

Om door een oerwoud te kunnen lopen zul je bomen en struiken moet kappen

Naam: Prof. dr. Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg. Radboudumc en stichting De Waalboog Nijmegen

Wat is het probleem?

Uit de dementiemonitor mantelzorg van Alzheimer Nederland 2022, die sinds 2011 wordt gehouden, blijkt dat 13 % van de ondervraagden zich zeer zwaar tot zelfs overbelast voelt.¹ Verder voelt nog eens 40% zich 'tamelijk belast'. Deze cijfers zijn sinds 2011 niet wezenlijk veranderd en stabiliseren. Dit overigens ondanks het feit dat er behoorlijk geïnvesteerd is in onder andere het systeem van case-managers dementie. Er is geen reden om aan te nemen dat er veel verbetering zal komen in het gevoel van overbelasting. Immers het beleid om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen was al ingezet in 2015 met de komst van WLZ en het recente WOZO-rapport doet daar nog een schepje bovenop met de slogan: "zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan".² Critici missen het belang van samenredzaamheid in deze slogan en vinden het een 'zoek het zelf maar uit' beleid. Sinds de traditionele verzorgingshuizen afgebouwd zijn, merken we in de verpleeghuizen een toename van crisis-opnames. Zo hebben we in de Nijmeegse regio permanent 4-6 plekken beschikbaar voor dergelijke opnames, een veelzeggend cijfer. Het gebrek aan integrale (ouderen)zorg was in 2008 de reden om het nationaal programma ouderenzorg (NPO) te starten. Dit ook als reactie op een rapport van de gezondheidsraad.³ Voor mij destijds de reden om een opiniërend stuk in Medisch Contact te schrijven met een pleidooi voor een paradigmaverandering.⁴ "We moeten van een ziektegerichte benadering naar een persoonsgerichte benadering". Tachtig miljoen euro (NPO) en 15 jaar (!) verder lijken we nog weinig opgeschoten te zijn. Wat ook niet helpt is de marktwerking in de zorg. Thuiszorgorganisaties zijn als paddenstoelen uit de grond geschoten, er zijn veel aanbieders van allerlei aard op de markt gekomen, denk aan 'dagelijks leven' waardoor het aanbod er niet overzichtelijker op geworden is.⁵ Tel daarbij op het systeem van de drie verzekeringsstelsel WMO, ZVW en WLZ en personen met dementie en hun naasten verdwalen in dit oerwoud. Dat we meerdere zorgverzekeraars hebben, die ook niet allemaal hetzelfde lijken om te gaan met contractering, maakt het er niet makkelijker op. Door bijvoorbeeld multidisciplinair overleg niet van een betaaltitel te voorzien, ontbreekt dus een belangrijke voorwaarde voor geïntegreerde, domein overstijgende, zorg. Daar waar er wel mogelijkheden zijn voor extra inzet van zorg en behandeling, verzuipen aanbieders in de enorme bureaucratische en tijdrovende procedures die ook nog eens jaarlijks herhaal moeten worden (denk aan meerzorg). Helaas lukt het de case-managers, die overigens hun stinkende best doen, niet om al deze problemen tot een voor mensen met dementie en hun naasten acceptabel niveau te verlagen. Vaak is hun case-load ook te groot en zijn er wachtlijsten. Dat neemt niet weg dat er voldoende aanwijzingen zijn dat case-management opname in een zorginstelling uitstelt.⁶ Tot slot de tekorten op de arbeidsmarkt, die zijn o.a. in de verpleeghuizen een groot probleem. Het is moeilijk om daar de kwaliteit op niveau te houden, terwijl cliënten en naasten juist steeds meer verwachten. Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen is ook een bedreiging voor de kwaliteit van geïntegreerde dementiezorg. We hebben voor persoonsgerichte zorg juist behoefte aan meer generalisten die multidimensionaal kijken.

¹ <https://www.alzheimer-nederland.nl/belangenbehartiging/dementiemonitor>

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

³ <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2008/02/22/ouderdom-komt-met-gebreken-geneeskunde-en-zorg-bij-ouderen-met-multimorbiditeit>

⁴ <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/heel-de-oudere>

⁵ <https://dagelijks-leven.nl>

⁶ <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2075-7884.pdf>

Wat is er tot nog toe gedaan?

