

Gedrag en preventie

‘Functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief’

In de maatschappijen vindt een sluipende demografische verandering plaats van grote omvang, gedreven door een snel groeiende levensverwachting. In 2020 is het percentage jongeren en het percentage ouderen ongeveer aan elkaar gelijk, namelijk ongeveer 20 %. Er is sprake van een bevolkingsopbouw in evenwicht. De maatschappij wordt op veel fronten tegelijk uitgedaagd tot het vinden van nieuwe oplossingen. Dit geldt zeker ook voor de gezondheidszorg (KNMG, 2010). In 2030 zijn er circa 1 miljoen kwetsbare ouderen (\pm 6% van de bevolking), van wie de helft lijdt aan dementie.

Hun zelfstandigheid en autonomie wordt bedreigd door een progressieve opeenstapeling van functieproblemen op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Lang is gedacht dat, afgezien van “normale” veroudering (slijtage en/of genetische factoren) ziekte de belangrijkste oorzaak was van de chronische hulpbehoevendheid, bestaande uit op relevante levensgebieden niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Inmiddels is bekend dat met de huidige ziektediagnosen hooguit 25% van de actuele functieproblematiek bij een oudere patiënt verklaard kan worden (Van Dijk, 2005). Verder is bekend dat als het gaat om te voorspellen hoe het met ouderen in de toekomst zal gaan – met name met kwetsbare ouderen – functiekenmerken aanmerkelijk beter voorspellen dan ziektediagnosen (Gussekklo, 2000; Beekman, 1996).

Het gaat hierbij om zowel somatische functieproblematiek (bijvoorbeeld immobiliteit) als om psychiatrische functieproblematiek (bijvoorbeeld depressie, cognitieve stoornis). Het zelfstandige, grote belang van (multi-) functieverlies naast de eerder genoemde multimorbiditeit is helder verwoord in de nota van de Gezondheidsraad ‘Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid’ uit 2009. Het is van groot belang om in de praktijk te onderzoeken welke de inhoudelijke en organisatorische factoren in de gezondheidszorg zijn die het manifest worden van functieproblematiek bepalen en hoe ze hun invloed uitoefenen.

Voor het onderzoek kiezen we voor een proactieve preventief perspectief met aandacht voor de cultureel maatschappelijke context. Binnen de gezondheidszorg gaat het om begrippen als prevalentie en incidentie; preventieve gezondheidszorg en preventieve geneeskunde; interventie (behandeling, revalidatie; langdurige-chronische zorg); palliatieve zorg, stervensbegeleiding en euthanasie. Binnen de gezondheidszorg, met name bij preventie en behandeling, speelt ‘prognose’ een belangrijke rol, vaak gekoppeld aan ‘kosteneffectiviteit’ van een (voorgenomen) interventie om de prognose te optimaliseren.

Factoren die op lange en/of korte termijn concreet zorggebruik tgv functieverlies kunnen voorspellen en die bewezen beïnvloedbaar zijn verdienen speciale aandacht. Dergelijke voorspelers van functieverlies of een relevante toename ervan bepalen voor een belangrijk deel de agenda voor een doelgerichte preventie aanpak.

Bij innovatie gericht op functiebehoud gaat het voor een belangrijk deel om het anders besteden van geld en niet om meer te besteden. Wat betreft de financiële prognose van de gezondheidszorgkosten wordt een ombuiging van de ziektekosten (voornamelijk ziekenhuis gebonden kosten) rond 2030 verwacht. Echter voor de langdurige zorgkosten (gerelateerd aan functieverlies) wordt een forse stijging voorspeld tot minimaal 2050. De stijging van de zorgkosten is het gevolg van de vermindering van zelfstandigheid voornamelijk bij ouderen als gevolg van functieverlies.

