

Samenvatting resultaten DCM-onderzoek

Aanleiding van het onderzoek

We zijn het onderzoek gestart omdat de zorg voor mensen met dementie complex is en er ruimte is voor verbetering. Veel van de cliënten in verpleeghuizen (gemiddeld ruim 80%) hebben neuropsychiatrische symptomen, zoals depressie, agitatie en apathie. Daarnaast ervaren veel medewerkers werkstress, is er veel ziekteverzuim en wisselen veel medewerkers in de zorg van baan. Uit literatuur blijkt dat persoonsgerichte zorg de zorg voor mensen met dementie kan verbeteren. Dementia Care Mapping (DCM) is gebaseerd op de principes van persoonsgerichte zorg. Deze methode zet in op verbetering van de problemen van zowel de cliënten als de medewerkers.

Hoe zag het onderzoek er ook alweer uit?

In totaal deden 11 verpleeghuizen met 34 afdelingen mee aan het onderzoek. De deelnemende verpleeghuizen zijn via loting opgedeeld: de ene groep (5 verpleeghuizen) ging volgens de DCM-methode werken, de andere groep leverde gedurende het onderzoek hun gebruikelijke zorg (6 verpleeghuizen). Van de verpleeghuizen die met DCM gingen werken, volgden 10 medewerkers de DCM-training, 2 van elk verpleeghuis. Na deze training hebben de medewerkers van alle deelnemende verpleeghuizen vragenlijsten ingevuld. Deze vragenlijsten gingen gedeeltelijk over henzelf (werkstress, arbeidstevredenheid) en gedeeltelijk over de cliënten (neuropsychiatrische symptomen, kwaliteit van leven, agitatie, stadium van dementie). Dit was de zogenaamde nulmeting, waarin we in kaart hebben gebracht hoe de stand van zaken was zonder DCM. Na het invullen van deze vragenlijsten, is er in de 5 verpleeghuizen die met DCM gingen werken een zogenaamde organisatiedag geweest. Tijdens deze dag gaf Aukje Post (DCM Nederland) een presentatie over DCM, zodat alle medewerkers van de afdeling wisten wat DCM inhield. Daarnaast is tijdens deze dag het management bezocht door Aukje Post en Geertje van de Ven (onderzoeker). Tijdens dit gesprek hebben we toegelicht wat er vanuit de organisatie nodig was om DCM te laten slagen. Hierna konden de opgeleide medewerkers van start. De bedoeling was dat ze elk in totaal minimaal 2 DCM-cycli uitvoerden van observatie, feedback en actieplannen. Voor de eerste cycli kregen ze 4 maanden de tijd, daarna vulden de medewerkers van de afdelingen dezelfde vragenlijsten in als bij de nulmeting. Daarna voerden de medewerkers nogmaals een DCM-cyclus uit. Tenslotte vulden de medewerkers nogmaals dezelfde vragenlijsten in. Door de vragenlijsten 3 keer in te vullen, konden we zien of er verbetering of verslechtering optrad bij de cliënten en medewerkers. We waren hierbij vooral geïnteresseerd in eventuele verschillen tussen de twee groepen verpleeghuizen: de verpleeghuizen die met DCM werkten en de verpleeghuizen die hun gebruikelijke zorg leverden. De 6 verpleeghuizen die in de groep waren ingedeeld die de gebruikelijke zorg leverden, vulden alleen de vragenlijsten in. Na afloop van het onderzoek hebben ze alsnog de DCM-training gevolgd. Aan het eind van het onderzoek hebben we ook nog alle verpleeghuizen bezocht voor een dossieronderzoek. Bij het dossieronderzoek hebben we informatie verzameld over zorgconsumptie en medicatiegebruik van de cliënten en het ziekteverzuim en personeelsverloop van de medewerkers.

Een artikel over de studieopzet is gepubliceerd:

Geertje van de Ven, Irena Draskovic, Eddy MM Adang, Rogier ART Donders, Aukje Post, Sytse U Zuidema, Raymond TCM Koopmans and Myrra JFJ Vernooij-Dassen. *Improving person-centred care in nursing homes through dementia-care mapping: design of a cluster-randomised controlled trial*. BMC Geriatrics 2012: 12:1.

Wat waren de resultaten van de vragenlijsten?

