

De kosten en opbrengsten van een geïntegreerde aanpak bij dementie

C.A.G. WOLFS, C.D. DIRKSEN, J.L. SEVERENS, A. KESSELS,
M. VERKAAIK, F.R.J. VERHEY

ACHTERGROND Een geïntegreerde aanpak bij dementie wordt over het algemeen aangeraden, aangezien geen enkele discipline alleen voldoende geoutilleerd is om met de complexe psychische, lichamelijke en sociale problemen inherent aan dementie om te gaan. Een multidisciplinaire aanpak gaat evenwel ook gepaard met hogere kosten. Hoe de kosten en de opbrengsten zich verhouden, is onbekend.

DOEL Onderzoeken van de kosten en de opbrengsten van een geïntegreerde aanpak bij dementie in de vorm van een diagnostisch onderzoekscentrum psychogeriatric (DOC-PG).

METHODE Prospectief en gerandomiseerd doelmatigheidsonderzoek en literatuuroverzicht. Bevindingen werden vergeleken met die van andere onderzoeken naar de kosten en baten van de geïntegreerde benadering.

RESULTATEN Het DOC-PG was effectiever wat betreft kwaliteit van leven van de patiënten dan de gebruikelijke zorg, maar niet aantoonbaar duurder. Het kan daarom worden beschouwd als een kosteneffectieve voorziening voor ambulante patiënten met dementie. Drie andere studies leverden additioneel empirisch bewijs voor een dergelijke geïntegreerde aanpak in verschillende sectoren betrokken bij dementiezorg.

CONCLUSIE Een geïntegreerde aanpak bij diagnose, behandeling en beleid bij dementie levert gunstige effecten op. Meer onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit van geïntegreerde zorgprogramma's is noodzakelijk voor het verder verbeteren van de huidige dementiezorg.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 657-665]

TREFWOORDEN dementie, effectiviteit, geïntegreerde zorg, ketenzorg, kosteneffectiviteit, multidisciplinair

Het aantal ouderen in onze samenleving groeit snel en zal de komende decennia ook sterk blijven toenemen. Dankzij de medische technologie en ontwikkeling van hulpmiddelen neemt de levensverwachting van ouderen toe en hiermee het aantal ouderen met een chronische ziekte zoals reumatoïde artritis, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, kanker en dementie. Steeds meer oudere patiënten en hun omgeving ondervinden dan ook problemen bij het dagelijks functioneren op

meerdere gebieden, namelijk op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak.

Een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak voor het diagnosticeren, begeleiden en behandelen van dementie wordt in alle belangrijke richtlijnen aangeraden, aangezien geen enkele discipline alleen adequaat geoutilleerd is voor de benadering van de complexe psychische, lichamelijke en sociale problemen die inherent zijn aan dementie (APA 1997; CBO 2005; Olde Rikkert e.a. 2006). Met

