

Trajecthulp in Noord-Holland: verbetering en besparing in een

Betere zorg aan huis bij dementie



Lineke Kleemans,
specialist ouderengenees-
kunde, Geriant

Jan Vuister,
directeur Geriant

Marja Flaming,
zorginkoper AWBZ,
Coöperatie VGZ

Correspondentieadres:
j.vuister@geriant.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: HH, Maartje Geels

Het aantal Nederlanders met dementie groeit en de grenzen van de AWBZ komen in zicht. Betere zorg thuis kan een oplossing zijn. In Noord-Holland-noord zijn daar sinds 2000 goede ervaringen mee opgedaan. Patiënten en familie zijn tevreden en de besparing is aanzienlijk.

Mevrouw P., 82 jaar, alleenwonend, dochter op fietsafstand. Het is de dochter die zich bij haar eigen huisarts meldt wegens stress, slecht slapen en piekeren. De klachten houden overduidelijk verband met de zorg voor haar vergeetachtige moeder.

De huisarts vraagt haar dat te melden bij de huisarts van haar moeder. Die heeft mevrouw P. de laatste twee jaar niet meer op zijn spreekuur gezien. Hij gaat langs en treft een vermagerde, vergeetachtige, smoezelig uitzierende vrouw aan in een verwaarloosd huis. Zij heeft diverse blauwe plekken. 'Ik val soms dokter, verder gaat het goed, ik heb u niet nodig.' De huisarts belt Geriant. Verwijsvragen: Dementie? Kan dit nog wel thuis? Opname?

Sinds 2000 wordt er in Noord-Holland-noord gewerkt aan een nieuwe vorm van hulpverlening thuis: trajecthulp (zie kader). Die hulp heeft tot doel om mensen met

dementie zolang mogelijk thuis te laten wonen en de traditionele scheiding tussen behandeling en zorg op te heffen. Als het besluit is genomen om trajecthulp in gang te zetten, wordt een casemanager aangewezen die proactief aan de slag gaat.

De casemanager gaat als eerste langs bij mevrouw P. Ze doet dat in de eerste week drie keer, steeds niet langer dan 10 minuten. Dat breekt het ijs. Ze overlegt met de huisarts op zijn praktijk. Patiënte heeft echt snel zorg nodig want ze is erg verward en het is een puinhoop in huis, maar de zorgverleners willen ook weten wat er precies aan de hand is. De casemanager introduceert thuiszorg, de eerste keren samen met haar. De huisarts vraagt aan een ouderenspecialist van Geriant de diagnostiek te vervolgen. Dat gebeurt in etappes en volgens protocol. Lewy-body-dementie is de uitslag. Daar kan medicatie zowaar nog wat verbetering geven.

Praktisch en persoonlijk

De trajecthulp richt zich op zowel de persoon met dementie als zijn naasten. In die gecombineerde benadering ligt de sleutel voor succesvolle hulpverlening. De basishouding is daarbij

niet om alle zorg en hulp over te nemen, maar om familie en patiënt zoveel mogelijk zelf daarbij verantwoordelijk en actief te houden. Trajecthulp strekt zich uit vanaf het niet-pluisgevoel tot aan opname in een verpleeghuis, dan wel overlijden thuis. Inhoudelijk is het meer dan alleen maar het regelen van de hulp die nodig is. Het Geriant-model gaat uit van clinical casemanagement, waarin trajectbegeleiding en daadwerkelijke persoonlijke hulpverlening worden gecombineerd. Praktische zorg en persoonlijke begeleiding gaan hand in hand. Diagnostiek, behandeling en

Trajecthulp

Trajecthulp is een innovatieve vorm van hulpverlening aan dementerende mensen die thuis wonen. De hulp is beschikbaar na verwijzing door de huisarts en wordt geboden door een multidisciplinair team. Een casemanager – een verpleegkundige met een aanvullende interne opleiding van een jaar – vormt de spil van dit team.^{1 2} Hij of zij is het eerste aanspreekpunt voor patiënt en familie. Daarnaast zijn er de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, consulent-psychiater en gespecialiseerde thuiszorgmedewerker. De huisarts, die hoofdbehandelaar blijft, kan op allen een beroep doen.³

In Noord-Holland-noord wordt trajecthulp verzorgd door Stichting Geriant, een nieuwe organisatie opgericht door verpleeghuizen en ggz. Het zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ steunen en faciliteren. Het zorgmodel wordt vergoed als ggz-hulp vanuit de zorgverzekeringswet. Weliswaar

is het Geriant-model in strikte zin tweedelijns, in de praktijk staat het dicht bij de huisarts. Samen optrekken is het parool.



Trajecthulp heft de traditionele scheiding tussen behandeling en zorg op

SAMENVATTING

- Casemanagement vanuit een teamaanpak en dicht bij de huisarts is een effectief zorgmodel voor thuiswonende demente ouderen.
- Opname in een verpleeghuis wordt tot 9 maanden uitgesteld; de landelijke besparing loopt op tot 200 miljoen.
- De politiek en de overheid zijn aan zet om landelijke invoering te bespoedigen.

casemanagement worden gebundeld in één aanpak en één team.

