

De huisarts en de weg naar het sociaal benaderingsteam

De menselijke maat in dementiezorg

Met hun leerstoelen brengen Anne-Mei The en Marcel Canoy de meerwaarde van de Sociale Benadering Dementie vanuit maatschappelijk én financieel perspectief in kaart. In deze benadering staat niet de zorg centraal, maar de leefwereld. De huisarts is er wel belangrijk in: die houdt de verbinding met de zorg.



Anne-Mei The: 'Zoek naar andere invullingen die zorgen dat iemands leven waardevol blijft.'

TEKST: FRANK VAN WIJCK

ACHTERGRONDFOTO: HEUNGSOON / PIXABAY

De opvatting van Anne-Mei The dat we anders moeten gaan denken over dementiezorg, zal inmiddels bij veel mensen bekend zijn. Ze is al jaren actief als hoogleraar en vond een breed publiek met haar boek *Dagelijks leven met dementie*. "Het is een ziekte waarbij de waarde van het stellen van de diagnose beperkt is", zegt ze. "Dat is immers vooral een medisch label en daaraan hebben degene met dementie en diens naaste niet zoveel. Bovendien heb je meestal toch al door dat de wereld

om je heen anders tegen je aan begint te kijken dan je gewend was. Je wilt vooral gewoon doorleven. Je schiet er niets me op als anderen ineens harder tegen je gaan praten of je behandelen alsof je een kind bent." Wat is wel zinvol? "Je weet in het beginstadium van dementie natuurlijk heel goed dat er wat met je aan de hand is", zegt The. "Je doet dingen waar jij en je omgeving van schrikken. Je rollen in het leven komen onder druk te staan, dus je hebt ondersteuning nodig. Maar ondersteuning is iets anders dan zorg, dan gezien worden als patiënt. Je wilt geholpen worden met het probleem dat je hebt en dat is het leven náást je ziekte."

Aansluiten bij de belevingswereld

Daarop inspelen is wat The positioneert als de Sociale Benadering Dementie. Ze legt uit: "Hierin komt een sociaal benaderingsteam kennismaken met je. Niet als zorgprofessional met een pak papieren om in te vullen, maar om een band op te bouwen. Daarbij staan niet de medische en zorgproblemen voorop, maar de vraag wat je mist en wat je nog graag zou willen. Je leefwereld dus. Uit dat gesprek komt dan bijvoorbeeld iets als 'Ik wil nog graag biljarten, maar ze willen me niet meer'. Het team kan dan samen met je naar de biljartclub gaan om te praten over de vraag hoe je daar wél een rol kunt blijven spelen. Geen zaken overnemen dus, maar aansluiten bij je belevingswereld, naast je gaan staan. Dingen herstellen die al stukgegaan zijn of andere invullingen zoeken die zorgen dat je leven waardevol blijft."

De samenstelling van het sociaal benaderingsteam is divers. Er kan een casemanager van de thuiszorg in zitten, een wijkverpleegkundige of een welzijnsmedewerker van de gemeente. Maar in de beleidsvisie van The is het juist essentieel dat er ook professionals met een niet-zorgachtergrond achter zitten. Mensen die verstand hebben van de leefwereld: journalisten, religiewetenschappers, ervaringsdeskundigen. Om het team zitten schillen van vrijwilligers: met een afstand tot de arbeidsmarkt bijvoorbeeld, studenten met een bijbaan, stathouders. "Die moeten worden geschoold om juist

ook naar de andere dan medische achtergronden van dementie te kijken", zegt The, "aansluiten bij het dagelijks leven." En de huisarts? "Die is in dit verband enorm belangrijk, maar vooral als toeleidingskanaal", zegt The. "Hij is geen onderdeel van het team, maar wel degene die de verbinding met de zorg houdt. Juist de huisarts is degene die al in een vroeg stadium ziet dat er wat aan de hand is en dat de medische benadering daarvoor geen oplossing biedt. Het is dus belangrijk dat hij de weg kent naar het sociaal benaderingsteam."