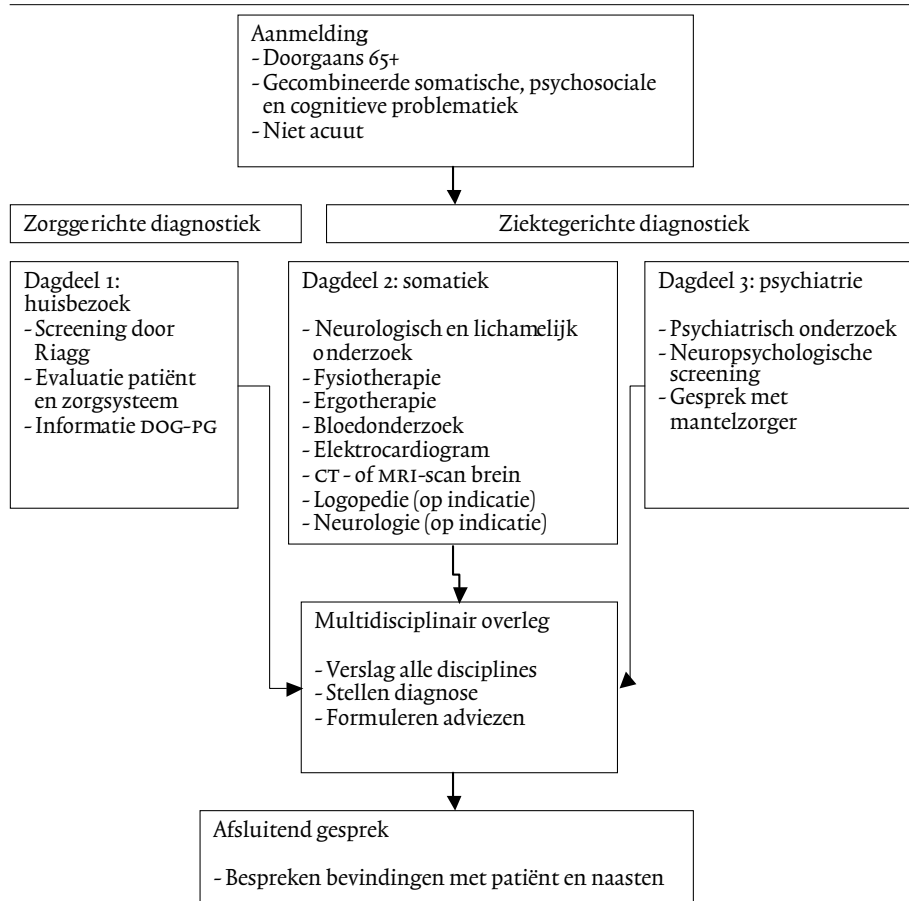
het oog hierop werden de afgelopen decennia overal ter wereld multidisciplinaire geheugenpoliklinieken opgericht. Geheugenpoli's maken inmiddels deel uit van het reguliere zorgaanbod, en spelen een belangrijke rol bij de differentiaaldiagnostiek van dementie, de etiologische diagnostiek, de behandeling en het opstellen van een zorgplan en het bespreken van de (implicaties van de) diagnose met de patiënt en diens naasten (Ramakers & Verhey 2010; Verhey e.a. 2010). Ruim een kwart van alle patiënten met dementie komt hier terecht voor diagnostiek.

Er is de laatste jaren ook wel kritiek geweest op deze geheugenpoli's omdat ze te zeer gericht zouden zijn op de medische diagnostiek en farmacotherapie, hetgeen ten koste zou gaan van andere zorg (Pelosi e.a. 2006). Ook is er in het verleden

gewezen op een onwenselijke kloof die dreigt te ontstaan tussen deze ziekenhuisinstellingen en andere zorginstellingen. De eerste zijn vooral gefocust op de ziektegerichte diagnostiek, terwijl instellingen zoals de ggz zich vooral bezighouden met zorggerichte diagnostiek zoals het vaststellen van de draagkracht van het zorgsysteem.

Om deze traditionele kloof te overbruggen werd in Maastricht in 2002 het Diagnostisch OnderzoeksCentrum voor PsychoGeriatric (DOC-PG) opgericht. De achtergrondfilosofie was dat diagnostiek bij ouderen met dementie een multifactoriële benadering vraagt met integratie van verschillende disciplines, zowel medische als psychosociale. Deze benadering ligt voor de hand en komt tegemoet aan een moderne integrale visie op diagnostiek bij dementie, maar had toen in Neder-

FIGUUR 1 Stroomdiagram van het traject bij het diagnostisch onderzoekscentrum voor psychogeriatric (DOC-PG)



land nog maar nauwelijks vorm gekregen. Bovendien bleek destijds uit een systematisch overzicht van de bestaande literatuur dat er geen gegevens bestonden over de kosten en de opbrengsten van een dergelijke geïntegreerde benadering (Wolfs e.a. 2006).

BESCHRIJVING DOC-PG

Het DOC-PG is een verregaande samenwerking tussen het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de afdeling Ouderenzorg van de Riagg. Het azM draagt zorg voor de ziektegerichte benadering (diagnose en medisch advies) van een aantal ziekenhuisafdelingen (geheugenpoli/psychiatrie en neuropsychologie, geriatrie, fysiotherapie en ergotherapie). De zorggerichte benadering wordt verzorgd door de afdeling Ouderenzorg van de Riagg.

Het DOC-PG-traject omvat de volgende onderdelen:

- een huisbezoek door een medewerker van de Riagg om de thuissituatie te evalueren en de zorgbelasting en -behoefte van de mantelzorgers in kaart te brengen;
- twee dagdelen in het azM voor een uitgebreid lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch

onderzoek, een CT-scan, een ecg en diverse bloedonderzoeken.

