
Transitie van een psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar een laagdrempelige dagbehandeling in de wijk: een pilotonderzoek

Auteurs: A. M. (Marijke) van Haeften-van Dijk, Franka J. M. Meiland, Bart J. J. Hattink, Rose Marie Dröes

Samenvatting Background

In this study, the transition of a nursing home based psychogeriatric day care centre to an easy-access community day care centre plus caregiver support (DC-plus CS) is followed closely. The transition was based on the proven effective Meeting Centres Support Program.

Method

By means of qualitative analysis of documents and interviews with key persons ($n = 11$) we investigate facilitating and impeding factors for making this transition. Besides, we evaluate the satisfaction of participants and informal caregivers that used the new support program longer than 6 months.

Results

Several characteristics of the innovation (DC-plus CS) help to establish cooperation with other care and welfare services in the region, such as: the easy-access location, the social integration in the community, and the focus on combined support for people with dementia and their informal carers. The good cooperation and the suitable location in the community facilitate the implementation. At first, the presence of other community care-centres for people with dementia and their informal carers in the neighbourhood impedes the recruitment of new participants for the DC-plus CS. In general, the satisfaction of participants and informal carers about the support program is high.

Conclusion and discussion

The transition is made successfully and this study gives other psychogeriatric day care centres in the nursing home insight in how to make a similar transition to DC-plus CS.

Transition of a psychogeriatric day care in the nursing home to easy-access day care plus caregiver support in the community: a pilot study

Abstract Achtergrond

In deze studie wordt de transitie van een reguliere psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling met mantelzorgondersteuning (LPD-plus MO) in de wijk op de voet gevolgd. Het bewezen effectieve Model Ontmoetingscentra vormde het uitgangspunt bij de transitie.

Methode

Door middel van kwalitatieve analyse van documenten en interviews met sleutelfiguren ($n = 11$) worden factoren opgespoord die de overgang van de oude naar de nieuwe vorm van dagbehandeling bevorderen of belemmeren. Bij deelnemers en mantelzorgers die langer dan 6 maanden gebruik maken van het ondersteuningsaanbod wordt de tevredenheid over het nieuwe aanbod gepeild.

Resultaten

Verskillende kenmerken van LPD-plus MO blijken de samenwerking met andere zorg- en welzijnsaanbieders in de regio te bevorderen, zoals: de laagdrempelige locatie, de sociale integratie in de buurt en de focus op gecombineerde ondersteuning van zowel de persoon met dementie als de mantelzorger. Een goede samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties, en een geschikte locatie vergemakkelijken de implementatie. De aanwezigheid van concurrerend aanbod in de regio, zoals ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, belemmeren de werving van deelnemers voor de LPD-plus MO. Deelnemers en mantelzorgers zijn over het algemeen tevreden over het ondersteuningsprogramma.

Conclusie en discussie

De transitie is succesvol verlopen en levert andere reguliere dagbehandelingen tips op voor de transitie naar LPD-plus MO.

Kernwoorden: dementie, implementatie, laagdrempelige dagbehandeling, ontmoetingscentra, procesevaluatie

Keywords: Dementia, Implementation, Process evaluation, Psychogeriatric day care centres

Inleiding

Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers bestaan nu 20 jaar in Nederland. Er zijn inmiddels meer dan 120 Ontmoetingscentra actief en nog eens 20 in oprichting. Ontmoetingscentra bieden gecombineerde ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers op een laagdrempelige locatie in de wijk. Het ondersteuningsprogramma bestaat uit een dagsociëteit voor mensen met dementie met onder meer psychomotorische therapie; informatieve bijeenkomsten en gespreksgroepen voor mantelzorgers; en voor beiden is er een spreekuur met een programmacoördinator, een centrumoverleg, waarin om actieve inbreng van de deelnemers wordt gevraagd over het ondersteuningsprogramma en de activiteiten in het centrum. Daarnaast wordt er zorgcoördinatie geboden, in afstemming met de casemanagers. De uitvoering van het ondersteuningsprogramma vindt plaats in nauwe samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties in de wijk. De laagdrempelige locatie, midden in de wijk, veelal geïntegreerd in buurt- en ouderencentra, bevordert sociale integratie. Het ondersteuningsprogramma volgens het Model Ontmoetingscentra is in herhaald onderzoek (kosten)effectiever gebleken dan reguliere dagbehandeling: deelnemers van Ontmoetingscentra hadden minder gedrags- en stemmingsproblemen en meer zelfwaardering, terwijl hun mantelzorgers zich beter in staat voelden de zorg op zich te (blijven) nemen. Ook voelden mantelzorgers zich minder belast en was er sprake van uitstel van verpleeghuisopname.^{1,2}

Ondanks de bewezen meerwaarde van het Model Ontmoetingscentra ten opzichte van reguliere dagbehandeling, hebben tot op heden maar weinig verpleeghuizen hun psychogeriatrische dagbehandeling omgevormd conform dit effectievere model tot ontmoetingscentrum of een zogenoemde Laagdrempelige psychogeriatrisch dagbehandeling met mantelzorgondersteuning (LPD-plus MO). Uit een landelijke enquête in mei 2011 onder 176 psychogeriatrische dagbehandelingen van verpleeghuizen (respons van 31%) bleek dat de helft van de respondenten (waarvan 80% hoofd dagbehandeling en 16% manager) niet bekend is met de Ontmoetingscentra, dan wel LPD-plus MO.³ Een meerderheid is echter wel geïnteresseerd in het maken van de transitie naar LPD-plus MO. Redenen die men noemt zijn onder meer het willen bevorderen van sociale integratie, mantelzorgers beter willen ondersteunen, de drempel verlagen, en een effectieve oplossing vinden voor de huidige onderbezetting in dagbehandelingen in verpleeghuizen.^{4,5} De belangrijkste reden (25%) die werd aangegeven om de transitie niet te maken was onbekendheid met het Model Ontmoetingscentra. Andere redenen waren o.a. 'we ondersteunen mantelzorgers al', 'er is onvoldoende vraag in de regio', tevredenheid over de huidige dagbehandeling of onvoldoende steun en middelen vanuit de organisatie.

