consequent toegepast. **MP: Kan concreet tonen (voorbeeld project) wat dit opbrengt en hoe dit meerwaarde voor veel partijen tegelijk oplevert en extra beleidsruimte creëert.**

"In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu." De focus ligt hierbij op de curatieve zorg, maar waar relevant worden ook de langdurige zorg, publieke gezondheid en het sociale domein betrokken,

Inhoud

Goede, toegankelijke en betaalbare zorg

De werkdruk is hoog en zorgprofessionals hebben te maken met veel administratieve rompslomp. Ook ervaren ze vaak te weinig autonomie in het dagelijkse werk. Dit leidt tot een relatief hoog ziekteverzuim en zorgprofessionals die vroegtijdig bij hun werkgever vertrekken. Hierdoor nemen de arbeidsmarktkrapte en de werkdruk nog meer toe.

De kwaliteit van de zorg staat onder druk

De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit. Het aanbod is breed en onze betrokken zorgprofessionals zijn uitstekend gekwalificeerd. Toch dreigen we internationaal gezien naar de middenmoot af te zakken. Niet alle zorg die geleverd wordt is aantoonbaar effectief, wat niet goed is voor de patiënt. Niet alle problemen vragen om een medisch antwoord. Het Nederlandse systeem rondom zorg en ondersteuning is versnipperd. Medische, verpleegkundige en gemeentelijke professionals moeten meer met elkaar samenwerken en hebben wetten en systemen nodig die hen helpen in hun samenwerking. Er is een omslag nodig van 'zorgen voor mensen' naar 'zorgen met mensen'.

De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk

Wat zijn de opgaven IZA

Het is onze ambitie om de zorg voor alle Nederlanders toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Wat is hiervoor nodig:

- Zorgen voor gelijke toegang tot zorg, van goede kwaliteit, voor alle groepen in de samenleving. Daarbij houden we rekening met de diversiteit van de bevolking.
- Inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen voorkomen worden of minder zwaar worden. Dit betekent het bevorderen van een gezonde leefstijl en het versterken van de zelfredzaamheid van mensen. Gemeenten en andere niet-medische partijen spelen hierin een essentiële rol.
- Afremmen van medicalisering. Niet bij alle zorgvragen past een medisch antwoord. Zorg kan een antwoord zijn, maar ook hulp in het sociale domein, ondersteuning door lotgenoten, beweegaanbod of een combinatie.
- Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van tijd, energie en geld.
- Verminderen van administratieve lasten.
- Behouden van de professionals in de zorg. Zorgen voor werkplezier, een veilige werkomgeving en de fysieke en mentale gezondheid van zorgprofessionals. Werken vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen.
- Gegevensuitwisseling als essentiële randvoorwaarde voor goede en veilige zorg.
- Bewezen innovaties snel en effectief verspreiden en zorg die niet (meer) passend is afschalen.

Met opmerkingen [MP15]: Buiten de analyse valt: de juiste effectieve dingen doen conform richtlijnen en hiervoor toegerust en ondersteund worden m.n. bij probleemgedrag. **MP: Beroepstrots weer terug; weer hechting aan beroep en organisatie.**

Met opmerkingen [MP16]: Onderzoeksdata geven een ander beeld: de bekende effectieve zorg (conform richtlijn wordt structureel onder de maat geleverd wat betreft probleemgedrag en multi-problematiek. Betreft ruim 50% van de kwetsbare ouderen. **MP: Focus om dit goed te doen op basis >20 jaar ZonMw onderzoeken.**

Met opmerkingen [MP17]: Komt nauwelijks aan de orde: met dezelfde mensen meer resultaat door effectief methodisch te werken zoals bij probleemgedrag. **MP: Preventief en effectief qua behandeling: levert tijd op (klok tijd en beleefde tijd). In control zijn versus onder druk/stress staan.**

Met opmerkingen [MP18]: Overeenkomstig met MP maar in het stuk **niet vertaald naar concrete zaken betreffende ouder worden/zijn en/of probleemgedrag.** **MP: geeft dit meer handen en voeten, een praktische vertaalslag.**

Met opmerkingen [MP19]: Er is meer nodig en meer bekend dan dit. **MP: Vult dit concreet aan wat betreft kwetsbare ouderen en gedrag.**

- Gericht ondersteunen van (schaarse) zorgmedewerkers door technologische toepassingen (eHealth).
- Inzetten op zorg met een minimale impact op klimaat, milieu en leefomgeving. Dat vraagt om groene en klimaatneutrale zorg, met spaarzaam en circulair gebruik van grondstoffen en materialen.