Per vragenlijstronde vulden ongeveer 319 medewerkers de vragenlijsten in. Veruit de meeste medewerkers waren vrouw (98%). Gemiddeld waren de medewerkers 43 jaar oud. Meer dan de helft van hen had al ervaring met persoonsgerichte zorg, dit was niet anders in de DCM-verpleeghuizen dan in de andere groep. Van de vragenlijsten over de cliënten was 41% ingevuld, wat neerkomt op ongeveer 192 vragenlijsten per vragenlijstronde. Ook de cliënten waren voornamelijk vrouw (75%) en waren gemiddeld 85 jaar oud.

Uit de vragenlijsten bleek dat er geen grote verschillen waren tussen de groep verpleeghuizen die volgens de DCM-methode had gewerkt, en de verpleeghuizen die hun gebruikelijke zorg leverden. De cliënten in de verpleeghuizen die hun gebruikelijke zorg hadden geleverd, vertoonden zelfs iets minder neuropsychiatrische symptomen (met name “wanen”) gedurende de onderzoeksperiode. De neuropsychiatrische symptomen bij de cliënten uit de DCM-verpleeghuizen bleef ongeveer gelijk. In beide groepen werd de kwaliteit van leven van de cliënten slechter. In de verpleeghuizen die met DCM hadden gewerkt zagen we wel dat de sociale relaties van cliënten verbeterden gedurende de tijd. Dit was niet het geval in de huizen die niet met DCM werkten.

Uit de vragenlijsten voor de medewerkers bleek dat in beide groepen verpleeghuizen er minder werkstress werd ervaren gedurende de tijd. Deze afname was echter ongeveer gelijk in beide groepen verpleeghuizen. Wel bleek dat de medewerkers uit de DCM-verpleeghuizen meer positieve emotionele reacties (zoals optimisme en rust) en minder negatieve emotionele reacties (zoals gehaastheid en nervositeit) vertoonden dan in de andere groep.

Een artikel over de effecten van DCM is gepubliceerd:

G van de Ven, I Draskovic, EMM Adang, R Donders, SU Zuidema, RTCM Koopmans, MJFJ Vernooij-Dassen. *Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial*. PLOS ONE 2013: 8:7.

Hoe zit het met de kosten van DCM?

We hebben ook gekeken of het duurder of goedkoper is om met DCM te werken. Om deze vraag te beantwoorden hebben we verschillende uitkomsten bekeken waarop DCM een positieve invloed zou kunnen hebben. Zo hebben we de zorgconsumptie van de cliënten in alle deelnemende verpleeghuizen onderzocht, zoals bezoeken aan de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, of de polikliniek van het ziekenhuis. Deze informatie hebben we uit de cliëntendossiers gehaald. Ook hebben we bekeken of cliënten psychofarmaca gebruikten, en zo ja hoeveel. Daarnaast hebben we nog naar het aantal valincidenten per afdeling gekeken. Tenslotte hebben we bij de personeelsadministratie het ziekteverzuim en personeelsverloop opgevraagd. Aan de hand van de huidige kostprijzen (Hakkaart-van Ooijen et al. 2010) hebben we deze informatie omgezet in kosten. Zo is er bijvoorbeeld een standaardbedrag vastgesteld voor een bezoek aan de spoedeisende hulp, en is bekend wat de verschillende psychofarmaca kosten. Uiteraard kost het uitvoeren van DCM ook tijd, en dus geld. Om die reden zijn de kosten van de training en alle uren die de medewerkers kwijt

waren met DCM ook meegenomen. Deze kosten zijn uiteraard alleen in de groep verpleeghuizen gemaakt die met DCM gingen werken. De vraag die we wilden beantwoorden was of er verschil in kosten bestaat tussen de twee groepen verpleeghuizen.

De gemiddelde DCM-kosten gedurende de onderzoeksperiode in de DCM huizen bleek 0,49 euro per dag per cliënt. Dit bedrag verschilde per verpleeghuis, afhankelijk van hoeveel cliënten er op een afdeling waren. Het bedrag liep uiteen van 0,29 tot 0,78 euro per dag per cliënt. Aangezien de grootste investering in DCM bij de start van de implementatie plaats vindt (in verband met de kosten voor de training), is te verwachten dat de kosten per dag dalen wanneer we dit over een langere periode bekijken.