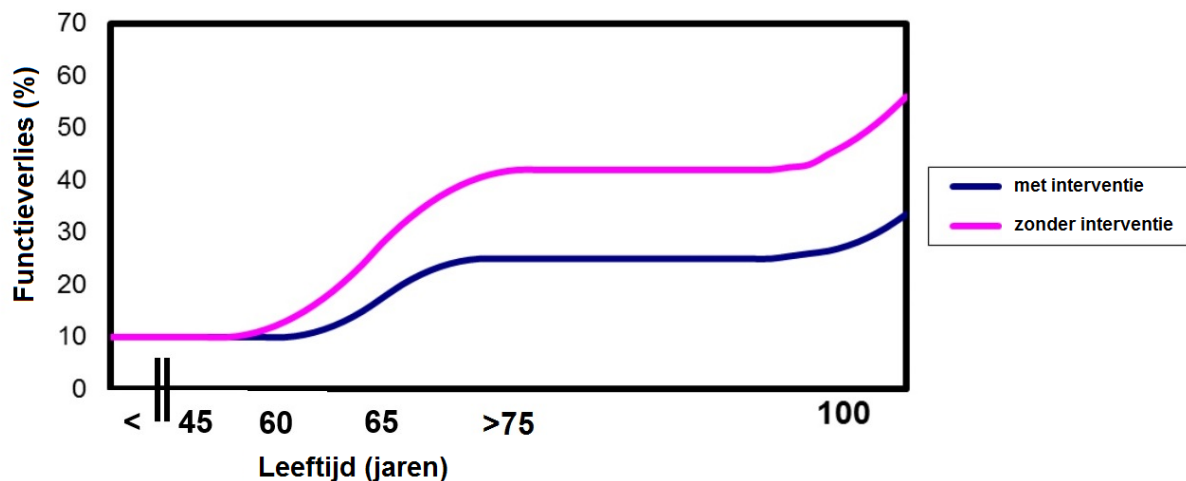
PREVENTIEMOGELIJKHEDEN

Boven beschreven ontwikkelingen maken nieuwsgierig naar antwoorden op logische vervolgvragen: waardoor wordt (de mate van) zelfstandigheid bepaald door het leven heen, is deze beïnvloedbaar, en zo ja, door welke interventies en onder welke condities en randvoorwaarden?

In 2014 is het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 'Zorgstelsel op koers of op drift?' uitgebracht dat pleit voor meer nadruk op preventie in de gehele gezondheidszorg. Hierop voortbordurend staat de volgende vraag centraal: wat zijn nu vanuit levenslopperspectief (toekomstige) preventie mogelijkheden en organisatorische randvoorwaarden om functies te behouden, met als doel dat functieproblematiek later ontstaat en/of het minder ernstig is in de aantasting van de zelfstandigheid van ouderen op relevante levensdomeinen?

In onderstaand figuur is de potentiële preventie winst naar de huidige stand van wetenschap wat betreft functieverlies (gebied tussen de twee lijnen) op een schematische manier afgebeeld.

Schema preventie-tijdvenster



- A. Leefstijl interventie bij jongeren met 'lage SES'-ouders
- B. Leefstijlinterventie bij volwassenen met metabool syndroom en gerelateerde aandoeningen
- C. Interventies op lopen- / balans- / ondergewicht- / vermoeidheid
- D. Interventies op (vroegtijdig) gesignaleerde functieproblemen (bijv. opname in ziekenhuis gerelateerd)
- E. Interventies op prognostische factoren voor zorgtoename (depressie, verkleining netwerk, toename functieverlies of morbiditeit)

Preventie-tijdvenster A betreft jongeren tussen de 16 en 25 jaar, van wie de ouders behoren tot de groep met een lage Sociaal Economische Status (SES) op basis van relatief lage opleiding en laag inkomen. Deze jongeren hebben reeds een verhoogde kans om op volwassen leeftijd kenmerken van een metabool-syndroom (obesitas, diabetes mellitus, cardio-vasculaire aandoeningen) te ontwikkelen (Gezondheidsraad 2003). Zowel de jongeren zelf als hun ouders hebben een grotere kans om van sociale voorzieningen gebruik te maken (WMO/bijstand e.d.).

Preventie-tijdvenster B is van belang voor preventie van functiebehoud op volwassen leeftijd. Centraal staat hierin het metabool syndroom en gehoorverlies vaak in combinatie met lage SES. Ook voor de volwassen leeftijdsfase geldt dat vanuit preventie oogpunt een belangrijke vindplaats voor hoog-risico volwassenen de (langdurige) gebruikers van sociale voorzieningen zijn.