De bevindingen worden daarna in een multidisciplinair overleg met alle betrokken disciplines besproken, op grond waarvan een diagnose wordt gesteld en een advies voor behandeling en begeleiding aan de huisarts wordt gegeven. Het DOC-PG-traject staat schematisch weergegeven in figuur 1.

METHODE

Wij onderzochten de afgelopen jaren de doelmatigheid van deze samenwerking. In een prospectief en gerandomiseerd onderzoek gingen wij gedurende één jaar de effecten en de kosten van het DOC-PG op kwaliteit van leven, op somatisch en psychisch welbevinden, en medische consumptie na. Deze Maastricht Evaluation of a Diagnostic Intervention for Cognitively Impaired Elderly (MEDICIE-studie) werd gefinancierd door ZonMw; het is de eerste gerandomiseerde studie naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een dergelijke benadering bij dementie (Wolfs e.a. 2006).

TABEL 1 Gemiddelde scores (SD) op alle effectmaten en resultaten van de regressieanalyses (groepsverschillen) naar effect van een diagnostisch onderzoekscentrum voor psychogeriatric (DOC-PG; n = 115) bij MUMC+ versus een controlegroep (n = 77)

	Aanvang (T1)		6 maanden (T2)		Gem. verschil tussen beide groepen (T2-T1) (95%-BI)	12 maanden (T3)		Gem. verschil tussen beide groepen (T3-T1) (95%-BI)
	DOC-PG	CG	DOC-PG	CG		DOC-PG	CG	
EQ-5D:								
VAS	58,7 (20,7)	60,0 (19,3)	60,2 (18,3)	56,1 (18,8)	5,4 (0,29-10,45)*	58,3 (20,5)	54,4 (21,8)	5,2 (-0,58-10,94)
VAS > 10	-	-	39,0%	22,1%	0,8 (0,17-1,40)**	32,6%	18,2%	0,8 (0,16-1,45)**
Utiliteitscore	0,54 (0,33)	0,54 (0,30)	0,58 (0,33)	0,53 (0,33)	0,1 (-0,04-0,12)	0,49 (0,35)	0,43 (0,34)	0,1 (-0,04-0,14)
MMSE	20,5 (6,0)	19,8 (6,6)	18,8 (7,8)	19,2 (17,5)	-0,9(-2,23-0,34)	18,0 (7,7)	17,4 (8,8)	0,0 (-1,43-1,48)
GDS	4,2 (0,9)	4,2 (1,1)	4,4 (1,2)	4,6 (1,2)	-0,1 (-0,44-0,14)	4,7 (1,0)	4,7 (1,1)	0,0 (-0,23-0,21)
IADL	17,1 (5,7)	16,5 (6,1)	18,7 (6,2)	18,12 (6,3)	-0,1(-1,16-1,06)	20,2 (6,1)	20,4 (6,5)	-0,7(-1,85-0,46)
Cornell	7,9 (4,3)	7,4 (3,8)	7,2 (4,7)	7,9 (5,0)	-1,3 (-2,62-0,07)	7,5 (5,0)	7,8 (4,9)	-0,8 (-2,24-0,69)
NPI total	23,4 (15,6)	22,6 (16,5)	24,3 (18,5)	27,3 (20,8)	-4,0 (-8,46-0,54)	28,4 (20,8)	29,0 (21,0)	-1,2 (-6,06-3,63)

*Significant (p = 0,04).

**Significant (p = 0,01).

BI = betrouwbaarheidsinterval; VAS = visuele-analoge schaal; VAS > 10 = proportie patiënten die meer dan 10% van het groepsverschil verbeterden op de VAS, vergeleken met de uitgangswaarde; MMSE = Mini-Mental State Examination; GDS = Global Deterioration Scale; IADL = Instrumental Activities of Daily Living Scale; NPI = NeuroPsychiatric Inventory.

