

## Position paper: Multidisciplinaire behandeling en casemanagement voor mensen met dementie én hun mantelzorgers

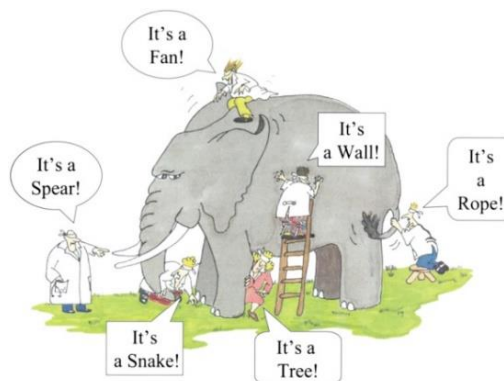
Prof.dr. Robbert Huijsman, bestuurder Geriant en EUR-hoogleraar Management & Organisatie van Ouderenzorg; eerder o.a. bestuurslid Deltaplan Dementie, nationaal projectleider Actieplan casemanagement dementie, programmaleider Dementiezorg voor Elkaar en trekker Zorgstandaard Dementie

### Prealabel

Dank aan de vaste VWS-commissie van de Tweede Kamer voor het initiatief en de uitnodiging voor het rondetafelgesprek over dementiezorg en een "position paper" vooraf. De uitdaging om stelling te nemen pak ik op; gepassioneerd én onderbouwd, vanuit leiderschap én verbondenheid, met inhoudelijke passie voor dementie én diverse rollen als bestuurder en wetenschapper.

### Zie de hele olifant!

U kent vast de parabel van de blindemannetjes en de olifant.<sup>1</sup> Zes blinde reizigers lopen tijdens hun levensweg tegen allerlei delen van een olifant aan. Elke blinde man schept zijn eigen versie van de realiteit, gebaseerd op zijn eigen beperkte ervaring en perspectief. De een botst tegen een muur, het is de flank van de olifant. De tweede voelt een slagtang en schrikt van de scherpe speer. De derde herkent in de poot een boom, de volgende een waaier in het wapperende oor. Nummer vier grijpt bij toeval de kronkelende slurf en vermoedt een slang. Zie hoe al jarenlang discussie over casemanagement wordt gevoerd.



De complete olifant staat symbool voor de domeinoverstijgende en cliëntvolgende Zorgstandaard Dementie<sup>2</sup>, die ruim 20 partijen in 2020 autoriseerden en het Zorginstituut opnam in het Kwaliteitsregister. Alleen als ieder z'n blinddoek afneemt en we samen de hele olifant zien, ontstaat passende, continue en samenhangende zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten. De zorgstandaard biedt het ontwerppatroon met een krachtige uitgangspunten en aanbevelingen voor alle fasen en onderdelen van de "cliëntreis", onderbouwd met wetenschappelijke en praktijkkennis. Maar voortdurend poppen de mitsen en maren op, ieder herdefinieert stukjes van de olifant, we zeggen A maar doen B, en vergeten wat mensen met dementie en hun mantelzorgers echt nodig hebben.

### Dementie heb je niet alleen

Dementie is een verzamelnaam voor een complex ziektebeeld in allerlei varianten met elk eigen kenmerken en gevolgen. Dementie verloopt progressief over kortere of langere tijdslijnen, is zeer invaliderend en uiteindelijk dodelijk. Dementie heb je niet alleen, maar heeft grote en zelfs ontwrichtende gevolgen voor gezin en naasten, voor werk en participatie, voor mantelzorg en gemeenschap. Een dementievriendelijke samenleving vergt goede kennis van het ziektebeeld, beloop en gevolgen. En grote kennis en vaardigheden van casemanagers, in continuïteit en onafhankelijkheid ten opzichte van 'producerende' zorgaanbieders. Echter, sinds casemanagement dementie onderdeel is van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw (2015) is er discussie over de inhoud, functie, organisatie en financiering van casemanagement en dementienetwerken. Dat moet stoppen, dat is niet doelmatig en kosteneffectief, en genereert verspillend veel afstemmingsoverleg aan allerlei lokale, regionale en nationale tafels.