Om verpleeghuizen die de transitie van dagbehandeling in het verpleeghuis naar de wijk willen maken, handvatten te kunnen bieden en aldus de landelijke implementatie van LPD-plus MO te bevorderen, doet het VU medisch centrum momenteel in vijf verpleeghuizen in de regio's Amsterdam, Castricum en Beverwijk die de transitie maken, onderzoek naar factoren die deze transitie bevorderen of belemmeren. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Tevens worden de meerwaarde van de nieuwe LPD-plus MO ten opzichte van de oorspronkelijke

dagbehandelingen en de tevredenheid over het ondersteuningsprogramma onder de deelnemers onderzocht. Voorafgaand aan dit onderzoek is een pilot verricht in de regio Haarlem, waar een reguliere psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis de overgang maakte naar LPDplus MO in de wijk volgens het Model Ontmoetingscentra. In dit artikel worden de procesevaluatie van deze transitie beschreven en de tevredenheid van deelnemers en mantelzorgers over het nieuwe aanbod: Ontmoetingscentrum Buitenhof.

Methode

Onderzoeksopzet en setting

Voor de *procesevaluatie* is een kwalitatief onderzoeksdesign gehanteerd, waarbij diepteinterviews zijn gehouden met sleutelfiguren die betrokken waren bij de transitie van dagbehandeling in het verpleeghuis naar LPD-plus MO Buitenhof in Haarlem. Daarnaast zijn er verslagen van projectgroepvergaderingen en bijeenkomsten van initiatiefgroep en begeleidingsgroep (zie interventiebeschrijving) verzameld.

Voor het *tevredenheidsonderzoek* werd een survey gehouden onder deelnemers van de dagbehandeling en hun mantelzorgers die minstens 6 maanden gebruik hadden gemaakt van het ondersteuningsprogramma van de LPD-plus MO.

De interventie: transitie van reguliere psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar LPD-plus MO in de wijk

De reguliere psychogeriatrische dagbehandeling gevestigd in het verpleeghuis maakte de transitie naar LPD-plus MO in de wijk conform het Model Ontmoetingscentra. Deze transitie werd gemaakt onder begeleiding van een projectleider vanuit de trekkende organisatie, en werd vanuit het VUmc ondersteund door een transitiebegeleider en een consultant, beiden met veel ervaring in het opzetten van en werken volgens het Model Ontmoetingscentra, en een initiatiefgroep. Het voorbereidingstraject startte in juni 2010 en de nieuwe laagdrempelige dagbehandeling met mantelzorgondersteuning werd een half jaar later, in december 2010 geopend. Bij aanvang van het project werden alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst waarin zij gevraagd werden deel te nemen in de initiatiefgroep die de transitie verder zou voorbereiden. Voorbeelden van organisaties die deelnamen aan de initiatiefgroep zijn de lokale Alzheimerafdeling, huisartsen, een organisatie voor mantelzorgondersteuning, en casemanagers. De initiatiefgroep werkte volgens een vooraf opgesteld stappenplan waarbij in verschillende werkgroepen werd gewerkt aan het nader definiëren van de doelgroep, uitwerken van het ondersteuningsprogramma, opstellen van locatie-eisen en het inventariseren van geschikte locaties in de regio, maken van een financieel plan en afspraken met zorgverzekeraar en gemeente, PR-plan en de totstandkoming van een samenwerkingsovereenkomst. De voortgang van de verschillende werkgroepen werd maandelijks besproken in de initiatiefgroep en uitgewerkte plannen werden zo nodig aangepast. Parallel aan de initiatiefgroep, was er ook een projectgroep die bestond uit de projectleider, de locatiemanager van het verpleeghuis en de leidinggevende van de dagbehandeling, en de transitiebegeleider, consultant en onderzoeker vanuit VUmc. De projectgroep hield zich bezig met de organisatie en inhoudelijke voorbereiding van de initiatiefgroepbijeenkomsten en de onderwerpen personeel, behoeftetepeiling, bevorderende en belemmerende factoren van de eigen (trekkende) organisatie en de voortgang van het implementatieonderzoek. Voorafgaand aan de transitie werd een behoeftetepeiling in de wijk gedaan onder bewoners (55 jaar en ouder). Hieruit bleek dat er vooral behoefte was aan meer informatie over dementie en het omgaan met de gevolgen van dementie. De respondenten gaven aan op het moment van invullen nog geen of geringe behoefte aan dagbesteding te hebben, maar in de toekomst mogelijk wel.

Verder werd het personeel bijgeschoold in het werken volgens het adaptatie-coping model⁶ door middel van een cursus en coaching gesprekken met de consultant vanuit VUmc en de programmacoördinator van de LPD-plus MO. De gezamenlijke inspanningen van de initiatief- en projectgroep resulteerden in een productbeschrijving van de laagdrempelige dagbehandeling met mantelzorgondersteuning in de wijk. De samenwerking met zorg- en welzijnsinstellingen is bekrachtigd in een samenwerkingsovereenkomst waarin staat uitgewerkt welke rol de diverse organisaties vervullen bij de uitvoering van de LPD-plus MO.