TABEL 2 Aantal patiënten die gebruikmaakten van voorzieningen en gemiddeld gebruik (aantal bezoeken, dagen in verzorgingshuis etc.) gedurende 12 maanden, gemiddelde kosten per patiënt, gemiddelde effecten en incrementele kosteneffectiviteitsratio's (IKER's)

	Aantal patiënten (%)		Gem. aantal visites per patiënt (95%-BI)		Gemiddelde kosten per patiënt (95%-BI)		Incrementele kosteneffecten
	DOC-PG (n = 131)	Controle (n = 88)	DOC-PG (n = 131)	Controle (n = 88)	DOC-PG (n = 131)	Controle (n = 88)	
Interventiekosten**	131 (100)	88 (100)			€ 857 (854-860)	€ 492 (473-511)	€ 365
Ziekenhuiskosten*	100 (76)	66 (75)			€ 3457 (3125-3787)	€ 2033 (1750-2316)	€ 1424
Riaggkosten**	93 (71)	55 (62)	8,7 (8,0-9,4)	7,8 (7,1-8,5)	€ 1112 (1018-1204)	€ 1001 (917-1084)	€ 111
Medicatie*** *****	127 (97)	88 (100)			€ 1457 (1375-1539)	€ 1586 (1483-1688)	-€ 129
Opname****:							
Verpleeghuis	18 (14)	15 (17)	23,8 (19,9-27,6)	34,8 (29,1-40,4)	€ 5039 (4224-5853)	€ 7370 (6177-8563)	-€ 2331
Verzorgingshuis	20 (15)	14 (16)	41,4 (35,3-47,5)	35,3 (28,6-41,9)	€ 3620 (3086-4153)	€ 3084 (2504-3665)	€ 536
Thuiszorg****:							
Huishoudelijk	71 (54)	51 (58)	90,8 (84,2-97,4)	91,5 (83,4-99,6)	€ 2027 (1879-2174)	€ 2043 (1862-2224)	-€ 16
Verpleegkundig	66 (50)	46 (52)	106,2 (94,4-118,0)	88,5 (76,3-100,7)	€ 4415 (3926-4904)	€ 3677 (3170-4185)	€ 738
Dagopvang in****:							
Verpleeghuis	18 (14)	16 (18)	10,3 (8,5-12,0)	13,0 (10,6-15,4)	€ 1277 (1056-1498)	€ 1616 (1318-1913)	-€ 339
Verzorgingshuis	34 (26)	30 (34)	31,2 (27,4-35,0)	24,7 (21,6-27,8)	€ 1557 (1366-1747)	€ 1232 (1075-1388)	€ 325
Gemeentelijke opvang	2 (2)	8 (9)	0,4 (0,2-0,6)	4,7 (3,5-5,9)	€ 2 (1-3)	€ 24 (18-30)	-€ 22
Huisarts*****	117 (89)	78 (89)	22,6 (21,3-23,9)	25,9 (24,3-27,6)	€ 491 (462-520)	€ 543 (505-581)	-€ 52
Andere professionals*****	88 (67)	62 (70)	51,6 (48,4-54,8)	53,5 (49,5-57,4)	€ 1447 (1361-1533)	€ 1470 (1364-1576)	-€ 23
Informele zorg****	131 (100)	88 (100)	807,2 (739,2-875,1)	888,0 (792,2- 983,7)	€ 6311 (5793-6829)	€ 6934 (6207-7661)	-€ 623
Huishoudelijke hulp****	83 (63)	66 (75)	83,4 (77,9-88,9)	92,3 (85,5-99,0)	€ 631 (588-673)	€ 696 (642-749)	-€ 65
Gebruiksgoederen*****	60 (46)	40 (46)			€ 453 (414-493)	€ 531 (476-585)	-€ 78
Verbruiksgoederen*****	86 (66)	65 (74)			€ 145 (137-153)	€ 180 (169-191)	-€ 35
Betaald door patiënt*****	89 (68)	66 (75)			€ 1042 (988-1095)	€ 1170 (1098-1241)	-€ 128
Betaald door zorgverlener****	119 (91)	77 (88)			€ 2399 (2324-2475)	€ 2027 (1932-2123)	€ 372
Reiskosten huisarts e.a.*****					€ 35 (32-37)	€ 37 (34-39)	-€ 2
Reiskosten ziekenhuis*					€ 9 (8-10)	€ 10 (9-11)	-€ 1
Reiskosten dagopvang****					€ 598 (538-658)	€ 558 (501-614)	€ 40
Parkeerkosten*					€ 9 (8-10)	€ 11 (10-12)	-€ 2
Totale kosten					€ 38,396 (37053-39738)	€ 38,331 (36428-40234)	€ 65
Effecten (QALY)					0,503 (0,487-0,519)	0,452 (0,432-0,472)	0,05 QALY
IKER						€ 1267 QALY	
					Gemiddelde kosten per patiënt (95%-BI)		
Patiënten met MMSE- + NPI-scores					DOC-PG (n = 115)	Controle (n = 77)	Incrementele kosteneffecten
Totale kosten					€ 41,084 (39636-42530)	€ 41,107 (39036-43178)	-€ 23
Effecten (verschil MMSE)					-2,44 (-2,75- -2,14)	-2,37 (-2,74- -2,00)	0,07
Effecten (verschil NPI)					4,94 (3,88-6,00)	6,42 (5,23-7,61)	- 1,48
IKER (MMSE)							-€ 333 bijkomend punt verslechtering