### Bewijs voor effectiviteit en doelmatigheid van 'clinical' casemanagement

Vele onderzoeken tonen aan dat casemanagement als 'rode draad' van begin tot eind van het dementietraject een hoogwaardige multidisciplinaire interventie is. Voor Nederland heeft de COMPAS-studie al in 2013/2014 de kosteneffectiviteit aangetoond: hogere kwaliteit van leven bij cliënt én mantelzorg, langere volhoudtijd thuis, minder overbelasting van mantelzorgers, minder crisisopnames, uitstel van verpleeghuisopname (1 maand uitstel voor elk jaar casemanagement) en lagere kosten. Dan moet je wel willen kijken over het hele traject en over (financierings-)schotten heen, niet van jaar tot jaar en per segment, want net als bij preventie vallen de voordelen op andere plekken en momenten dan de investeringen ('wrong pocket'). Denk ook aan ontzorgde huisartsen, minder ziekteverzuim en zorggebruik van mantelzorgers en minder ziekenhuisfuncties op SEH, poli, verkeerde bedden en korter verblijfsduur.

<sup>1</sup> <https://www.allaboutphilosophy.org/dutch/de-blinde-mannen-en-de-olifant.htm>

<sup>2</sup> Huijsman R, Boomstra R, Veerbeek M, Döpp C (red.), 2020, Zorgstandaard Dementie 2020. Utrecht: Vilans/Trimbos/Dementiezorg voor Elkaar.

Ook heeft de COMPAS-studie aangetoond dat casemanagement in hecht geïntegreerde netwerkorganisaties nóg effectiever is dan los casemanagement vanuit afzonderlijke organisaties en dat is weer effectiever dan reguliere thuiszorg zonder casemanagement. Geriant is een voorbeeld van hecht georganiseerd en hoogst effectief casemanagement (zie bijlage). Het is de enige organisatie in het land die een hele regio op uniforme wijze bedient met multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en begeleiding door hechte teams van specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater<sup>3</sup>, verpleegkundig specialisten, GZ-psychologen en casemanagers. VGZ en Geriant maakten in 2020 wederom de integrale business case en concludeerden dat Noord-Holland Noord haar goedkoopste Wlz-regio is. Het bewijs van passende en doelmatige zorg is er dus en dát is de rechtmatige grond voor aanspraken in de Zvw en Wlz.

### **Cri de coeur van een gedreven bestuurder én wetenschapper**

Casemanagers zijn vakprofessionals; erken, faciliteer en financier dat nou eens echt! Met gekwalificeerde professionals, stevige positie in opleidingen en het werkveld, en meer bekendheid, en vermindering van alle regeltjes en bureaucratische muren. Nu wordt casemanagement helaas vaak niet, te weinig, te laat en met wisselende inhoud ingezet. In ons poldermodel bestaan meer dan tien varianten.<sup>4</sup> Afhankelijk van startmoment en ingezette discipline, regionale variatie in historie, verhoudingen en samenwerking. Met voortslepende discussies over gespecialiseerde functie of zomaar een rol er bij. Gemiddeld heeft een dementienetwerk daardoor maar liefst vier varianten. Casemanagement is nu 'postcodezorg', maar er zijn ook postcodes zonder casemanagement en zonder dementienetwerk. De IGJ maakte al in 2010 een scherp advies, in 2015/2016 liep het nationaal actieplan casemanagement, bureaus deden onderzoek. Nu is er alsnog een implementatieplan voor de zorgstandaard, maar nog steeds heeft slechts 35-40% van alle mensen met dementie een vaste casemanager, nog even los van welke variant. Zorgverzekeraars hanteren het motto "generalistisch waar 't kan, specialistisch waar 't moet", en willen casemanagement deels overhevelen naar de Wmo. Dan wordt het een drietrapsraket, eerst Wmo, dan generalistische wijkverpleging en tot slot gespecialiseerd casemanagement. Dat staat toch echt níet in de ook door hen onderschreven zorgstandaard en er geen enkel bewijs is, juist in tegendeel!