De casemanager gaat met de dochter in gesprek. In de familie is het hommeles; haar broers vinden dat 'moe' gewoon wat ouder wordt. Er volgt een familiegesprek waarin problemen worden benoemd. Geen gemakkelijk gesprek, maar het geeft lucht en ook de zonen willen nu hun aandeel leveren. Wat de familieleden zelf kunnen, wordt ze niet uit handen genomen. De dochter volgt de cursus 'omgaan met dementie'. Ze snapt meer van wat er aan de hand is en ontmoet lotgenoten. Ze voelt zich gesteund. Familie wil moeder graag zo lang mogelijk in haar eigen omgeving houden. En ook mevrouw P. zelf geeft aan haar huis niet uit te willen. De casemanager blijft voor moeder en familie het aanspreekpunt. Het contact is maandelijks nu.

Inmiddels werken er vier teams met ruim 50 casemanagers en 8 specialisten ouderengeneeskunde in een werkgebied van ruim 600.000 inwoners. Jaarlijkse verwijzen de huisartsen circa 1.500 nieuw cliënten. Er zijn bijna 4.000 cliënten in zorg.

De waardering van mantelzorgers is hoog: tussen de 8,2 en 8,5. Ook de tevredenheid van huisartsen en ketenpartners is in de afgelopen jaren gemeten: deze ligt met 8,2 en 8,0 nagenoeg op hetzelfde niveau. Volgens de

huisartsen voorziet het op deze manier 'over de schotten heen werken' in een behoefte.

Nadelen en problemen zijn er ook. Digitale dossiervoering die voor iedereen toegankelijk is, alsmede

een integraal behandelplan waar alle zorgverleners mee uit de voeten kunnen, zijn nog onopgeloste puzzels.

Op een vrijdagmiddag gaat het bijna mis als mevrouw P. weer valt. De thuiszorg vraagt een noodbed aan. Casemanager en ouderengeneesbezoeken haar nog die middag. Ze blijkt delirant. Samen met de huisarts wordt lichamelijk onderzoek gedaan. Het probleem blijkt relatief eenvoudig: blaasontsteking. Er wordt voor twee nachten nachthulp geregeld; een zoon komt slapen. Ze kan thuis blijven.

Besparing

Zorgverzekeraar VGZ heeft recentelijk voor alle mensen met de diagnose dementie de kosten in kaart gebracht die in zowel de zorgverzekeringswet als de AWBZ worden gemaakt.⁴ Vervolgens werd een vergelijking gemaakt tussen regio's waar trajecthulp wordt aangebo-

den en regio's waar dat niet of veel minder gebeurt. De resultaten liegen er niet om. Weliswaar worden in de regio Noord-Holland-noord in absolute zin de hoogste ggz-kosten gemaakt, maar daarmee worden wel 3 tot 4 keer meer personen bereikt. In vergelijking met andere regio's zijn de gemiddelde ggz-kosten per persoon dan ook fors lager: een indicatie voor de doelmatige inzet van middelen in dit model. Positieve bevinding zijn ook de veel lagere kosten die in Noord-Holland-noord in het ziekenhuis worden gemaakt: gemiddeld 40 procent minder dan in andere regio's. Het meest opmerkelijk zijn de kosten in de AWBZ. In de regio waar trajecthulp wordt aangeboden, liggen deze aanmerkelijk lager. Dat komt hoofdzakelijk door een latere opname in het verpleeghuis. Dat verschil kan oplopen tot 9 maanden. Uitgedrukt in geld levert dit per 'zorgtraject' van een patiënt een besparing in de AWBZ van 48.000 euro op. Geëxtrapoleerd betekent dat een landelijke besparing van 200 miljoen per jaar.

Vanaf het eerste signaal van de dochter verstrijken vier jaar. In die tijd komt er meer thuiszorg en houdt de huisarts mevrouw P. somatisch onder controle. De casemanager begeleidt de familie, houdt patiënte in de gaten, regelt ook dagbehandeling en coacht de thuiszorg. Mevrouw P. krijgt nu veel hulp: er wordt op de praktijk van de huisarts een gesprek met alle betrokkenen georganiseerd om allen op één lijn te houden. Vlak na de kerst gaat ze sneller achteruit. Ze is hele nachten in de weer en zwerft ook op straat. De casemanager regelt opname in een verpleeghuis. Daar overlijdt mevrouw P. na 4 maanden op 86-jarige leeftijd.

Overheid aan zet

De zorg thuis voor mensen met dementie moet gaan veranderen. Casemanagement, aangeboden vanuit een breed samengesteld team, en gepositioneerd dicht bij de huisarts is daarvoor een effectieve werkvorm. Langer thuisblijven, zoals de meeste cliënten willen, is het resultaat. Cliënten, huisarts en ketenpartners tonen zich tevreden. En dit model van werken blijkt ook kosteneffectief: er worden minder kosten gemaakt in ziekenhuizen en de AWBZ. Breder invoering ligt daarom voor de hand. Ketenorganisaties zijn daarbij natuurlijk aan zet. Maar overheid en politiek moeten dat ondersteunen door op korte termijn de noodzakelijke randvoorwaarden te scheppen, met mogelijkheden voor bekostiging 'over de schotten heen'. Of zijn zij *penny wise, pound foolish?* 

De financiële resultaten van trajecthulp liegen er niet om