Preventie-tijdvenster C betreft ouderen in de relatief vroege ouderdomsfase. Veel belovend is een benadering die direct focust op het identificeren van voorspellers voor toekomstig (één, twee jaar later) zorggebruik. In het SCP-rapport 'Kwetsbare Ouderen' (2011) worden een viertal prognostische factoren gepresenteerd, met name problemen met het lopen en de balans, ondergewicht en vermoeidheid. Gebleken is dat als een of meer van deze factoren actueel zijn eenzaamheid als een versterkende factor werkt. Uit onderzoek van Mistiaen (2014) blijkt dat anderhalf jaar voordat de diagnose dementie gesteld wordt patiënten vaker bij de huisarts komen, onder andere voor depressie, schaafwonden en schrammen. Het lijkt van belang ouderen, die zich met dergelijke klachten melden bij de huisarts, te identificeren en te volgen op progressie van de klachten. Indien van progressie - in een nog te bepalen mate - sprake is, kunnen in principe op basis van een 'Comprehensive Geriatric Assessment' (CGA) gerichte interventies op (onderliggende) cruciale mechanismen ingezet worden. Het ligt voor de hand dat - gelet op diverse gerapporteerde positieve effecten op cognitief en fysiek functioneren - 'bewegingsinterventies' er deel van uit zullen maken.

Preventie-tijdvenster D is gerelateerd aan een ziekenhuisopname van 70-plus ouderen. Covinsky (2003) toonde aan dat 35% van 70-plussers, die in het ziekenhuis worden opgenomen, geruime tijd na ontslag slechter functioneert. Inmiddels is bekend dat de 70-plussers met grote kans op slechte functionele outcome gerelateerd aan een ziekenhuisopname, geïdentificeerd kunnen worden met een eenvoudig kort meetinstrument, zoals de 'ISAR-HP' (Asmus 2013). Om de omvang van dit probleem te benadrukken spreken de volgende gegevens voor zich. De incidentie van ziekenhuis gerelateerd functieverlies in Nederland ligt volgens berekening op circa 180.000 ouderen per jaar ofwel circa 400 tot 450 ouderen per dag. Om vooruitgang te boeken is het belangrijk om de mogelijke oorzaken van de bescheiden effecten te achterhalen en te bezien in welke mate deze overeenkomen met de mogelijke oorzaken hiervan in de eerste lijn. Duidelijk is in ieder geval dat ziekenhuisopname gerelateerd functieverlies een grote motor is voor de prevalentie van functieverlies in de 1e lijn; zeker gecombineerd met het gegeven dat in een periode van acht tot tien jaar een gehele populatie thuiswonende 70-plussers gemiddeld minstens eenmaal in een ziekenhuis wordt opgenomen.

Preventie-tijdvenster E richt zich op het voorkomen van toename van reeds aanwezig functieverlies bij ouderen in de relatief late ouderdomsfase. De gevonden factoren betreffen naast leeftijd met name depressieve klachten, geen partner, verkleining netwerk (inclusief overlijden partner) en toename (multi-) functieproblematiek en/of morbiditeit (SCP 2013).

GERIATRISCHE PRAKTIJK

Gelet op de bescheiden resultaten uit het Nationaal Programma Ouderen is het kennelijk niet gemakkelijk om succesvol te interveniëren op de complexe problematiek van kwetsbare ouderen in combinatie met een hoge mate van inherente onvoorspelbaarheid. Dit geldt zowel voor de eerste lijn, het ziekenhuis als het verpleeghuis. Eén illustratief voorbeeld: veelal worden ongeveer 40 tot 50% van de voorgenoemde en afgesproken interventies bij kwetsbare ouderen ook daadwerkelijk uitgevoerd. "Hoeveel complexiteit kan een professional aan binnen de eerste lijn" (Kempen 2014).

Volgens Bakker (2014) liggen hier vier structurele oorzaken aan ten grondslag, waarvan twee oorzaken te maken hebben met de zorgpraktijk en twee met de opleiding/ kennis en kunde.

De zorgpraktijk:

- 1 Veelal ad hoc teams, met relatieve geringe persoonlijke continuïteit van de teamleden;
- 2 Het multidisciplinaire overleg is qua tijdsplanning en qua inhoud een moeizame aangelegenheid.

De opleidingen:

- 3 De inhoud op het gebied van ouderen van de opleidingsprogramma's (mbo-, hbo-medische opleidingen) schiet te kort; dus ook de kennis en kunde van professionals in de praktijk;
- 4 Interprofessionele samenwerkingscompetenties krijgen te weinig aandacht.