Na de start van de LPD-plus MO is de initiatiefgroep overgegaan in een begeleidingsgroep die in het eerste jaar ieder kwartaal, en in het tweede jaar halfjaarlijks bijeenkwam. De begeleidingsgroep evalueerde de gang van zaken op de LPD-plus MO en

formuleerde zonnodig verbeterpunten. Het gehele transitieproces, inclusief de twee jaar na de start, is op de voet gevolgd door onderzoekers (FM, MvH, BH) van het VUmc.

Dataverzameling

A) Procesevaluatie

Er werden semi-gestructureerde interviews gehouden met sleutelfiguren die betrokken waren bij de transitie. Het interviewschema werd samengesteld op basis van het theoretisch model van adaptieve implementatie.⁷ Bij adaptieve implementatie wordt er vanuit gegaan dat zowel de innovatie zelf als de context waarin de innovatie geïmplementeerd wordt, aangepast moeten worden om succesvolle implementatie te bewerkstelligen. Dit model paste goed bij dit onderzoek, omdat ook bij de implementatie van de LPD-plus MO met de verschillende samenwerkingspartners in de regio nagegaan diende te worden hoe het nieuwe aanbod het beste vormgegeven kon worden. In dit model wordt onderscheid gemaakt in factoren die bij aanvang en in de verschillende fasen van implementatie (voorbereidings-, invoerings- en continueringsfase) bevorderend of belemmerend werken. Per fase werden op drie niveaus factoren geïnventariseerd die de implementatie hadden beïnvloed: het niveau van de uitvoering van de hulpverlening (microniveau), organisatieniveau, inclusief de samenwerking tussen organisaties (mesoniveau), en wet- en regelgeving (macroniveau).

Sleutelfiguren werden doelgericht geselecteerd, op basis van gevarieerde expertise en betrokkenheid in de verschillende implementatiefasen op micro-, meso-, en macroniveau.⁸

In totaal werden 11 sleutelfiguren geïnterviewd, waarvan 1 sleutelfiguur zowel tijdens de invoerings- als continueringsfase: een casemanager, een medewerker van de regionale afdeling van Alzheimer Nederland, drie verschillende trekkers van de innovatie (managementfunctionarissen uit het verpleeghuis), een zorgadviseur uit het verpleeghuis (2x), een zorginkoper van Achmea, een beleidsmedewerker van de gemeente, een manager van een lokale ondersteuningsorganisatie voor mantelzorgers, en een programmacoördinator van het Ontmoetingscentrum. Eveneens werden relevante documenten verzameld, zoals vergaderverslagen van de projectgroep, initiatiefgroep en begeleidingsgroep.

B) Tevredenheidsonderzoek

De tevredenheidsvragenlijsten voor de deelnemers en mantelzorgers zijn samengesteld uit (delen van) de evaluatie-enquêtes uit het onderzoek Implementatie Model Ontmoetingscentra en het Meetinstrument Klanttevredenheid Ontmoetingscentra voor mensen met dementie.⁹

Het tevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd in de periode mei 2011 tot en met oktober 2012 bij mensen met dementie die minstens 6 maanden hadden deelgenomen aan de dagbehandeling en bij mantelzorgers. De vragenlijst voor deelnemers van de dagbehandeling werd door de onderzoekers in interviewvorm afgenomen, mantelzorgers kregen een vragenlijst thuisgestuurd. Er is expliciet aangegeven dat het om een onafhankelijk onderzoek van het VUmc ging en dat alle gegevens anoniem zouden worden verwerkt.

We ontvingen voor 11 van de 24 deelnemers aan dagbehandeling toestemming van de mantelzorger voor deelname aan het onderzoek, en zij stemden zelf ook in en zijn zodoende geïnterviewd. Voor één deelnemer werd wel toestemming ontvangen, maar deze persoon werd kort daarna opgenomen in het verpleeghuis en kon niet meer worden geïnterviewd. De respons bedraagt dus 46 procent.

Van de 17 mantelzorgers die minstens 6 maanden van de LPD-plus MO gebruik hadden gemaakt, stuurden 6 een ingevulde enquête terug (respons van 35 procent).

Analyse

De uitgetypte interviews en de vergaderverslagen werden ingevoerd in het computerprogramma Atlas-TI 5.2¹⁰ en door twee onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd: tekstdelen waarin bevorderende of belemmerende factoren van implementatie aan de orde kwamen, werden gecodeerd aan de hand van een vooraf opgesteld coderingsschema, dat tijdens het analyseproces zo nodig werd aangevuld. Deze coderingen werden vervolgens besproken totdat consensus werd bereikt. Hierna werden alle tekstfragmenten per code samengevoegd en per implementatiefase en niveau van implementatie

samengevat.

De tevredenheidsvragenlijsten zijn met beschrijvende statistiek geanalyseerd in SPSS 20.0.

Resultaten

Bevorderende en belemmerende factoren bij het maken van de transitie naar LPD-plus MO

Zie figuur 1 voor een overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren die respectievelijk bij aanvang en in de fasen daarna een rol speelden. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de belangrijkste bevindingen.

Aanvangscondities

De transitie werd vergemakkelijkt doordat men al bij aanvang de beschikking had over een gepaste, laagdrempelige locatie in de wijk en door de aanwezigheid van een gemotiveerde projectleider. De meerwaarde van het Model Ontmoetingscentra, dat het uitgangspunt vormt bij het maken van de transitie naar LPD-plus MO, wordt door sommige betrokkenen direct al bij de introductie van het model gezien. Een manager van de regionale organisatie voor mantelzorgondersteuning zegt:

'Het is drempelverlagend (...). Dat mensen hun eigen inbreng hebben. Invloed hebben op de activiteiten, waar ze op dat moment mee bezig zijn. Dat is essentieel!'