We staan voor grote opgaven vanuit de demografische transitie, zoals verdubbeling van het aantal mensen met dementie; krimp van de arbeidsmarkt; overbelaste en krimpende mantelzorg; en stijgende kosten met minder collectieve middelen. Maar laten we de ziektelast niet onderschatten en de totale olifant niet uit het oog verliezen of korte termijn opportunisme tolereren, dat is "penny wise, pound foolish". Multidisciplinair ingebed casemanagement bewijst zich al ruim 20 jaar, dat kan en moet nationaal worden uitgerold. Maar dan moeten het stelsel ontschot en simpeler worden. Het helpt echt niet dat financierings-systemen steeds veranderen, zoals het ZPM in de GGZ, cliëntprofielen voor wijkverpleging etc. Daarom heeft Geriant met NZa, ZI én VGZ de handen ineen geslagen om te komen tot sectoroverstijgende bekostiging: één bedrag per cliënt per jaar, cliëntvolgend en liefst meerjarig, met 'volgende' verzekeraars. Hopelijk lukt dit, want we hunkeren naar oplossing voor de financieringsolifant.

### **Oproep voor krachtige en eenduidige invoering**

De recente voortgangsbrief nationale dementiestrategie van minister Helder is duidelijk: we moeten de schotten slechten<sup>5</sup>. Zorg voor eenduidige inkoopvoorwaarden voor onafhankelijk casemanagement als vast gezicht over het gehele traject en borg stevige dementienetwerken. Zorg ook voor naadloze overgang van casemanagement dementie van Zvw naar Wlz, dan dempen we de 'zorgval'<sup>6</sup>. Maar let op, niet binnen de rekenmodule MPT/VPT, anders is de onafhankelijkheid van casemanagement niet te borgen en wordt het administratieve proces met de wijkverpleging en thuiszorg onnodig complex.

We moeten de meerjarige cliëntreis samen goed inrichten, organiseren en faciliteren, de netwerkzorg ontschotten en het dementietraject integraal financieren. En inmiddels is er ook inzicht in hoe integrale preventie de toename van dementie kan ombuigen, zelfs met zo'n 40%. We hebben alle "evidence", business case en best practices voorhanden, nu kunnen IZA en GALA forse impulsen geven aan de verbinding tussen alle domeinen. Toets de regioplannen daar expliciet op, ook dat vergt sturing!

Laten we de blinddoeken afdoen en de handen ineen slaan om hecht georganiseerde, multidisciplinaire en domeinoverstijgende dementiezorg te vormen. Samenwerking in de dementieketens heeft laten zien dat we dit kunnen. Alleen samen kunnen we de complete dementie-olifant aan!

<sup>3</sup> NB: curieus dat de NVKG blokkades opwerpt tegen herregistratie van ambulante werkende geriateren.

<sup>4</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/casemanagement-dementie-de-war-geraakt>.

<sup>5</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/06/09/kamerbrief-over-voortgangsbrief-2023-nationale-dementiestrategie>

<sup>6</sup> <https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/zorgval>

## Bijlage: De werkwijze van Geriant

De huisarts is 'poortwachter' en bepaalt met zijn verwijzing het moment waarop Geriant\* actief wordt. Daarvoor bestaat één regionaal aanmeldpunt, verzorgd door GGZ NHN en Geriant samen. Alle huisartsen doen graag beroep op Geriant, hun waardering is hoog. Meestal gebeurt de verwijzing vroeg in het proces (pluis/niet pluis fase), soms later. In het Geriant-model blijft de huisarts hoofdbehandelaar, onze specialist ouderengeneeskunde is medebehandelaar en de casemanager hun 'operationele rechterhand', indien nodig met een GZ-psycholoog, voor consult, interventies en medebehandeling. Geriant verankert casemanagement in multidisciplinaire teams: casemanager (HBO-V plus), specialist ouderengeneeskunde/basisarts/klinisch geriater/verpleegkundig specialist en GZ-psycholoog. Deze 'gouden driehoek' begeleidt het meerjarige traject van diagnostiek tot overlijden of verhuizing naar verpleeghuissetting, op jaarbasis circa 6.300 cliënten. Missiegedreven kennisprofessionals, met grote passie voor de dementiezorg. Zó toegewijd dat ziekteverzuim laag is, vacatures redelijk goed in te vullen blijven en de medewerkers-tevredenheid hoog is (dit voorjaar in de top-5 van de zorg, gemeten door Effectory).