Alle welzijn en gezondheidszorg spelers hebben eigen mogelijkheden om de middelen waarover zij beschikken interactief en integraal in te zetten vanuit een gezondheid bevorderend levensloopsperspectief. Voor zorgverzekeraars, onderwijskundigen en professionals bestaat er de mogelijkheid om de huidige gezondheidszorg binnen een stad/regio 'ouderenproof' te maken, dat wil zeggen om de eerder genoemde vier structurele problemen met elkaar op te lossen, zowel op inhoud, organisatie als op financiële prikkels in samenwerking met gemeenten. De vraag is: hoe organiseer je dit, wie doet wat en welke interventies kunnen succesvol worden toegepast? Binnen een stad of regio is het belangrijk de structurele bevorderende en belemmerende factoren te identificeren.

Enkele specifieke voorbeelden van potentiële bouwstenen

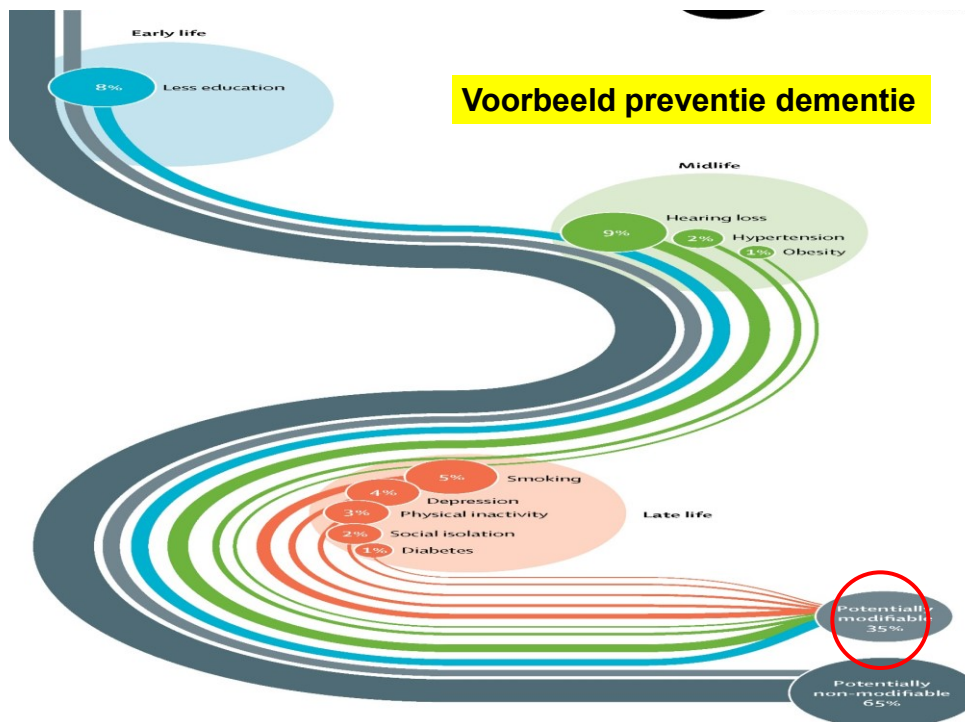
Preventie

Op de korte termijn gaat het om het in de eerste lijn identificeren van zelfstandig functionerende ouderen, zonder functiebeperkingen, die in de gevarenzone komen of risico lopen om binnen afzienbare termijn zorg nodig te hebben. Volgens het SCP-rapport gaat het om ouderen die klachten ontwikkelen over: lopen, balans, (onder)gewicht en/of (extreme) vermoeidheid, met eenzaamheid als versterkende factor. Belangrijke onderzoeksvragen zijn: hoe voer je dit optimaal uit en welke interventies zijn dan effectief.

Op de lange termijn gaat het om het tijdig identificeren van kinderen en volwassenen in de eerste lijn die lijden aan een zogenaamd 'metabool syndroom' en gerelateerde beelden (of de risicofactoren ervan) waaronder diabetes, vetzucht, cardiovasculaire problemen (met grotendeels ook een lage SES). De inwoners met een hoog-risicoprofiel zijn bij de gemeente bekend in het kader van WMO en bijstand gebruik en bij zorgverzekeraar in het kader van hoog gezondheidszorggebruik. De kans op een relatief minder gezonde en zelfstandige ouderdomsfase is bij deze groepen inwoners zeer groot.