*Ziekenhuisinformatiesysteem.

****Informele zorg vragenlijst.

**Elektronisch patiëntendossier Riagg.

*****Kostendagboeken.

***Registraties van apotheken.

MMSE = Mini-Mental State Examination; NPI = Neuropsychiatric Inventory.

Patiënten

Patiënten werden gerekruteerd van juli 2002 tot augustus 2004 uit 60 huisartspraktijken uit de regio Maastricht, 7 praktijken uit de regio Sittard en 3 praktijken uit de regio Heerlen. Uiteindelijk waren 230 patiënten en hun naasten bereid aan de studie mee te werken. Randomisatie geschiedde naar huisartspraktijk. De helft van de praktijken mocht doorverwijzen naar het DOC-PG en de andere helft verleende de gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg wilde zeggen zorg door de huisarts of door een van de betrokken afdelingen.

Primaire uitkomstmaat

Gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven van de patiënt (gewaardeerd door de naaste), was de primaire uitkomstmaat om de effectiviteit van DOC-PG te evalueren. Wij namen de EQ-5D als belangrijkste uitkomstmaat om gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven te meten (Brooks 1996; Wolfs e.a. 2007a). Deze EQ-5D is een generieke maat, dus niet aan een bepaalde ziekte gebonden en daardoor geschikt om de kwaliteit van leven te meten bij mensen met verschillende stoornissen. Deze bestaat uit 5 dimensies (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en stemming) en een visuele-analoge schaal (VAS) waarop '100' de best en '0' de slechtst voorstelbare algehele gezondheidstoestand is. Als primaire uitkomstmaat kozen wij voor de VAS omdat we de 'ervaren' kwaliteit van leven in zijn totaliteit wilden meten, en geen 'submaten'. Op voorhand beschouwden wij een verschil op de VAS-scores van 10% of meer tussen de DOC-PG-groep en de groep met gebruikelijke zorg gedurende 1 jaar als relevante (primaire) uitkomst.

RESULTATEN

De DOC-PG-groep ging na een jaar gemiddeld 0,4 punten op de VAS achteruit, terwijl de groep met gebruikelijke zorg 5,6 punten verslechterde. Het absolute verschil tussen beide groepen op deze verschillscore was 5,2; dit kwam overeen

met 9,6% van de gemiddelde score op de 12-maandenmeting van de groep met gebruikelijke zorg. Dit lag dus zeer dicht in de buurt van onze initiële verwachtingen van 10%. Het aandeel patiënten die meer dan 10% (van het groepsverschil) verbeterden op de VAS was significant groter in de interventiegroep (39,0%) dan in de groep met gebruikelijke zorg (22,1%).

De groepen verschilden niet van elkaar wat betreft de klinische uitkomstmaten, zoals cognitie (gemeten met de Mini-Mental State Examination; Folstein e.a. 1975), gedragsproblemen (gemeten met het Neuropsychiatric Inventory; Cummings e.a. 1994), functioneren (gemeten met de Instrumental Activities of Daily Living Scale; Lawton & Brody 1969) en stemming (gemeten met de Cornell Scale for Depression in Dementia; Alexopoulos e.a. 1988). In tabel 1 zijn de gemiddelde scores en verschillscores van de effectmaten op de drie meetmomenten weergegeven. Onze conclusie was dat een geïntegreerde aanpak bij dementie de kwaliteit van leven van de patiënten ten gunste komt (Wolfs e.a. 2008).