Geriant biedt een compleet pakket, met de volgende onderdelen:

- ✓ Diagnostiek: zowel medisch-psychiatrische ziektediagnostiek, als zorgdiagnostiek.
- ✓ Behandeling: in verschillende vormen (medicamenteus, gesprek, groep, gedrag, e-health). Ook crisisinterventie maakt hier deel van uit, inclusief RM- en IBS-beoordeling.
- ✓ Casemanagement: volgens de 'robuuste' variant van het 'clinical casemanagement'. Alle casemanagers zijn HBO-V+ opgeleid.
- ✓ Interventiekliniek met GGZ-toelating en WZD-accommodatie voor 17 plaatsen, met diagnostiek en tijdelijke behandeling bij complexe (gedrags)problematiek. De kliniek versterkt ook de keten, het lukt om een derde van de mensen weer goed naar huis terug te krijgen. De interventiekliniek is GGZ-gefinancierd, maar dat levert een nieuw schottenprobleem, want geen D-Zep erkenning in de Wlz.
- ✓ Sinds september dit jaar is vanuit de kliniek een consultatieteam oproepbaar voor verpleeghuizen.
- ✓ Geriant Kenniscentrum Dementie: alle, veelal niet-cliëntgebonden, werkzaamheden op het niveau voor scholing (over bv. Dementie & Gedrag), consultatie, voorlichting, advies, etc. (bv. ondersteuning aan gemeenten t.b.v. 'dementievriendelijke samenleving').
- ✓ Dementiezorg is kenniswerk en netwerkzorg, daarom werkt Geriant in heel Noord-Holland Noord intensief samen met het dementienetwerk NHN, Alzheimercentrum Amsterdam, beide ziekenhuisorganisaties, de huisartsen(koepels), GGZ NHN, welzijns- en vrijwilligersorganisaties, mantelzorgcentrum, gemeenten en de afdelingen van Alzheimer Nederland.

Vanuit de vier kernwaarden van Geriant, worden steeds op maat koppelingen gemaakt met 'informele zorg' en 'welzijn' (sociale benadering, positieve gezondheid, preventie) en 'cure' en 'care', het geheel onder één regie samengebracht, en ingebed in dementienetwerk. De hulp richt zich expliciet op zowel de persoon met dementie als diens mantelzorgers. Hún problemen en vragen zijn ons vertrekpunt. Het casemanagement neemt daarbij niet de zorg en hulp over, maar steunt juist hen zoveel mogelijk zelf actief te blijven. Vanuit een positieve mensvisie hebben we oog voor wat iemand nog wel kan en wil, versterkt de casemanager hun 'eigen kracht' en het netwerk, o.a. door gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, gericht op vitaliteit en preventie. Voor mantelzorgers hebben we ook (deels digitale) training en interventies met psychosociale ondersteuning. Casemanagement is méér dan het regelen van de benodigde hulp vanuit o.a. de Wmo, thuiszorg en dagbesteding, maar is 'clinical casemanagement': een combinatie van trajectbegeleiding, gerichte multidisciplinaire interventies en concrete persoonlijke (interventie)hulp voor cliënt en mantelzorger. Casemanagement is een vak en wordt bij Geriant geboden door gespecialiseerde verpleegkundigen (HBO-V) plus de eenjarige opleiding casemanagement dementie bij Gerion van VUmc Amsterdam (inclusief registratie in V&VN Kwaliteitsregister). Geriant heeft daarvoor recent haar handboek casemanagement volledig vernieuwd.



\* Geriant is sinds juni 2003 een zelfstandige zorgaanbieder, toegelaten als instelling voor Medisch Specialistische Zorg en de wet Zorg & Dwang, voldoet aan de governance code en HKZ-gecertificeerd. Het werkgebied bestrijkt heel Noord-Holland Noord inclusief Texel (ruim 630.000 inwoners), vanuit vier vestigingen (Alkmaar, Hoorn, Den Helder, Heerhugowaard). In 2022 waren er ruim 3.400 Zvw-cliënten en ruim 2.900 Wlz-cliënten, waarvan tweederde via VGZ (Zvw en Wlz). Met ruim 185 medewerkers maken we ruim € 14 miljoen omzet, vanuit verschillende financieringsstromen (wijkverpleging, ZPM in de GGZ, en MPT en VPT in de Wlz).