In gemaakte kosten zagen we geen verschillen tussen de twee groepen verpleeghuizen in de totale kosten bestaand uit zorgconsumptie, medicatiegebruik, ziekteverzuim, en de kosten om DCM te implementeren. Dat betekent dus dat het geen extra geld kost om met de DCM te gaan werken, maar het ook geen kosten bespaard, althans, niet op korte termijn. We zagen wel een aantal ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode die voor beide groepen golden. Zo zagen we dat het aantal valincidenten toenam gedurende de onderzoeksperiode in beide groepen verpleeghuizen. Dat gold ook voor de kosten die gemaakt werden door contacten met de specialist ouderengeneeskunde en praktijkondersteuners. Het gebruik van psychofarmaca, zoals antidepressiva en anxiolytica, nam af in beide groepen. De verpleeghuizen die met DCM werkten scoorden wel beter op het aantal contacten met de polikliniek in het ziekenhuis: deze waren afgenomen bij de cliënten uit de DCM-verpleeghuizen en niet bij de cliënten uit de andere groep.

Hoe is het gegaan met de implementatie van DCM?

In de implementatie van DCM bleken er grote verschillen tussen de deelnemende afdelingen. Bij de meeste afdelingen is de implementatie vlot verlopen, maar bij sommige ging het heel moeizaam. We hebben deze verschillen in kaart gebracht. Iedereen was geslaagd voor de DCM-training. Maar, wanneer we keken naar het aantal uren dat geobserveerd was, bleek dat uiteen te lopen van 0 tot ruim 35 uur. Om effect te kunnen verwachten van DCM is het van belang dat (bijna) alle medewerkers bij de feedbackbijeenkomsten aanwezig zijn. Dat bleek in lang niet alle gevallen zo te zijn. Ook de opkomst tijdens de organisatiedag varieerde erg, van 7% van de medewerkers tot 97% van de medewerkers. In sommige verpleeghuizen besteedde de leidinggevende veel aandacht aan DCM, door het bijvoorbeeld op de teamvergadering standaard ter sprake te brengen, en in andere verpleeghuizen werd DCM door de leidinggevende bijna nooit genoemd. Ook het aantal geformuleerde actieplannen en de kwaliteit hiervan, bleek erg te verschillen.

Om de achterliggende reden van deze verschillen beter te kunnen begrijpen hebben we met verschillende medewerkers van de verpleeghuizen gesproken in zogenaamde focusgroepen. We hebben in een groep met 3 leidinggevendenden, een groep met 4 medewerkers en een groep met 4 mappers gesproken over de implementatie van DCM.

Hieruit kwam naar voren dat alle mappers erg enthousiast waren over de DCM-training en de trainer Aukje Post. Ook de organisatiedag als aftrap werd door iedereen erg gewaardeerd. Wel vonden de mappers het soms lastig om hun enthousiasme te behouden. Dit had onder andere te maken met

een gebrek aan betrokkenheid van de leidinggevende. De meeste mappers vonden het ook best spannend om feedback te geven en zouden hierin wel wat meer ondersteuning kunnen gebruiken, in de vorm van intervisie, of een terugkomdag waarin bijvoorbeeld het geven van feedback nog eens wordt geoefend. Wat ook belemmerend kon werken bij een goede implementatie van DCM, was het feit dat in sommige verpleeghuizen de beslissing om aan het DCM-onderzoek mee te doen als opgedrongen werd ervaren. Wanneer dit vanuit het management, wetenschapscommissie, e.d., als 'opgelegd' werd ervaren, bleek het moeilijker van de grond te komen dan wanneer een afdeling zelf het initiatief had genomen om met DCM te gaan werken. De startsituatie van het verpleeghuis bleek ook veel uit te maken; het bleek lastig om DCM van de grond te krijgen wanneer het onrustig is in een organisatie, door bijvoorbeeld reorganisatie, andere lopende projecten of wanneer er ontevredenheid heerst bij de medewerkers over het personeelsbeleid. Wanneer een verpleeghuis al bekend was met persoonsgerichte zorg, bleek het makkelijker om DCM te implementeren omdat het dan aansloot op de bestaande methoden. De betrokkenheid van de leidinggevende bleek van groot belang. De leidinggevende is tenslotte degene die tijd moet vrijmaken voor de mapper en moet zorgen dat de medewerkers aanwezig zijn bij de feedbackbijeenkomsten. De persoonlijkheid en vaardigheden van de mapper werd ook als belangrijk genoemd door veel medewerkers. Zo zou de mapper over goede communicatieve vaardigheden moeten beschikken, ervaring moeten hebben in de zorg, en empathisch moeten zijn. DCM als methode werd erg gewaardeerd. Met name de objectiviteit, het cyclische karakter en het idee van persoonsgerichte zorg achter DCM. Ook werden een paar nadelen van DCM genoemd, zoals de logistieke rompslomp en het feit dat je niet de cliënten op de gang kon observeren. Daarnaast vonden mensen het toch wel veel tijd kosten.