Met opmerkingen [MP20]: Overeenkomstig streven met MP. MP: Maakt dit concreet voor een grote groep m.n. ouderen /mantelzorg/professionals,

Financiële afspraken

1. De beschikbare groei per sector sluit aan bij het beleid en de doelen uit dit akkoord. Dit leidt tot minder groei in de tweedelijnszorg (medisch-specialistische zorg en ggz) en meer groei in de eerstelijnszorg (huisartsenzorg, wijkverpleging, multidisciplinaire zorg en eerstelijnsverblijf/geriatrische revalidatiezorg).
2. In het Coalitieakkoord is vastgelegd dat er € 2,8 miljard beschikbaar is voor de transformatie, naast specifieke investeringsmiddelen.
3. De zorg vraagt om een marktconforme loonontwikkeling. Alle partijen vinden dat zorgaanbieders aan zorgverleners een marktconforme loonontwikkeling moeten kunnen betalen. Binnen de gestelde financiële kaders is de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) hierbij leidend. Partijen hebben afspraken gemaakt over het doorvertalen van de OVA in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Bijlage F. Context WOZO

Leeswijzer: van toepassing zijnde passages uit de kamerbrief van de minister zijn geselecteerd. Op basis van de discussies in de (VIMP-)STIP-onderzoeken zijn opmerkingen verwoord vanuit het perspectief van het Masterplan Probleemgedrag.

WOZO: Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen; 4 juli 2022

Bron: [Kamerbrief minister](#)

Doel

Van belang is dat we samen met de sector zoeken naar een persoonsgerichte en effectieve aanpak. Met het vorderen van de jaren, de kwetsbaarheid en daarmee de behoefte aan ondersteuning en zorg toeneemt.

We hebben hiervoor ook dementievriendelijke woonvormen nodig, of nog beter een dementievriendelijke samenleving. Immers alleen met een integrale benadering – die wonen, welzijn, samenleving en zorg verbindt – wordt het aantal zorgarme jaren groter. Als meer ouderen in hun eigen omgeving thuis blijven wonen (al dan niet in een geclusterde setting) stelt dat eisen aan de basiszorg in de buurt, die daarop moet worden voorbereid.

Op dit moment werkt ongeveer 1 op de 6 werknemers in de zorg en er zijn nu al veel vacatures. Om aan de toenemende zorgvraag te voldoen zou dat (bij ongewijzigd beleid) moeten oplopen naar 1 op de 5 in 2030, 1 op de 4 in 2040 en 1 op de 3 in 2060.

We moeten oog hebben voor de werkdruk waarmee de zorgverleners te maken hebben. Werken in de zorg moet aantrekkelijk zijn, zorgverleners moeten het gevoel hebben dat ze kunnen doen wat hen drijft: waarde toevoegen aan het leven van ouder wordende mensen.

Het aantal mantelzorgers per oudere neemt de komende jaren af, waardoor we realistisch moeten zijn in wat we van mantelzorg mogen verwachten.

In bijgevoegde uitwerking van het WOZO-programma treft u diverse voorbeelden aan waaruit blijkt dat het mogelijk is de zorg en ondersteuning voor ouderen nu al anders te organiseren. Deze en andere goede voorbeelden wijzen de weg!

Met opmerkingen [MP21]: Probleemgedrag/psychische problematiek ontbreekt bij deze opsomming. **MP: Maakt dit waar voor een grote, concrete groep.**

Met opmerkingen [MP22]: Komt overeen met MP, aangevuld met preventie en behandeling psychische problemen. **MP: Gedrag heel bepalend hierbij, dus MP voorziet in een noodzakelijke aanvulling.**

Met opmerkingen [MP23]: Komt overeen met MP. Dus van belang om deskundig en methodisch te zijn op probleemgedrag. **MP: Vult dit heel concreet in.**

Met opmerkingen [MP24]: Dit betreft de gehele gezondheidszorg. **niet alleen ouderenzorg!** Ouderenzorg specifiek lijkt anders/wat positiever, zie paragraaf 2.5.3 van deze nota. **MP: Spits dit toe op het deel zorg voor ouderen en daarmee concreter.**

Met opmerkingen [MP25]: Groot deel bepaald door probleemgedrag en handelingsverlegenheid. **MP: gaat hier heel concreet op in.**

Met opmerkingen [MP26]: Probleemgedrag ontbreekt. Grote kans! **MP: Inzicht op meer dan 20 jaar ZonMw-onderzoek op dit thema.**

De norm wordt: zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan.

Passende Wlz-zorg: betreft o.a. het scheiden van wonen en zorg, het doorontwikkelen van het kwaliteitskader, het opzetten van een (regionale) ondersteuningsstructuur via het programma Waardigheid en Trots, de versteviging van de kennisinfrastructuur langdurige zorg, passende ouderenzorg⁴, domeinoverstijgend samenwerken, meerjarig contracteren en sturingsinstrumenten voor zorgkantoren. Regiobeelden kunnen hierbij ondersteunend zijn.