De visie van het project blijkt bovendien goed aan te sluiten bij de beleidsplannen van de trekkende organisatie en de visie van de regionale dementieketen. Dit helpt bij het verkrijgen van medewerking van de andere zorgen welzijnsorganisaties. De goede samenwerking die vervolgens ontstaat met deze organisaties in de initiatiefgroep wordt als een belangrijke bevorderende factor genoemd. Sommige mensen moeten bij aanvang nog overtuigd worden van de meerwaarde van dit project. Een manager van de trekkende zorgorganisatie:

'Dus de eerste indruk is dan 'wat is er zo bijzonder aan?' Dat was ook de eerste indruk die de medewerkers hadden, van 'dat doen we toch?' Wat het dan anders is had ik ook even moeite mee om dat op te pakken'.

De bewezen meerwaarde van Ontmoetingscentra in vergelijking met reguliere dagbehandeling helpt bij het overtuigen van de betrokkenen. Het regionale zorgkantoor benadrukt dat het concept goed aansluit bij hun stimuleringsbeleid om zorgorganisaties meer te laten samenwerken met andere zorg- en welzijnsaanbieders, het ondersteunen van mantelzorgers en het actief betrekken van vrijwilligers. Een belemmerende factor is dat de lokale welzijnsorganisatie vanwege interne reorganisatie bij aanvang niet actief kon participeren in het project, wat het in een later stadium moeilijker maakte om wijkgerichte activiteiten te organiseren.

Al het personeel van de dagbehandeling zou in principe meegaan naar de nieuwe LPD-plus MO. Echter, niet al het personeel blijkt bij aanvang gemotiveerd of even competent om zelfstandig in de wijk volgens het nieuwe model te werken. Daarom worden twee van de vijf personeelsleden uiteindelijk in overleg met deze personeelsleden zelf, naar een andere werkplek overgeplaatst. Uit de interviews blijkt dat de personeelsleden de communicatie vanuit het management voorafgaand aan de veranderingen onvoldoende hebben gevonden.

Implementatie

Vorbereidingsfase

Ook in deze fase blijkt de goede samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties in de regio de transitie te bevorderen. Een casemanager zegt over deze samenwerking:

'Toen ik erin stapte was ik daar wel een beetje door verrast, mijn beeld was helemaal niet zo dat die andere partijen ook zo inhoudelijk betrokken waren dus (...) dat vond ik ook wel positief, (...) dat je daarmee dus meteen een goede basis legt om het samen uit te gaan voeren'.

Dankzij financiële steun van de gemeente kan een lokale organisatie voor mantelzorgondersteuning meewerken aan de gespreksgroepen voor mantelzorgers.

Ook wordt aangegeven dat de transitiebegeleiding vanuit VUmc positief bijdraagt aan zowel de inhoud van het nieuw vorm te geven ondersteuningsprogramma in de LPD-plus MO, als aan de snelheid waarmee de transitie gemaakt kan worden. Daarbij helpt met name ook het gehanteerde stappenplan dat als leidraad diende bij de voorbereiding.

Hoewel men bij de voorbereiding van de transitie soms twijfels heeft of het werken volgens het Model Ontmoetingscentra geïntegreerd kan worden in de dagbehandeling, vertraagt dit het transitieproces niet. Enige inspanning is nodig om de taken van de casemanager en de programmacoördinator van de LPD-plus MO goed af te stemmen. In het Model Ontmoetingscentra ligt het uitvoeren van zorgcoördinatie van oorsprong namelijk bij de programmacoördinator (de functie casemanagement was toen nog niet gebruikelijk – MvH).

AANVANGSCONDITIES		
Kenmerken van de innovatie Laagdrempelig concept Locatie buiten het verpleeghuis Gecombineerde ondersteuning deelnemer en mantelzorg Evidence-based Duidelijke visie (begeleiding bij het omgaan met de gevolgen van dementie)	Personele en financiële middelen Voldoende budget Projectleider: enthousiast en kennis over Model Ontmoetingscentra	
Rol casemanagers eerst onduidelijk	Wisseling van projecttrekkers Competentie en motivatie van enkele medewerkers gering Eigen maken van innovatie lastig voor trekkende organisatie Ontevredenheid bij personeel over communicatie project	
Tijd en andere operationele randvoorwaarden Geschikte locatie in de wijk Inzet projectleider, transitiebegeleider en consultant voor transitie Uitstel verhuizing met drie maanden	Organisatiecondities Bestaande relaties met andere aanbieders in de regio Project in lijn met visie van de regio Project past in beleidsplan verpleeghuis Initiatiefgroep toegewijd en gemotiveerd Bestaande band met huisartsen	
Tijdsdruk op het proces	Welzijnsorganisatie niet betrokken	
IMPLEMENTATIEPROCES		
Vorbereiding	Invoering	Continuering
<i>Microniveau</i> Positieve uitkomsten behoeftepeiling wijk Goede PR <i>Mesoniveau</i> Betrokkenheid VUmc (begeleiding transitie) leidt tot enthousiasme bij andere organisaties en snel inhoud geven aan project Gestructureerde werkwijze leidt tot snel inhoud geen aan het aanbod en samenwerking met andere organisaties in de regio Inzet lokale organisatie voor mantelzorgondersteuning dankzij gemeentelijke subsidie Afstemming taken casemanager en programmacoördinator LPD-plus MO <i>Macroniveau</i> < Geen >	<i>Microniveau</i> Actieve inzet programmacoördinator <i>Mesoniveau</i> Grote commitment zorg- en welzijnsorganisaties in de regio Goede samenwerking en afstemming met zorg- en welzijnsorganisaties Blijven evalueren van visie project en uitvoering <i>Macroniveau</i> Zorgkantoor zet in op extramurale zorg en meer ambulante werken van de SOG in samenwerking met de huisarts	<i>Microniveau</i> Team waardeert nieuwe manier van werken Goede vrijwilligers Continue evaluatie visie project en uitvoering Afstemmen frequentie en inhoud mantelzorgondersteuning met mantelzorgers Centrale en huiselijke locatie in de wijk <i>Mesoniveau</i> Onderhouden goede relaties met zorg- en welzijnsorganisaties Betrekken casemanager bij MDO Lagere kosten door inzet psycholoog in plaats van specialist ouderengeneeskunde Steun van het management van trekkende organisatie PR gericht op huisarts en casemanagers PR strategie evalueren en aanpassen <i>Macroniveau</i> < Geen >
<i>Microniveau</i> Personeel onvoldoende geschoold Opnieuw moeten aanpassen van functieprofielen voor personeel <i>Mesoniveau</i> Praktische organisatie initiatiefgroep niet altijd goed Niet alle samenwerkingspartners actief betrokken bij initiatiefgroep <i>Macroniveau</i> < Geen >	<i>Microniveau</i> Competentie en motivatie van enkele medewerkers gering <i>Mesoniveau</i> Concurrentie van ontmoetingscentra in de regio <i>Macroniveau</i> < Geen >	<i>Microniveau</i> Onvoldoende cliënten Financiële risico's groter <i>Mesoniveau</i> Concurrentie in de regio Organisatie waaronder LPD-plus MO valt, biedt zelf geen thuiszorg; hierdoor minder doorverwijzingen vanuit thuiszorg <i>Macroniveau</i> Financiering onzeker i.v.m. verwachte overheveling dagbesteding van AWBZ naar WMO Toenemende financiële druk zorgverzekeraars