Kwaliteit van leven

Deze aanpak wordt sinds 2018 getest in vier *social trials*, in Amsterdam, 's-Hertogenbosch, Amstelveen en Rotterdam. Die laten goede resultaten zien op alle domeinen van kwaliteit van leven. "Ze bewijzen hun succes, maar vier is nog een beetje mager", zegt The. "Daarom is het zo waardevol dat ZonMw uitbreiding met vier nieuwe social trials heeft mogelijk gemaakt, in Roermond, Haarlem, Bergen Noord-Holland en Moerdijk."



DUBBEL HOOGLERAARSCHAP

Anne-Mei The werd in 2014 benoemd tot bijzonder hoogleraar langdurige zorg en dementie aan de Universiteit van Amsterdam. In 2020 werd dit hoogleraarschap onder de noemen langdurige zorg en sociale benadering dementie voortgezet aan de Vrije Universiteit.

Haar hoogleraarschap werd financieel ondersteund door het Gieskes-Strijbis Fonds, dat voor de tweede fase ervan ook een econoom aanstelde voor onderzoek. In dit kader is Marcel Canoy eind vorig jaar benoemd tot bijzonder hoogleraar gezondheidseconomie en dementiezorg aan de VU. De leerstoel van The wordt nu gefinancierd door landelijke verpleeghuisketen Dagelijks Leven. Canoy's stelling is dat de kwetsbaarheid van ouderen vraagt om een benadering waarin de menselijke maat de standaard is. Over dit onderwerp verzorgde hij samen met Sandra van Dijk en Marcel Ham recent de publicatie *Momentum voor de menselijke maat*. Die is te downloaden via: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-5-2021/>.

'Toen ik zei dat we voor dementie de stap moesten zetten van cure naar care was dat vloeken in de kerk'

Ook meteen een spannende fase, erkent The, want er zijn zóveel mensen met dementie en die kunnen allemaal zo'n sociaal benaderingsteam gebruiken. "Ik ben ook wel een beetje overvallen door het succes van die eerste vier", geeft ze toe. "Er was aanvankelijk best weerstand. Toen ik bij mijn oratie in 2014 zei dat we voor dementie de stap moesten zetten van cure naar care, meer aan de behoeften van mensen moesten gaan voldoen, was dat vloeken in de kerk. Dat was helemaal niet wat artsen en verpleegkundigen wilden horen. 'Wij zijn degenen die verstand hebben van zorgproblemen', was de reactie." >>

Goed verhaal huisartsen

Het is nog steeds verre van gemakkelijk. The: “We hebben nu met onderzoek aangetoond dat de sociale benadering van dementie meerwaarde heeft. Het biedt mensen meer kwaliteit van leven. Het vertraagt en voorkomt zelfs verpleeghuisopname, die kostbaarder is en waar een personeelstekort bestaat. Door niet-zorgprofessionals in te zetten, betekent het een verlichting van de arbeidsmarkt. Maar het vergt wel een cultuuromslag en daar dacht ik vroeger toch lichter over dan nu. Ik snap het als huisartsen zeggen dat ze bang zijn voor extra belasting, ik snap het ook als gemeenten bang zijn voor financiële consequenties. En ik snap het ook als mensen zeggen: ‘Jij bent antropoloog, je komt helemaal niet uit de zorg. Wie ben jij om hier wat van te vinden?’. Maar ik denk dan ook: kijk naar de resultaten, hoezo is dit geen goed idee?”

