

Fragmentatie dreigt voor dementi

Uit onderzoek van VUmc en AMC blijkt dat een gespecialiseerde case-manager dementie binnen een dementieketen van enorme toegevoegde waarde is voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Door wijziging in de financiering vallen die ketens echter uiteen. Volgens onderzoeker Hein van Hout is een interessant alternatief dat zorggroepen dementiezorg integreren in hun ketens.

Hein van Hout is verbonden aan de vakgroep huisarts- en ouderengeneeskunde van het VUmc. In november publiceerde hij, samen met andere onderzoekers van VUmc en AMC, in het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie de resultaten van hun COMPAS-studie naar de effecten van dementieketens met gespecialiseerde begeleiding voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het is een pleidooi voor de casemanager dementie: een gespecialiseerde verpleegkundige met aanvullende scholing op het gebied van dementiezorg in een geïntegreerde keten. Het is voor het eerst dat dit effect is onderzocht, terwijl dergelijke casemanagers al jaren werkzaam waren in de ouderenzorg. Tot 2015 werden ze veelal gefinancierd vanuit projectpotjes. Na de transitie viel de financiering voor casemanagement dementiezorg onder het algemene budget voor wijkverpleging. “Dat leek geweldig, maar heeft onbedoeld het uiteenvallen van veel langlopende ketens in de hand gewerkt. Want financiering voor samenwerking ontbreekt”, zo constateert Van Hout. Hoe ziet de toekomst voor gespecialiseerde dementiezorg eruit?

“Patiënten die worden bijgestaan door een casemanager hebben minder gezondheidsproblemen, en hun mantelzorgers minder stress”, zegt Hein van Hout. En dat komt ook de maatschappij ten goede. Uit de studie blijkt dat langdurige begeleiding van thuiswonende

mensen met dementie flinke besparingen kan opleveren: van 11.000 tot 16.000 euro per jaar per persoon. Eén casemanager, die vijftig cliënten begeleidt, kan de samenleving dus jaarlijks 5,5 tot acht ton besparen. “Dat komt onder meer doordat casemanagers de mantelzorgers veel regelwerk en onderzoekwerk uit handen nemen. En dat scheelt heel veel tijd en stress”, legt Hein van Hout uit.

Gespecialiseerde organisatie

Van Hout volgde drie groepen thuiswonenden met dementie: een groep die gebruikelijke zorg kreeg zonder casemanager, een groep die zorg kreeg vanuit een netwerk en een groep die zorg kreeg van casemanagers binnen een geïntegreerd, multifunctioneel expertteam binnen de eigen organisatie. In het zogenaamde ‘netwerkmodel’ delen samenwerkende thuiszorgorganisaties een wachtlijst, ze delen expertise en casemanagers kunnen advies vragen aan externe experts – zoals een geriatr. Vergeleken met de controlegroep bleken de zorgkosten lager als personen worden begeleid vanuit een netwerk (22 procent), maar vooral vanuit een gespecialiseerde organisatie (33 procent). “Daarvoor zijn verschillende redenen aan te voeren”, zegt Van Hout. “Zo zijn binnen een organisatie de lijnen korter. Het is voor medewerkers duidelijker waar ze voor werken en er is geen onderlinge concurrentie. En interne experts zijn makkelijker bereikbaar om te raadplegen dan externe.”



Patiënten die worden bijgestaan door een casemanager hebben minder gezondheidsproblemen, en hun mantelzorgers hebben minder stress.