Figuur 1 Bevorderende (wit) en belemmerende (grijs) factoren bij de transitie van dagbehandeling in het verpleeghuis naar laagdrempelige dagbehandeling met mantelzorgondersteuning in de wijk

Invoeringsfase

De inzet van de programmacoördinator en het ontstane enthousiasme van het team helpen het ondersteuningsprogramma

in te voeren zoals bedoeld. De bijscholing en coaching on the job die het personeel ontvangt, helpt hen bovendien bij het eigen maken van de nieuwe werkwijze. Een casemanager zegt hierover:

'Ja, wat ik merk en wat ik zie is dat ze ontzettend hun best doen en dat er heel veel enthousiasme is en dat het ook moeilijk is, want het is nogal een verandering voor mensen die meegekomen zijn vanuit de oude situatie. Ja, goed dat ze het willen, en ik moet ook zeggen, een aantal cliënten die ik daarna heb doorverwezen, die zijn erg tevreden.'

Het blijkt in deze fase ook belangrijk om het ondersteuningsprogramma van de LPD-plus MO goed af te stemmen met het bestaande aanbod van andere zorg- en welzijnsorganisaties in de regio, zoals bijvoorbeeld het lokale Alzheimer Café.

Een medewerker van de trekkende organisatie vertelt dat het uitnodigen van de casemanagers bij het multidisciplinaire overleg (MDO), de samenwerking bevordert. Het werkt ook goed dat de huisarts verantwoordelijk arts blijft en de specialist ouderengeneeskunde op afroep beschikbaar is. Deze aanpak sluit aan bij het stimuleringsbeleid van het zorgkantoor om de specialist ouderengeneeskunde extramuraal te laten samenwerken met de huisarts. De psycholoog vervult daarnaast een belangrijke rol in de LPD-plus MO, onder andere bij het (leren) werken volgens het adaptatie-copingmodel.

Continueringsfase

Uit de interviews die een tot twee jaar na de transitie zijn gehouden, blijkt dat het team inmiddels gewend is aan de nieuwe manier van werken. De teamleden waarderen de verantwoordelijkheid die ze hebben en de toegenomen betrokkenheid die zij zien bij de deelnemers van de dagbehandeling en de mantelzorgers. Een zorgverlener zegt over de overgang van het verpleeghuis naar LPD-plus MO het volgende:

'Daar waren we meer professional, hier wat meer mens. (...) Er is een meer gelijkwaardige relatie gekomen. Het voelt minder als "jij bent de cliënt, ik ben de hulpverlener".'

De inzet van meer en betere vrijwilligers komt de individuele aandacht voor deelnemers ten goede. Over de gespreksgroepen en informatieve bijeenkomsten voor mantelzorgers merkt de programmacoördinator op dat het belangrijk is de frequentie en het tijdstip af te stemmen met de mantelzorgers zelf:

'Ja, weet je, het stukje dagbesteding is natuurlijk ook om hen te ontlasten. Als je vervolgens heel veel bijeenkomsten gaat organiseren, dan merk je dat dat bij hen weer een overbelasting geeft. Je moet daar wel een middenweg in vinden'. Op basis van behoeften van de mantelzorgers vinden gespreksgroepen plaats met een frequentie van eens per zes weken. Informatieve bijeenkomsten worden tweemaandelijks georganiseerd. De nieuwe LPD-plus MO heeft anderhalf jaar na de transitie te maken met onderbezetting van deelnemers, wat een bedreiging vormt voor haar voortbestaan. Een mogelijke oorzaak van de onderbezetting is volgens enkele geïnterviewden dat mensen met dementie tegenwoordig vaak pas in een later stadium van de ziekte worden doorverwezen. Een ander denkt dat vanwege het oude imago (intramuraal dagbehandeling) de verwijzers nog steeds dezelfde doelgroep als in de oude dagbehandeling aanmelden terwijl er door de afschaffing van de ZZP 1 tot 3 vrijwel geen wachtlijsten zijn bij verpleeghuizen in de regio, en deze mensen sneller doorstromen van dagbehandeling naar verpleeghuis. Al met al wordt na anderhalf jaar nog niet bereikt wat men beoogde: mensen met dementie en hun mantelzorgers in een vroeger stadium bereiken. De programmacoördinator geeft aan dat er daarom actieve PR en voorlichting richting verwijzers plaatsvindt sinds een jaar na de transitie, met name om mensen in een vroeger stadium van dementie te bereiken. De actieve PR blijkt tot een grotere interesse te leiden vanuit de wijk voor de informatieve bijeenkomsten, wat klaarblijkelijk de drempel voor deelname aan LPD-plus MO verlaagt, want ruim twee jaar na de transitie blijkt dat er geen onderbezetting meer is en er onder andere nieuwe deelnemers zijn geworven via de informatieve bijeenkomsten. De LPD-plus MO kon in de tussentijd ondanks de onderbezetting toch blijven bestaan dankzij de overtuiging van het management dat het de investering waard was en omdat de kosten lager uitvielen dan in de 'oude' dagbehandeling doordat de psycholoog taken overnam van de specialist ouderengeneeskunde.

Tot slot komt de mogelijke overheveling van vergoeding dagbesteding en begeleiding van de AWBZ naar de WMO meerdere malen naar voren als potentiële belemmerende factor voor de continuering van de LPD-plus MO na 2014.

Resultaten tevredenheidsonderzoek

Deelnemers

Tijdens de interviews met deelnemers wordt gevraagd hoe zij het contact met de mensen die in de LPD-plus MO werken, ervaren. Op deze vraag antwoorden drie deelnemers 'heel vriendelijk' en acht deelnemers 'vriendelijk', niemand antwoorde 'onvriendelijk' of 'heel onvriendelijk'. Op de vraag of de mensen die er werken hen genoeg aandacht geven, antwoorden drie deelnemers 'heel goed' en zeven deelnemers 'voldoende'. Eén persoon vindt dat hij/zij te weinig aandacht krijgt. Er wordt ook gevraagd aan de deelnemers of zij op de dagbehandeling kunnen doen wat ze leuk vinden. Op deze vraag antwoorden negen deelnemers met 'ja', één persoon met 'nee', en één persoon geeft geen antwoord. Op de vraag wat hun algemene oordeel is over de activiteiten, antwoorden alle elf personen dat zij tevreden zijn. Een deelnemer geeft het volgende aan:

'Het valt voor mij niet mee om me ergens thuis te voelen, maar hier voel ik me thuis'.

Een andere deelnemer zegt:

'Voor mij hoeft het niet, maar het is een welkome afwisseling'.

Het gemiddelde rapportcijfer dat de deelnemers geven voor de laagdrempelige dagbehandeling is een 7,9.

Mantelzorgers

Uit de tevredenheidsenquête onder mantelzorgers blijkt dat alle mantelzorgers vinden dat er voldoende met hen werd overlegd over de voortgang van de begeleiding van hun naaste. Op de vraag of zij voldoende worden betrokken bij de invulling van de begeleiding van hun naaste zijn de meningen echter verdeeld: vier mantelzorgers antwoorden bevestigend en twee mantelzorgers ontkennend. Alle zes mantelzorgers voelen zich minder belast door de zorg van hun naaste sinds hun naaste de dagbehandeling bezoekt. Een mantelzorger geeft hierbij aan:

'Ik kan dan mijn eigen dingen doen en ook rustiger gezamenlijke dingen doen'.

Op de vraag welke invloed de dagbehandeling heeft op hun naaste antwoordt een mantelzorger:

'Hij heeft weer structuur gekregen'.

Drie van de zes mantelzorgers komen zelf ook wel eens langs op de dagbehandeling. Een mantelzorger zegt hierover:

'Op de koffie. Het is gezellig. Je ziet hoe iedereen met elkaar omgaat en hoe je partner daar is.'

Van de zes mantelzorgers hebben er vijf één of meerdere informatieve bijeenkomsten bijgewoond. Alle respondenten vinden de hoeveelheid informatie die wordt aangereikt op de informatieve bijeenkomsten voldoende (drie mantelzorgers) of goed (twee mantelzorgers). Van de zes mantelzorgers hebben er vier deelgenomen aan één of meerdere gespreksgroepen voor mantelzorgers. Zij zijn allen tevreden (twee mantelzorgers) of zeer tevreden (twee mantelzorgers) over de gespreksgroep. Van de zes mantelzorgers hebben er vier het centrumoverleg bijgewoond. Volgens vier respondenten heeft het centrumoverleg de betrokkenheid bij de laagdrempelige dagbehandeling vergroot, één respondent vindt dit niet en één heeft geen mening. Gemiddeld geven de mantelzorgers de LPD-plus MO een 8,5. Een mantelzorger geeft over haar ervaringen bij de LPD-plus MO aan:

'Ik zou willen pleiten voor meer van dit soort dagbehandelingen. Mantelzorgers horen er echt bij. Dat doet me goed, ik kan het zo beter aan. En ik merk dat hij hier gedijt, dat is het belangrijkste'.

Een rapport over het volledige tevredenheidsonderzoek is op te vragen bij de auteurs.

Conclusie en discussie

In deze pilotstudie werd de overgang van een reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis naar een laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling in de wijk met mantelzorgondersteuning (LPD-plus MO) onderzocht door middel van een procesanalyse en een tevredenheidsonderzoek.