Dementie

Uit een artikel in de Lancet blijkt dat het risico op het krijgen van Dementie met zo'n 30% is terug te dringen als we op de verschillend bekende risicofactoren in de jeugd, volwassenheid en vroege ouderdom passend zouden interveniëren of preventieve acties uit voeren. (Lancet 2019).



Als er reeds sprake is van dementie blijkt de top drie aan ervaren problemen bij de patiënten die lijden aan dementie en de mantelzorgers te bestaan uit:

1. psychiatrische symptomen van de patiënt
2. belasting en competentie van de mantelzorger (samenhangend met 1)
3. vrees bij patiënt of mantelzorger voor permanente verpleeghuisopname (samenhangend met 1 en 2)

Inmiddels is bekend dat als er meer 'psychiatrie' in de hulpverlening zit, dit betere zorguitkomsten geeft en minder kosten met zich mee brengt. Eigen onderzoek heeft aangetoond dat interventie op de multiële psychiatrische symptomen realistisch en in principe uitvoerbaar is met relevante positieve effecten op patiënt en mantelzorger (Bakker 2011). Daarnaast maken patiënten die lijden aan dementie gebruik van gemeentelijke voorzieningen, gezondheidszorg, enzovoort. De vorming van dementieketenzorg vindt in veel gemeenten plaats binnen het huidige fragmenterende systeem.

Revalidatie en herstelzorg

Bij revalidatie en herstelzorg gaat het om tijdige identificatie van kwetsbare ouderen met revalidatie of herstelbehoefte in relatie tot ziekenhuisopname. Het doel is om snel (al in het ziekenhuis) geïntegreerd met functiegerichte revalidatie en behandeling te kunnen starten in een hoge frequentie, afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. Inmiddels is ook aangetoond dat vóór-behandeling (pre-revalidatie) van kwetsbare patiënten een preventief effect kan hebben op het functioneren na een operatie. Een geïntegreerde aanpak biedt mogelijkheden tot het vergroten van de effecten.

Geriatrische eerste lijn praktijk

Een geriatrisch verantwoorde eerste lijn praktijkvoering stelt aanvullende eisen aan de huidige praktijkvoering. De ACOVE-methode (Assessing Care Of Vulnerable Elders) is geijkt voor de Nederlandse eerste lijn praktijk. Gelet op de huidige 392 kwaliteitsindicatoren voor een adequate praktijkvoering voor kwetsbare ouderen is een aanpassing van de praktijkvoering in de eerste lijn met het oog op een gezonde levensloop voor alle generaties gericht op functiebehoud noodzakelijk (Wenger, 2007). Het structurele MDO zal een hoeksteen kunnen zijn voor een integrale aanpak.

Ziekenhuis: geriatrieafdeling

Covinsky (2011) toont in een uitgebreid review-artikel in de JAMA aan dat bij ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen de beste resultaten behaald worden als kwetsbare ouderen (ongeveer 40% van de 65-plus opnames) primair op een aparte geriatrieafdeling worden opgenomen. Hier komen vervolgens de andere medisch specialisten naartoe om hun eigen behandeling voor te bereiden en uit te voeren. Gestructureerd multidisciplinair overleg uitgevoerd door een 'dedicated team' is de norm. Binnen de huidige omstandigheden is dit nauwelijks te realiseren; integendeel, de tendens is eerder tegengesteld. De voorgestelde gebiedsgerichte populatie bekostiging biedt aanzienlijk meer kans op het realiseren van passende geriatrieafdelingen in een stad of regio.

Concluderend:

Er zijn veel concrete bouwstenen beschikbaar om een proactieve integrale preventieve aanpak gericht op functiebehoud bij ouderen vorm te kunnen geven. Gemeenten zorgverzekeraars, onderwijskundigen en professional spelen hierbij een rol. Een gezamenlijke inspanning binnen een eerste lijn praktijk lijkt de moeite meer dan waard.

Onderzoek LIJN 2

Een op de eerste lijn gerichte organisatie van de gezondheidszorg biedt mogelijkheden tot een integrale preventie-aanpak binnen een bepaald gebied (wijk, stad of regio) met als doel het optimaliseren van de gemeentelijke-, verzekerings-, onderwijskundige- en professionele middelen om een gezonde levensloop gericht op functiebehoud te bevorderen, tegen aanvaardbare kosten.

Het gaat hierbij om preventieve gezondheidszorg en preventieve geneeskunde in de eerste lijn die gericht is op functiebehoud.