De conclusie van de COMPAS-studie is helder: casemanagement voor thuiswonende dementerenden en hun mantelzorgers werkt het meest optimaal binnen een organisatie met ondersteuning van een multidisciplinair team. Dat leidt zowel op het gebied van welbevinden als financieel tot betere resultaten. Op veel plekken in Nederland heeft zich dit de afgelopen tien tot vijftien jaar ook bewezen binnen goed werkende ketenzorg. “Maar je ziet een golfbeweging”, constateert Van Hout. “De zorg voor thuiswonende mensen met dementie raakt opnieuw gefragmenteerd. Sinds de transitie in 2015 zijn veel ketens opgedoekt. Omdat de projectfinanciering wegvalt, verdwijnen ook centrale meldpunten en registratie. Er is geen financi-

ezorg



ele ondersteuning voor samenwerking meer. En huisartsen hebben geen idee meer wie wat doet. Laat staan dat patiënten en hun mantelzorgers weten hoe ze zich moeten melden. Het idee dat de wijkverpleging alles oplost, leek op papier gunstig. Maar elke aanbieder bedenkt zijn eigen werkwijze, er wordt geen multidisciplinaire samenwerking gezocht. In praktijk zijn we weer terug bij af.”

Continuïteit

Hoe ga je die fragmentatie tegen? Zijn er alternatieven voor de wijkverpleegkundige als die het casemanagement niet kan oppakken? In de thuiszorg verschillen de organisaties enorm in aanpak en is er te weinig samenwerking met andere disciplines. Volgens Hein van Hout is een interessante optie dat zorggroepen dementiezorg integreren in hun ketens. “In Amsterdam-Zuid zie je een POH-Ouderen die casemanagement dementiezorg op zich neemt. Een

gespecialiseerde casemanager coacht op de achtergrond en kan overnemen als een casus heel complex wordt. Een goede samenwerking tussen een specialist ouderengeneeskunde (SOG) en een wijkverpleegkundige zou ook uitkomst bieden. Maar het liefst zou ik nog een stap verder gaan: stel praktijken eerstelijnsouderengeneeskunde in en regel van daaruit ook de dementiezorg. Voorlopers zijn er al, onder meer bij het VUmc, maar ook in Velp. Om dit verder te bewerkstelligen moeten we multidisciplinaire zorggroepen stimuleren, en zorgen dat SOG’s – die nu in dienst zijn van verpleeghuizen – in de toekomst makkelijk kunnen aansluiten.” <<

Tekst: Leendert Douma

Foto: Thinkstock

Nationaal Actieplan Casemanagement Dementie

Robbert Huijsman is sinds juni 2016 projectleider van het Nationaal Actieplan Casemanagement Dementie, een initiatief van Deltaplan Dementie. Sinds februari 2017 werkt hij bij Vilans als programmaleider Dementiezorg Voor Elkaar, dat de komende vier jaar gaat kijken naar verbeteringen in de dementiezorg in Nederland.

Huijsman: “Het COMPAS-onderzoek heeft nut en noodzaak van de casemanager oude stijl goed aangetoond. In die zin zijn Hein van Hout en ik het helemaal met elkaar eens. Het oude casemanagement heeft zich bewezen, maar uiteindelijk had het onvoldoende impact om overeind te blijven. Dus wordt het tijd om de werking van alternatieven te gaan bekijken.

We hebben een ander stelsel. Ik vergelijk het weleens met onze munt. Vroeger hadden we de gulden, nu hebben we de euro. Dat is een feit, maar of we er altijd blij mee zijn? Net

als vroeger casemanagement dementie werd vergoed vanuit de AWBZ, terwijl het nu bij de financiering voor de wijkverpleging zit. Ik ben het met Hein van Hout eens: we kunnen niet zomaar extra taken op het bordje van de wijkverpleging schuiven. Met het actieplan bekijken we hoe we de kwaliteit van casemanagement kunnen continueren. Vraagt dat om een generalistische of een specialistische aanpak? Welke eisen stellen we hiermee aan de HBO-V-opleidingen?

Er is nu veel variatie in aanpak. Daarin zijn we doorgeslagen. Dat vinden zorgverzekeraars ook. Er is een wirwar aan mogelijkheden. We werken aan een enquête om daarin helderheid te scheppen. De resultaten worden half maart gepresenteerd, vooruitlopend op het inkoopbeleid 2018.

In z’n algemeenheid wil ik benadrukken dat je krijgt wat je betaalt. Zorgverzekeraars hebben wijkverpleging ingekocht en hadden casemanagement dementie niet apart in het vizier. Daar moeten we scherper op zijn.”