Factoren die bijdroegen aan een succesvolle transitie waren de bewezen meerwaarde van het Model Ontmoetingscentra ten opzichte van reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis, een geschikte locatie in de wijk, een gemotiveerde projectleider vanuit de trekkende organisatie, de samenwerking met andere zorgen welzijnsorganisaties, het werken volgens een gestructureerd stappenplan en de bijscholing van het personeel door middel van cursussen en coaching on the job. Een gemotiveerd team en de inzet van goede vrijwilligers bevorderden de borging van het werken volgens de uitgangspunten van

de LPD-plus MO.

Een belemmerende factor bij aanvang was dat het personeel niet overtuigd was van de meerwaarde van LPD-plus MO en dat ook niet allen de competenties en wens hadden om volgens een nieuwe methode in de LPD-plus MO te gaan werken. In de continueringsfase, vanaf een jaar na invoering, bleek het team, na bijscholing, de nieuwe werkwijze volledig te hebben geadopteerd en de meerwaarde ervan in te zien.

Het gebleken concurrerend aanbod aan laagdrempelige dagvoorzieningen, voornamelijk ontmoetingscentra van andere zorgaanbieders elders in de wijk en regio, en de verwachte overheveling van dagbesteding van de AWBZ naar de WMO werden als bedreigend ervaren voor de continuering van dit aanbod.

Uit de resultaten van de enquête onder deelnemers aan de LPD-plus MO kan geconcludeerd worden dat zij tevreden tot zeer tevreden hierover zijn. Deelnemers waarderen het contact met het personeel en de activiteiten die plaatsvinden in de dagbehandeling. Ook de mantelzorgers zijn over het algemeen positief over het centrum en het programma.

Het enthousiasme van de projectleider, een gedeelde visie, gemotiveerd personeel en de samenwerking met regionale zorg- en welzijnsorganisaties werkten ook in het Implementatieonderzoek van de Ontmoetingscentra (IMO) bevorderend voor een succesvolle implementatie.¹¹ Vergelijkbare beïnvloedende factoren op het niveau van het individu, de organisatie en de maatschappij komen ook naar voren in andere implementatiestudies van zorginnovaties,¹² evenals het belang om personeel vroegtijdig te betrekken bij implementatie.

Ondanks het bestaan van een dementieketen i.o. in de betreffende regio, bleek het voor het verpleeghuis, net als destijds bij de implementatie van ontmoetingscentra, nieuw om samen te werken met andere zorg- en welzijnsorganisaties. Een verschil met de ontmoetingscentra is dat de dagbehandeling moeilijk van zijn oude imago afkomt: sommige verwijzers blijven alleen de 'oorspronkelijke doelgroep' van de traditionele dagbehandeling verwijzen, namelijk mensen met een ernstiger vorm van dementie en/of een zwaardere hulpbehoefte. Het blijkt dus nodig dat de LPDplus MO proactief communiceert richting verwijzers over de (brede) doelgroep en nieuwe aanpak van de dagbehandeling. Wat ook opviel, was dat de financiële risico's van het project kritisch werden meegewogen vanwege de (verwachte) bezuinigingen en wetswijzigingen. Omdat na de transitie de psycholoog taken en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde overnam, bleken de kosten voor dagbehandeling lager dan voor de transitie. Desalniettemin brengt de overheveling van de vergoeding vanuit de AWBZ naar de WMO, en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen veel onzekerheid met zich mee.

De resultaten van dit pilotonderzoek in Haarlem moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het tevredenheidsonderzoek is bij minder dan de helft van de mantelzorgers en deelnemers aan de LPD-plus MO uitgevoerd en omdat er geen achtergrondgegevens bekend zijn van de nonrespons kunnen wij helaas geen uitspraken doen over de representativiteit van degenen die wel aan het onderzoek deelnamen. In de tijd waarin de tevredenheidsenquête werd afgenomen was er sprake van een groot verloop door verpleeghuisopnames, wat een verklaring voor de hoge non-respons biedt. Hierdoor zijn de resultaten van de enquête waarschijnlijk gebaseerd op de ervaringen van een relatief 'stabiele groep' mantelzorgers en mensen met dementie.

Er bestaat een mogelijkheid dat de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek zijn beïnvloed door sociaal-wenselijke antwoorden van de respondenten. Om dit te voorkomen is de onafhankelijkheid van de onderzoekers en de anonieme verwerking van de resultaten voortdurend benadrukt.

Een andere beperking is dat dit pilotprocesonderzoek maar in één regio plaatsvond, waar de transitie in relatief korte tijd bovendien succesvol is verlopen. Voor meer inzicht in bevorderende en belemmerende factoren bij de transitie van reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis naar een LPD-plus MO is onderzoek bij meerdere dagbehandelingen die de transitie doormaken in, bij voorkeur, meerdere regio's wenselijk. De transitie werd uitgevoerd door de betrokken organisaties in de regio, in het kader van een onderzoeksproject waarin ook langdurig begeleiding werd geboden om de transitie tot stand te brengen. Om belangenverstremming te voorkomen, waren de verantwoordelijkheden verdeeld tussen onderzoekers die het onderzoek uitvoerden (MvH, FM, BH) en de transitiebegeleiders (RMD, JB).

Het verrichte onderzoek was een pilotproject. De resultaten hiervan dragen, tezamen met de resultaten van het vervolgonderzoek dat grotendeels vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg (ZonMw) wordt gefinancierd, bij aan de kennisontwikkeling over implementatie van zorginnovaties en geven een overzicht van factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij het maken van een soortgelijke transitie. Er is tevens een draaiboek gemaakt met tips voor een effectieve implementatie van LPDplus MO. Hierin wordt per fase van implementatie beschreven welke stappen hiertoe ondernomen kunnen worden: van het uitnodigen van zorg- en welzijnsorganisaties, formeren van werkgroepen, informeren en betrekken van personeel en veilig stellen van financiering, tot de opening, het tekenen van de samenwerkingsovereenkomst, PR voeren en structurele afstemming met verwijzers. Per stap wordt ingegaan op de factoren die het implementatieproces kunnen bevorderen en belemmeren en waar men dus rekening mee moet houden. Zorginstellingen die een transitie van reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis naar LPD-plus MO in de wijk overwegen, kunnen hiermee efficiënter en effectiever de overstap maken.