In 2020 is de zorgstandaard dementie verschenen.⁷ In dit vrij 'hoog over' document wordt beschreven waar goede dementiezorg aan zou moeten voldoen. Daarin is ook een paragraaf over integrale zorg opgenomen en wordt gesteld dat dit een voorwaarde is voor persoonsgerichte zorg. De zorgstandaard geeft vier aanbevelingen waar goede dementiezorg aan moet voldoen: (1) Pro-actieve zorgplanning wordt direct na diagnose ingezet en voortgezet gedurende het hele traject (2) De persoon met dementie moet een integraal zorg-leefplan krijgen (3) alle mensen met een dementie moeten een casemanager krijgen en (4) de samenwerkingspartners in het dementienetwerk maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze vast in een overeenkomst en monitoren deze afspraken periodiek. Dementienetwerk Nederland (DNN) is de aangewezen partij voor de implementatie van de zorgstandaard dementie.⁸ Dat blijkt ook uit hun missie: *"Wij staan voor een samenhangend aanbod van ondersteuning en zorg aan én in overleg met mensen met dementie en hun naasten in de regionale dementienetwerken. Wij werken vanuit de overtuiging dat het bundelen van krachten in zorg en welzijn kan leiden tot persoonsgerichte en integrale ondersteuning en zorg. Hierbij speelt de casemanager dementie een centrale en verbindende rol"*. Papier is geduldig (zorgstandaard) en implementatie is verschrikkelijk moeilijk. Al met al is het een moeizaam proces om tot werkelijke geïntegreerde zorg te komen.

Aanbevelingen.

1. Zet in op (boven)regionale samenwerking waarbij ook gemeenten en zorgverzekeraars zich committeren aan het realiseren van een zorgcontinuüm voor mensen met dementie vanuit een duidelijke visie op dementiezorg. Een goed begin zou al zijn dat er één loket is in de regio waar verwijzers/mensen zich kunnen melden wanneer er zorg of ondersteuning nodig is.
2. Overweeg het zorgverzekeringsstelsel aan te passen zoals door de RVS is geadviseerd.⁹ Denk bijvoorbeeld aan cliënt volgende bekostiging.
3. Stimuleer implementatie van wetenschappelijk bewezen, psychosociale interventies en voorzie ze van een betaaltitel. Denk bijvoorbeeld aan 'partner in balans'.¹⁰
4. Overweeg 'Dementienet' breder te implementeren. Deze wetenschappelijk onderbouwde, bottom-up ontstane dementie netwerken hebben een grotere kans integrale zorg te realiseren dan de wat loggere, grote, dementienetwerken.¹¹
5. Financier multidisciplinair overleg middels de ZVW/GZSP.
6. Investeer in goede, up-to-date, sociale kaart(en) van de betreffende stad en regio. Neem daarin bewezen methoden zoals EDOMAH in op zodat dit aanbod goed vindbaar is.¹²
7. Stimuleer de ontwikkeling van dementievriendelijke gemeenschappen. Leer van succes en falen. Wijs burgers, gemeenten, aanbieders van zorg- en welzijn en bedrijven op hun gezamenlijke verantwoordelijkheid hier. Gebruik daarbij ook wetenschappelijk kennis die is opgedaan.^{13 14 15}
8. Zet stevig in op het 'actieplan meer extramurale artsen' dat in samenwerking met de NFU, KNMG en VWS is geïnitieerd.¹⁶

⁷ <https://www.zorgstandaarddementie.nl>

⁸ <https://dementienetwerknederland.nl/wie-zijn-we/missie/>

⁹ <https://www.raadrfs.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

¹⁰ <https://www.partnerinbalans.nl>

¹¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37218358/>

¹² <https://www.edomah.nl>

¹³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36901017/>

¹⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34825742/>

¹⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36759811/>

¹⁶ [Toe naar meer artsen in het extramurale veld | NFU](#)