Een oriënterend 1^e fase kwalitatief onderzoek bij LIJN 2 richt zich op het in beeld brengen van de mogelijk belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van een integrale eerste lijn praktijk gericht op functie behoud door het gehele leven heen. Uit te voeren in een eerste lijn praktijk in R'dam Zuid.

Een 2^e fase onderzoek zal tot doel hebben: het identificeren van de structureel belemmerende en bevorderende factoren in drie eerste lijn praktijken (Rotterdam, Breda en Vlissingen) in het Genero gebied; waar mogelijk gecombineerd met goede praktijk voorbeelden

Gedrag en revalidatie

Wat maakt GRZ bij uitstek geschikt voor behandeling van ‘Probleemgedrag’?

Tijdens ziekenhuisopname hebben de patiënten medisch-specialistische zorg ondergaan vanuit een ziekteperspectief. De prognose van geriatrische revalidatie (GRZ)-patiënten is functioneel gezien minder positief. De meeste patiënten bereiken niet hun oude niveau van bio-psychosociaal functioneren (Covinsky). Over het algemeen is er sprake van een uitgebreide multi-morbiditeit, multi-functieproblematiek en polyfarmacie. De opname in het ziekenhuis en een GRZ-afdeling heeft voor ouderen en mantelzorgers een grote impact; niet alleen lichamelijk. Bij een deel van de revalidanten is er sprake van een traumatische ervaring. In het huidige revalidatieproces wordt relatief weinig rekening gehouden met deze impact. Dit blijkt uit het door het ‘Netwerk Geriatrische Revalidatie – Patiënt in the Lead’ uitgevoerde vooronderzoek onder patiënten, mantelzorgers, zorgprofessionals en inhoudelijk managers op drie GRZ-afdelingen (Bakker e.a.).

Voor ‘Probleemgedrag’ is in 2018 een nieuwe richtlijn verschenen van Verenso en NIP. *“Probleem (problema = opgave) betekent dat we voor een opgave staan. De richtlijn geeft als definitie: ‘Probleemgedrag’ is alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon zelf of voor mensen in zijn of haar omgeving”*. De geïdentificeerde bewezen effectieve programma’s van Sta OP, Grip op Gedrag en Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR) (Pieper, Zwijsen, Bakker) laten een aanzienlijk gemiddelde effectgrootte zien, namelijk tussen de 30-60% reductie. Waarom benutten wij in de geriatrische revalidatie de kans zo weinig om revalidanten voor hun psychisch lijden te behandelen? Wij helpen deze kwetsbare patiënt en de eerstelijnszorg slechts deels op weg met een suboptimale kwaliteit van leven voor de laatste levensjaren zonder een integraal bio-psychosociaal behandelplan, dat past bij het zorgaanbod in de thuissituatie.

Dit is toch een wezenlijke stap in het doelgericht revalideren met als focus een optimaal waardevolle levensfase na de revalidatie.

Kortom, hoe pakken wij de opgave van ‘Probleemgedrag’ in de GRZ de komende jaren krachtig aan?!

De huidige houding in de GRZ t.a.v. ‘Probleemgedrag’ is ambivalent. De nadruk ligt nu vooral op de elementen van doelgerichte behandeling, die de lichamelijke functionele prognose kunnen verbeteren; veroorzaakt door de aanleiding tot opname en de druk op de (voorlopige) ontslagdatum i.c.m. financiële consequenties. Echter, in een Nederlandse studie bij CVA-revalidanten blijkt bijvoorbeeld dat kwaliteit van leven grotendeels bepaald wordt door het vinden van een nieuwe, goede balans tussen fysieke, psychische, sociale en omgevingsfactoren. Bij CVA-patiënten is extra aandacht nodig voor psychosociale problemen en neuropsychiatrische symptomen (met name depressie: 38%), omdat deze een groot negatief effect hebben op de kwaliteit van leven van patiënt en mantelzorger (Buijck e.a.). Het gemiddelde percentage relevante neuropsychiatrische symptomen in de GRZ ligt landelijk rond de 20%, waarbij er aan het einde van de revalidatie vaak sprake is van een toename van de klachten. Daarnaast zijn er in toenemende mate potentiële revalidanten in het ziekenhuis die vanwege verstrend ‘probleemgedrag’ bij voorbaat worden geëxcludeerd voor GRZ, zeker als er sprake is van dementie.