Economische evaluatie

In deze gerandomiseerde klinische trial (RCT) voerden wij ook een economische evaluatie uit. Hierin werden de kosten en de effecten van DOC-PG vergeleken met die van de gebruikelijke zorg (alleen azM/geheugenpoli of alleen Ouderenzorg van de Riagg). Deze economische evaluatie werd uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief volgens (inter)nationale richtlijnen met een tijdshorizon van 1 jaar (Drummond e.a. 2005; Gold e.a. 1996; Oostenbrink e.a. 2004). Dit houdt in dat naar alle kosten werd gekeken: niet alleen kosten die de instellingen maakten, maar bijvoorbeeld ook de belasting van de mantelzorg, in geld uitgedrukt. Zogenaamde *quality-adjusted life years* (voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren of QALY's) van de patiënt werden als primaire uitkomstmaat gekozen, en gedragsproblemen en cognitie (beide gerelateerd aan hoge kosten bij dementie) als secundaire uitkomstmaten.

Vergeleken met de patiënten die gebruikelijke zorg kregen, wonnen patiënten die DOC-PG bezochten gemiddeld 0,05 QALY, terwijl de aan gezondheid gerelateerde kosten in één jaar nagenoeg vergelijkbaar waren (d.w.z. na een DOC-PG-interventie bleek er in een jaar €65,- meer kosten gemaakt te worden). De incrementele kosten per QALY bedroegen daarmee €1267,-. Vergeleken met andere interventies zoals behandeling met antidementiemiddelen (Fillit & Hill 2005; Jonsen 2003) is deze investering uitermate gunstig. In tabel 2 zijn de gemiddelde kosten en het zorggebruik gedurende 12 maanden weergegeven.

DISCUSSIE

DOC-PG is dus nauwelijks aantoonbaar duurder dan gebruikelijke zorg in Nederland, ondanks de investering in de diagnostische interventie, maar is zeer waarschijnlijk wel effectiever. DOC-PG kan dan ook beschouwd worden als een kosteneffectieve voorziening voor de (vroeg) diagnose en management van patiënten met cognitieve stoornissen.

De resultaten van de secundaire analyses (gedragsproblemen, cognitie en functioneren) waren veel minder zeker, en hieruit konden dan ook geen conclusies getrokken worden (Wolfs e.a. 2009). Ons idee is dat de diagnostiek via DOC-PG niet op één bepaald aspect van de dementie werkzaam is, maar dat juist de meer holistische aanpak zorgt voor een verlenging van de tijd dat mensen bijvoorbeeld in de thuissituatie kunnen verblijven zonder dat dit ten koste gaat van de belasting van de mantelzorger, en daardoor al gauw effectief is. Dit onderstreept het belang van een brede multidisciplinaire aanpak waarbij de diagnostiek van alle facetten van dementie aanknopingspunten biedt voor een adequatere inzet van zorg.

De toegevoegde waarde van het DOC-PG bleek verder uit een hoge mate van tevredenheid van de verwijzers (meestal de huisarts). Ruim 80% van de huisartsen vond dat het DOC-PG een toegevoegde waarde had ten opzichte van bestaande diagnostische faciliteiten (Wolfs e.a. 2007b). Uit

een inventarisatie van de adviezen bleek verder dat een groot deel (ruim 70%) van de adviezen opgevolgd werd door de huisartsen. Dit waren vooral adviezen over opnames, het regelen van dagopvang en thuiszorg, en het saneren van de medicatie. Een geïntegreerde aanpak voor het diagnosticeren en managen van dementie is dus voor alle partijen waardevol, mede dankzij de compleetheit en de bruikbaarheid van de adviezen en het feit dat de huisarts daarna beter in staat is adequate zorg te organiseren voor de patiënt met dementie.

Vergelijking met andere onderzoeken

Het DOC-PG omvat het eerste deel van de zorgketen, namelijk diagnostiek van zowel de onderliggende stoornissen als de behoeftes en belastbaarheid van de mantelzorgers. Optimale zorg betreft evenwel meerdere sectoren. De keten start bij de herkenning en de screening van de ouderen (door bijvoorbeeld de huisarts), vervolgens vinden diagnostiek en behandeling plaats in ziekenhuizen (door bijvoorbeeld een DOC-PG), dan wordt case-management door ggz-instellingen ingezet, evenals langdurige thuiszorg. De keten eindigt bij opname (De Lepeleire e.a. 2009).