Een aantal van de randvoorwaarden die voor zorgverleners van belang zijn, komt aan de orde in het Integraal Zorgakkoord. De verwachting is dat de Tweede Kamer het IZA in september a.s. tegemoet kan zien. Hierin worden onder meer afspraken gemaakt over versterking van de basiszorg die ook essentieel is voor goede zorg aan ouderen, voor het werkplezier van professionals en dus voor de ambities van het WOZO-programma. In het kader van het IZA worden afspraken voorbereid over het wegnemen van belemmeringen bij domeinoverstijgende samenwerking, de ruimte die professionals nodig hebben om hun specifieke expertise in te zetten en hen te ontzorgen op het gebied van rand- en regelzaken. In de wijk bouwen we voort op de inzet op herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging.

Samenwerkingspartners

Kennis en onderzoek

Meer en betere kennis is noodzakelijk de omslag mogelijk te maken. (Wetenschappelijk) onderzoek levert de kennis die mensen kan helpen in hun zelfredzaamheid, zorgverleners versterkt in hun handelingsperspectief, aangeeft hoe technologie arbeid kan vereenvoudigen of zelfs vervangen, enz. Voor het eind van dit jaar kunt u een visie op de versterking van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg verwachten.

Financiën

In de financiële bijlage is in kaart gebracht wat de budgettaire effecten zijn op de ouderenzorg en welke middelen het kabinet beschikbaar stelt om de ambities van het WOZO-programma te realiseren. De uitgaven aan ouderenzorg binnen de Wlz nemen deze kabinetsperiode met € 1,6 mld toe: van € 15,6 mld in 2022 tot € 17,3 mld in 2026 (ongeveer 1200 euro per volwassen Nederlander). Dit is exclusief een reeks (tijdelijke) investeringen. Het kabinet investeert in de huidige kabinetsperiode extra om op de lange termijn de houdbaarheid van de zorg te verbeteren, onder andere via het scheiden van wonen en zorg. In het coalitieakkoord is voor de jaren 2022 t/m 2026 in totaal € 1,0 mld beschikbaar gesteld om de transitie scheiden wonen en zorg op gang te ondersteunen. Hiervan wordt nu € 200 mln beschikbaar gesteld (€ 40 mln per jaar in periode 2022-2026)

Samenhang in beleidsvorming

Deze kabinetsperiode worden verschillende beleidsprogramma's uitgevoerd. Het WOZO-programma zal op onderdelen samenhangen met een deel van deze programma's. Het gaat hierbij onder andere om: - Integraal Zorgakkoord zoals opgenomen in het Coalitieakkoord. Op 10 mei 2022 heeft de Tweede Kamer een brief over de voortgang

Met opmerkingen [MP27]: **Het begrip effectief ontbreekt.** MP: Toont de noodzaak aan van een vierde term bij de norm: effectief.

Met opmerkingen [MP28]: **Alle geel gearceerde delen: bij aan te sluiten** en specifiek voor probleemgedrag te maken wat betreft richtlijn e.d. **MP: Bevordert de juiste investeringen doen op korte en lange termijn in thuiscontext en instelling-context.**

Met opmerkingen [MP29]: **Grote overlap met Masterplan partijen.** MP: werkt versterkend/bindend.

Met opmerkingen [MP30]: **In principe onderschrijft dit de visie van het MP. Maar aanwezige kennis en kunde (richtlijnen) benutten ontbreekt. Benutten van jarenlang ZonMw onderzoek. Kennisstructuur voor probleemgedrag ontbreekt nagenoeg.** MP: Voorziet hier naadloos in voor een grote doelgroep.

Met opmerkingen [MP31]: **Deels te benutten** vanuit het landelijk coördinatiepunt en de regionale expertisecentra als aanvullende financiering. **MP: Biedt een structuur om dit gericht en efficiënt te besteden.**

ontvangen (Kamerstukken II 2021/22, 31765, nr. 641). – **Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg**, de hoofdlijnenbrief is op 13 mei jl. aan de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstukken II 2021/22, 29282, nr. 462). – De verdere ontwikkeling van de Wmo waarover op 28 maart 2022 een brief aan de Tweede Kamer is gestuurd (Kamerstukken II 2021/22, 29538, nr. 332). – **De Nationale Dementiestrategie 2021-2030**. (Kamerstukken II 2020/21, 25424, nr. 553.) – Het programma van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en mijzelf over Wonen en zorg voor ouderen (Kamerstukken II 2021/22, 35925–VII nr. 137). – De aanpak voor meer regionale samenwerking en elektronische gegevensuitwisseling (Kamerstukken II 2021/22, 27529, nr. 277). – In de aanpak ‘Ontregel de Zorg’ wordt gewerkt aan het verminderen van de administratieve lasten. Zie ook de brief aan de Tweede Kamer van 8 juni jl. (Kamerstukken II, 2021/22, 29515, nr. 480). – Verder zal de Tweede Kamer omtrent de aanpak voor preventie worden geïnformeerd.