De relatie van het GRZ-revalidatieteam met een geriatrische revalidant is per definitie tijdelijk: een schakel tussen ziekenhuis en thuis. Een ‘dwingende’ prikkel om met de revalidant en eventuele

mantelzorger de psychische problemen aan te pakken lijkt daarom in de GRZ nauwelijks aanwezig. Dat kan aan de eerste lijn worden overgelaten, bij voorkeur – of toch een unieke kans voor de GRZ?

Gedrag en langdurige zorg

Onderzoeksproject 'de gepersonaliseerde stapsgewijze integrale aanpak van probleemgedrag bij mensen met dementie' (STIP methodiek)

Voor dit project is een nieuwe, complete aanpak van probleemgedrag ontwikkeld, gebaseerd op de Richtlijn Probleemgedrag van Verenso. In deze richtlijn zijn drie aanpakken genoemd die effectief waren (IRR, STA OP!, GRIP). De projectgroep bestaat uit de betrokkenen van deze drie aanpakken, waarbij samen tot één gecombineerde methodiek is gekomen: **STIP**. Deze aanpak zal in twee verpleeghuizen toegepast worden. De toepassing wordt ondersteund door de webapplicatie **BPSD Care**, die speciaal hiervoor ontwikkeld is en reeds gebruikt wordt in Zweden, Japan en Denemarken.

Projectbeschrijving

Hoe wordt het project aangepakt?

Wat is de aanleiding van het onderzoek?

Wat is de doelstelling van het onderzoek?

Is het een promotieonderzoek?

Is het project onderdeel van een groter geheel, zoals een academische werkplaats of consortium?

In verpleeghuizen zijn er steeds meer mensen met dementie die complexe zorg nodig hebben. De meesten van hen vertonen een of meer symptomen van psychische pijn: depressief, angstig, apathisch, psychotisch en agressief gedrag. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd deed hier onderzoek naar in 20 verpleeghuizen. Hieruit bleek dat er te laat, onvolledig of onjuist gereageerd wordt op dit probleemgedrag.

Er wordt onnodig vaak zogenaamde “rustgevende” medicijnen voorgeschreven. Dit terwijl eerst stapsgewijs gekeken zou moeten worden naar andere, effectievere oplossingen. Het is daarvoor essentieel om te weten wat de oorzaken zijn van hun probleemgedrag. Oftewel: de persoon met dementie eerst goed te kennen en begrijpen door middel van goede psychiatrische diagnostiek. Alleen dan kun je goede zorg bieden aan deze zorgvrager. Hiervoor is het ten eerste nodig dat de zorgvrager en de mantelzorger(s) centraal staan en meedenken over de beste oplossingen. Ten tweede is het belangrijk dat alle betrokken zorgprofessionals alles goed met elkaar bespreken en afstemmen.

Deze stapsgewijze, gepersonaliseerde, integrale aanpak kan onnodig psychisch lijden en verergering voorkomen bij zorgvragers met dementie, hun mantelzorgers en de zorgprofessionals. De aanpak bestaat uit vijf fasen van klinisch redeneren en vier behandelstappen van stepped care. Het doel van dit project is het optimaal implementeren van de methodiek om daarmee proactief en effectief probleemgedrag bij cliënten te voorkomen of behandelen. Dit doen we door te kijken naar bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van de methodiek.

De implementatie is geslaagd als de methodiek, ondersteund met de webapplicatie BPSD Care, bij meer dan de helft van de cliënten tijdig en effectief is toegepast.

In de twee verpleeghuizen helpen stagestudenten van Verpleegkunde en Social Work mee bij het uitvoeren en evalueren van de STIP-methodiek.

De beoogde resultaten richten zich voornamelijk op het vinden van antwoorden op hoe de implementatie van de STIP-methodiek gerealiseerd kan worden. Drie vraagstellingen staan centraal:

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

Financiering

ZonMw, programma Memorabel, onderdeel van het Deltaplan Dementie. Dossiernummer 733050864.

Looptijd project

2019-2021

Samenwerkingspartners

De Zellingen, WVO Zorg, BPSD Care, Stichting Wetenschap Balans, Leids Universitair Medisch Centrum, Universitair Medisch Centrum Groningen, VU medisch centrum, Radboudumc Nijmegen, Geriant, Erasmus Universiteit Rotterdam, Van Maar Advies

Onderzoekslijn

Samenhang in Zorg