‘Investeren in één domein betekent dat één partij geld kwijt is en een andere partij profiteert’

The beseft terdege dat ze moet verbinden met de zorgprofessionals, want ze wil opschalen en ze duwt met die sociale benadering tegen de bestaande schotten tussen zorg en sociaal domein. “Natuurlijk hebben we daarbij inmiddels wel een goed verhaal voor de huisartsen”, zegt ze. “Niet alleen op basis van de resultaten uit de vier social trials, maar ook omdat huisartsen inmiddels echt wel bekend zijn met begrippen als herstelbenadering en positieve gezondheid. En het feit dat ze – en wijkverpleegkundigen trouwens ook – zien dat mensen een duidelijk betere kwaliteit van leven krijgen, zal ook bijdragen aan hun werkplezier.”

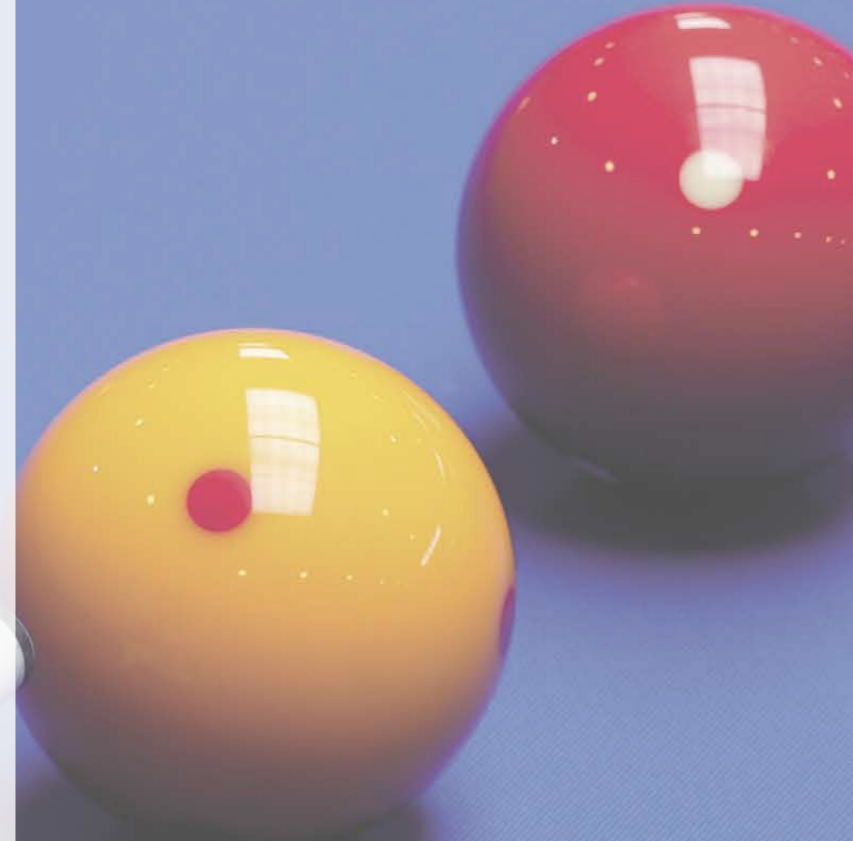
Maatschappelijke meerwaarde aantonen

Belangrijk bij de opschaling van de sociale benadering van dementiezorg is niet alleen het bewijs voor de waarde ervan voor de mensen om wie het gaat, maar ook het bewijs voor de financiële meerwaarde van de aanpak. In dit kader is de koppeling van haar al bestaande hoogleraarschap aan het nieuwe hoogleraarschap van gezondheidseconoom Marcel Canoy essentieel. “Iedereen snapt het idee van de sociale benadering van dementie, maar er zijn twee problemen”, zegt hij. “Het eerste is dat je in wetenschap en maatschappij dingen niet alleen maar kunt doen omdat iedereen ze snapt. Je moet bewijzen dat het maatschappelijk toegevoegde waarde levert. Dat is een puzzel die om een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek vraagt. Het tweede is het bekende



Marcel Canoy: ‘We moeten aannemelijk maken dat de sociale benadering van dementie batig is en hoe hoog die baten zijn.’