De transitie naar een laagdrempelige voorziening in de wijk waarin zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers ondersteuning kunnen krijgen, sluit aan bij de focus van het huidige overheidsbeleid op extramuralisering en langer thuis blijven wonen, en de verwachte overheveling van begeleiding AWBZ naar het gemeentelijk domein. Naast de verantwoordelijkheid voor mantelzorgondersteuning, zullen gemeenten binnenkort ook de verantwoordelijkheid krijgen voor financiering van dagvoorzieningen voor thuiswonenden mensen met dementie. De met de decentralisatie gepaard gaande bezuinigingen en de schotten in financiering (WMO, AWBZ, Ziektekostenverzekeringwet) brengen echter tegelijkertijd onzekerheid met zich mee over de haalbaarheid van LPD-plus MO en andere vormen van professionele dagbesteding na 2014. Dit kan voor reguliere dagbehandelingen een drempel zijn om de transitie naar LPDplus MO te maken. Goede afspraken tussen de zorgverzekeraars en gemeenten zijn daarom noodzakelijk om te voorkomen dat de omvorming van reguliere dagbehandeling naar LPD-plus MO stagneert.

Een LPD-plus MO biedt bewezen effectieve, wijkgerichte ondersteuning aan zowel de mantelzorger als de persoon met dementie in nauwe afstemming met andere zorg- en welzijnsorganisaties. Het is gebleken dat geïntegreerde gecombineerde ondersteuning effectiever is dan aparte ondersteuning voor de mantelzorger en/of de persoon met dementie,^{13,14,15} en dankzij de nauwe samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties in de wijk kan dubbel werk bovendien voorkomen worden.

Dankbetuigingen

We danken de deelnemers, mantelzorgers en medewerkers van de Laagdrempelige Psychogeriatrische Dagbehandeling plus Mantelzorgondersteuning Buitenhof van Stichting Sint Jacob in Haarlem voor hun deelname aan dit onderzoek. Tevens danken wij Alzheimer Nederland afdeling ZuidKennemerland, Draagnet, Tandem, Gemeente Haarlem en Achmea/Agis voor hun bijdrage aan het onderzoek. We danken Lennart Roest die als stagiair aan dit project heeft bijgedragen. Joke Bos (JB) werkte als consultant voor dit project. De studie werd mogelijk gemaakt door subsidies van Stichting Sint Jacob en VitaValley.

Auteurs

A. M. van Haeften-van Dijk

Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Netherlands

Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

F. J. M. Meiland

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Netherlands

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

B. J. J. Hattink

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Netherlands

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

R. M. Dröes

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Netherlands

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+ Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VU medisch centrum, afdeling Dienst Onderzoek en Innovatie, GGZ inGeest, Amsterdam

E-mail: rm.droes@vumc.nl

Literatuurlijst

1. Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz M, van TW. Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behaviour and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Jul;19(7):673-84.
2. Dröes RM, Meiland FJ, Schmitz MJ, van Tilburg W. Effect of the Meeting Centres Support Program on informal carers of people with dementia: results from a multi-centre study. *Aging Ment Health* 2006 Mar;10(2):112-24.
3. Roest L, van Dijk AM, Meiland FJM, Dröes RM. In: *Opinieonderzoek onder dagbehandelingen in Nederland*. Amsterdam: VUmc, Afdeling Psychiatrie; 2011.
4. Mak S. Naar een betere dagbehandeling. *Denkbeeld* 2010;juni:6-8.
5. de Jong JD, Boersma F. Dutch psychogeriatric day-care centers: a qualitative study of the needs and wishes of carers. *Int Psychogeriatr* 2009 Apr;21(2):268-77.
6. Dröes RM. Model voor psychosociale hulpverlening. In *Beweging; over psychosociale hulp aan demente ouderen*. 2 ed. Utrecht: De Tijdstroom; 1994. p. 67-80.
7. Meiland FJM, Dröes RM, de Lange J, Vernooij-Dassen MJ. Development of a theoretical model for tracing facilitators and barriers in adaptive implementation of innovative practices in dementia care. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2004;9279-90. 10.1016/j.archger.2004.04.038
8. Barbour RS. The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv Res Policy* 1999 Jan;4(1):39-43.
9. Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz MJ, Vernooij MJFJ, de Lange J, Derksen E. In: *Implementatie Model Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Amsterdam: Afdeling Psychiatrie, VU medisch centrum; 2003.
10. Muhr T. User's manual for ATLAS.ti 5.0. ATLAS.ti scientific software development. Berlin: GmbH; 2004.
11. Meiland FJM, Dröes RM, de Lange J, Vernooij-Dassen MJ. Facilitators and barriers in the implementation of the meeting centres model for people with dementia and their carers. *Health Policy* 2005 Feb;71(2):243-53.
12. Plas M, Fleuren M, Friele R, Haaijer-Ruskamp F, Keijsers J, Ravensbergen J. Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *Tijdschrift voor*

Gezondheidswetenschappen. 2007;85(3):160-5. 10.1007/BF03078642

13. Smits CH, de Lange J, Dröes RM, Meiland FJM, Vernooij-Dassen M, Pot AM. Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Dec;22(12):1181-93.
14. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003 May;51(5):657-64.
15. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, Del ST. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30(2):161-78. 10.1159/000316119