Dat integratie van al deze verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg belangrijk is, en een vereiste voor het leveren van kwaliteitszorg (Ouwens e.a. 2005), werd de afgelopen jaren door verschillende onderzoeken aangetoond. In een dergelijke zorgketen wordt de zorg voor de patiënt en diens naasten als één geheel gezien, wat efficiënter is dan de dementie als een individuele ziekte te behandelen (Callahan e.a. 2009). Het doel van geïntegreerde zorg is om de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te verbeteren. Dit om de tevredenheid van de consument te vergroten en om een efficiënt systeem te bewerkstelligen voor mensen met complexe langdurende problemen die gebruikmaken van meerdere diensten en hulpverleners (De Lepeleire e.a. 2009; Kodner & Spreuwenberg 2002).

Behalve in de MEDICIE-studie zijn in een (beperkt) aantal andere studies gunstige effecten

van een geïntegreerde aanpak bij dementie in deze sectoren aangetoond (Callahan e.a. 2006; Fossey e.a. 2006; Vickrey e.a. 2006) Zo vonden Callahan e.a. (2006) dat samenwerking tussen eerstelijnszorg (huisarts) en ambulante zorg (geriatisch verpleegkundige) volgens *evidence-based* richtlijnen en protocollen, gunstige effecten heeft wat betreft gedragsproblemen en psychologische problemen. Vickrey e.a. (2006) toonden de effectiviteit aan van een zorgprogramma bij dementie (gebaseerd op richtlijnen), waarbij een casemanager een belangrijke rol speelde door de huisartsenzorg te integreren met diverse zorginstellingen. Dankzij het programma verdubbelde het aantal opgevolgde richtlijnen (64 versus 33%) en dit resulteerde in een significante toename van de kwaliteit van leven van de patiënten (Vickrey e.a. 2006). Ten slotte rapporteerden Fossey e.a. (2006) over een geïntegreerde aanpak bij dementie in het verpleeghuis. Samenwerking tussen de ggz en langetermijnzorginstellingen resulteerde in een afname van 19% wat betreft het gebruik van antipsychotica (Fossey e.a. 2006).

CONCLUSIE

Een geïntegreerde aanpak levert gunstige effecten op in verschillende sectoren die betrokken zijn bij dementiezorg: niet alleen voor patiënten en hulpverleners, maar ook voor managers en financiers binnen de gezondheidszorg. Voordat een dergelijke aanpak volledig geïmplementeerd kan worden, dient men echter een aantal organisatorische, financiële, praktische en empirische uitdagingen te overwinnen. Zo is de financiering van de zorgketen bij dementie niet gemakkelijk, is het aanleggen van één integraal patiëntendossier vaak moeilijk, is samenwerken organisatorisch complex en vereist het een andere manier van werken van de participerende disciplines. Deze uitdagingen, alsmede het groeiende aantal mensen met dementie benadrukken het belang van het verbeteren van de huidige dementiezorg. Meer onderzoek naar de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van geïntegreerde zorgprogramma's is daarom noodzakelijk.

LITERATUUR

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
- APA. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1-39.
- Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
- Callahan CM, Boustani M, Sachs GA, Hendrie HC. Integrating care for older adults with cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res* 2009; 6: 368-74.
- Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, e.a. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2148-57.
- CBO. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO/MWR, 2005: 1-75.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
- De Lepeleire J, Verhey FRJ, Slaets J, Jonker C. Ketenzorg. In: Jonker C, Slaets J, Verhey FRJ, editors. *Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009. pp. 105-111.
- Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford University Press; 2005.
- Fillit H, Hill J. Economics of dementia and pharmacoeconomics of dementia therapy. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2005; 3: 39-49.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12: 189-98.
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 756-61.
- Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press; 1996.
- Jonsson L. Pharmacoeconomics of cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21: 1025-37.

- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002; 2: e12.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
- Olde Rikkert MG, van der Flier WM, de Leeuw FE, Verbeek M, Jansen RW, Verhey F, e.a. Multiple diagnostic tests are needed to assess multiple causes of dementia. *Arch Neurol* 2006; 63: 144-6.
- Oostenbrink JB, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en richtlijnprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen; 2004.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 141-6.
- Pelosi AJ, McNulty SV, Jackson GA. Role of cholinesterase inhibitors in dementia care needs rethinking. *BMJ* 2006; 333: 491-3.
- Ramakers IHGB, Verhey F. Development of memory clinics in the Netherlands: 1998 to 2009. *Aging Ment Health* 2011; 15: 34-9.
- Verhey F, Ramakers I, Bouwens S, Blom M, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, e.a. Geheugenpoli Monitor 2009. Maastricht; 2010.
- Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, e.a. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 713-26.
- Wolfs CA, Dirksen CD, Kessels A, Severens JL, Verhey FR. Economic evaluation of an integrated diagnostic approach for psychogeriatric patients: results of a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 313-23.
- Wolfs CA, Dirksen CD, Kessels A, Willems DC, Verhey FR, Severens JL. Performance of the EQ-5D and the EQ-5D+C in elderly patients with cognitive impairments. *Health Qual Life Outcomes* 2007a; 5: 33.
- Wolfs CA, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR. The added value of a multidisciplinary approach in diagnosing dementia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 223-32.
- Wolfs CA, Kessels A, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR. Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 300-5.
- Wolfs CA, Verhey FR, Kessels A, Winkens RA, Severens JL, Dirksen CD. GP concordance with advice for treatment following a multidisciplinary psychogeriatric assessment. *International J Geriatr Psychiatry* 2007b; 22: 233-40.

AUTEURS

CLAIRE WOLFS is post-doconderzoeker en psycholoog i.o. tot gz-psycholoog, Afdeling Psychiatrie & Neuropsychologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+).

CARMEN DIRKSEN is gezondheidswetenschapper, afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment (KEMTA), MUMC+.

HANS SEVERENS is hoogleraar Medical Technology Assessment (MTA), MUMC+ en Erasmus Universiteit, Rotterdam.

ALFONS KESSELS is methodoloog en statisticus, Afdeling KEMTA, MUMC+.

MIKE VERKAAIK is sociaal geriater, afdeling Ouderenzorg, Riagg, Maastricht.

FRANS VERHEY is zenuwarts en hoogleraar Neuropsychiatrie/Ouderenspsychiatrie, Alzheimer Centrum Limburg en geheugenpoli, afdeling Psychiatrie, MUMC+.

Correspondentieadres: dr. Claire Wolfs, Afdeling Psychiatrie & Neuropsychologie, MUMC+/Alzheimer Centrum Limburg, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

E-mail: claire.wolfs@maastrichtuniversity.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-9-2010.

SUMMARY

The costs and benefits of an integrated approach to dementia – C.A.G. Wolfs, C.D. Dirksen, J.L. Severens, A. Kessels, M. Verkaaik, F.R.J. Verhey –

BACKGROUND An integrated approach to dementia is generally recommended because no one discipline is adequately equipped to deal with the complex psychic, physical and social problems that are inherent in dementia. A multidisciplinary approach, however, leads inevitably to higher costs. It is not known what the cost/benefit ratio will be.

AIM To describe our research into the costs and benefits of an integrated approach to dementia involving the use of a diagnostic research centre for psycho-geriatrics (DRC-PG) and thereafter to compare our findings with the results of other studies of the costs and benefits of an integrated approach.

METHOD We performed a prospective and randomised efficiency study and we compared our findings with the results of other studies of the costs and benefits of an integrated approach. We reviewed recent literature.

RESULTS The DRC-PG was more effective than normal care as far as the patients' quality of life was concerned, but was not more expensive. It can therefore be regarded as a cost-effective facility for ambulatory patients with dementia. Three other studies provided additional empirical evidence of the success of a similar integrated approach in various sectors involved in the care of patients with dementia.

CONCLUSION An integrated approach with regard to the diagnosis, treatment and management of dementia produces favourable results. More research is needed into the efficacy and cost-effectiveness of integrated care programmes. This should result in improvements in the care and treatment of patients with dementia.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 657-665]

KEY WORDS chain of care, cost-effectiveness, dementia, effectiveness, integrated care, multidisciplinary