Samenvattend zouden we kunnen zeggen dat de volgende punten belangrijk zijn bij de implementatie van DCM: 1) ervaring met persoonsgerichte zorg op de afdeling 2) betrokkenheid van de leidinggevende 3) ondersteuning van de mapper, met name bij het geven van feedback.

Ter illustratie nog enkele quotes van mappers, medewerkers en leidinggevendens:

Mappers:

"Ik was meteen enthousiast toen ik Aukje tijdens de training over DCM hoorde praten."

"De boodschap aan mij was: onze organisatie wil zo nu en dan meedoen aan een onderzoek. In het begin was het me niet duidelijk wat de bedoeling was."

"Toen DCM in beeld kwam, was ik erg gefrustreerd over mijn werk."

"Natuurlijk wil ik een cliënt lang laten slapen als hij dat wil. Maar dan heb ik om 10u een afspraak en denk: wordt alsjeblieft vroeg wakker! Het is niet hoe het zou moeten zijn, maar je moet zoveel op een dag. "

Leidinggevendens:

"De mapper moet ervaren zijn in de zorg, maar tegelijkertijd in staat zijn om daar boven uit te stijgen en het verhaal over te brengen aan de groep."

"We begonnen net met persoonsgericht werken en DCM paste perfect in dat plaatje."

“Als leidinggevende heeft het me heel veel tijd gekost om de logistiek rondom DCM te regelen. Het is een complex proces.”

“Sommige familieleden bleken bang voor de observaties. Zo dacht een familielid dat deze konden leiden tot overplaatsing van de cliënt naar een andere afdeling.”

“Onze directeur is overleden. De toekomst van DCM binnen onze organisatie hangt af van de prioriteiten van zijn opvolger.”

Medewerkers:

“Het is een bewustzijnsproces. Je realiseert je door DCM dat het gedrag van de cliënt ergens vandaan komt.”

“Ik zou aanraden om tijdens de feedbackbijeenkomst meer tijd te nemen om dingen de discussiëren in plaats van alleen maar de verbeterpunten te noemen.”

Wat betekenen deze resultaten?

Het valt uiteraard niet mee om neuropsychiatrische symptomen terug te dringen of valincidenten daadwerkelijk te verminderen. In dit onderzoek vonden we geen grote effecten van DCM. Tegelijkertijd bleek dat veel verpleeghuizen DCM niet geïmplementeerd hadden op de manier zoals eigenlijk de bedoeling was. Het is erg aannemelijk dat dit de resultaten heeft beïnvloed. De vraag is dan: is DCM niet effectief, of is het niet goed genoeg uitgevoerd? Daarnaast bleken de verpleeghuizen uit de andere groep gedurende het onderzoek toch al op veel manieren bezig te zijn geweest met verschillende vormen van persoonsgerichte zorg. Wanneer je dit allemaal meeneemt zou het te kort door de bocht zijn om te zeggen dat DCM niet (kosten)effectief is. Te meer omdat er eerder een Australisch onderzoek naar DCM is uitgevoerd waarbij wel resultaten zijn gevonden op agitatie en valincidenten. Het grote verschil met ons onderzoek was dat daar de onderzoekers DCM hebben uitgevoerd. Zij waren erg ervaren en in alle verpleeghuizen gebeurde het precies zoals het de bedoeling was. Ook gaven zij veel ondersteuning aan de afdelingen bij bijvoorbeeld het uitvoeren van actieplannen. Daarnaast waren de DCM-verpleeghuizen vergeleken met verpleeghuizen die taakgerichte zorg verleenden. Dit in tegenstelling tot in Nederland, waar het nog maar de vraag is of er nog puur taakgerichte verpleeghuizen bestaan. DCM lijkt dus effectief wanneer het perfect is uitgevoerd en vergeleken wordt met taakgerichte zorg. In de dagelijkse praktijk blijkt een goede implementatie van DCM echter van veel factoren afhankelijk. Wanneer een organisatie met DCM zou willen starten raden wij dan ook aan om vooraf goed te bekijken of de organisatie de juiste randvoorwaarden kan bieden om te kunnen profiteren van de voordelen van DCM.