schottenprobleem. Anne-Mei heeft daar in haar werk veel last van, maar het is de kern van hoe we de zorg als geheel hebben ingericht.” Dat schottenprobleem kent drie aspecten, stelt Canoy. Het eerste is dat het systeem in opstand komt als iemand iets anders wil bereiken dan het systeem vereist. Hij licht toe: “Een verpleegkundige laten werken voor mensen met dementie is duurder dan vrijwilligers inzetten, maar het past wel binnen het systeem en vrijwilligers doen dat niet.” Het tweede aspect is dat het om korte en lange termijn gaat. Canoy: “Met de sociale benadering van dementie wordt aan de voorkant meer geïnvesteerd vanuit de gedachte dat de maatschappelijke opbrengst op langere termijn dit ruimschoots rechtvaardigt. Dus moet je niet alleen naar de korte-termijn-kosten kijken, want dan ben je aan het boekhouden.” Het derde aspect is dat investeren in één domein betekent dat één partij geld kwijt is (de gemeente, want Wmo) en een andere partij profiteert (de zorgverzekeraar, want Zvw). “Dus moeten gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar aan tafel”, zegt Canoy. “Dat gebeurt ook wel, maar het is niet eenvoudig.”



Social impact bonds (zie kader ‘Beloond’) zijn volgens Canoy een goede manier om het schottenprobleem op te lossen. “Maar daarvoor moeten we dus wel aannemelijk maken dat de sociale benadering van dementie batig is en hoe hoog die baten zijn”, zegt hij. “Vandaar mijn leerstoel.”

Volledig Pakket Thuis

Onderzoek van France Rose Marie Portrait en Xander Koolman wijst uit dat thuis blijven wonen voor kwetsbare ouderen met een intensieve zorgvraag goed mogelijk is (zie: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-5-2021/>). De zorg thuis is goedkoper dan de zorg in een instelling. Cliënten die thuis kunnen blijven wonen, leven bovendien gemiddeld een jaar langer dan cliënten die worden opgenomen. En ze vinden het prettig om thuis te kunnen blijven wonen. Kern hierbij is de aanspraak op het Volledig Pakket Thuis, waarmee alle zorg en ondersteuning kan worden geboden voor zowel de cliënt als diens mantelzorgers. “Ik zit in de onderzoeksgroep van Portrait en Koolman, en kende dat rapport”, vertelt Canoy. “Ik heb hen ook

nodig om tot de kwantitatieve onderbouwing van de meerwaarde van de sociale benadering van dementie te komen. De conclusies uit dit rapport kunnen daarin een rol spelen. Het Volledig Pakket Thuis biedt een optie om te doen wat nodig is voor de mensen waarover we het hebben, namelijk: ze niet reduceren tot hun ziekte, maar ze zoveel mogelijk het leven laten leiden dat ze daarvoor hadden.”

De kanttekening die het onderzoek van Portrait en Koolman maakt, is dat het Volledig Pakket Thuis in dit kader alleen een optie is voor wie een geschikt sociaal netwerk heeft. “Daarin investeren is sowieso nodig”, stelt Canoy, “want juist dát stelt mensen in staat het leven te blijven leiden dat ze gewend waren.” Maar ook met het Volledig Pakket Thuis kan nog steeds sprake zijn van schotten. Vandaar het belang van die *social impact bonds*. “Als ervoor wordt gekozen om die in dit geval toe te passen, moet wel vooraf goed worden nagedacht over de vraag waar de baten vallen”, zegt Canoy. “Die bonds worden vaak opgericht door commerciële partijen, maar hier gaat het om maatschappelijke baten.”



BELOOND

Een *social impact bond* is een contract, vaak tussen een private en publieke partij, waarbij de private partij publieke taken uitvoert en afgerekend wordt op de maatschappelijke baten die worden bereikt. Denk aan schuldhulpverlening: de private partij neemt het risico over en wordt beloond op basis van vastgelegde uitkomstmaten.

De tussentijdse resultaten zijn hier te vinden: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-5-2021/>.