

Samenwerken loont

F. BOUCKAERT

Wolfs e.a. (2011) beschrijven in dit themanummer een prospectieve, gerandomiseerde en gecontroleerde studie in Nederland. Hierbij kregen patiënten bij wie men dementie vermoedde ófwel gedurende twee weken geïntegreerde multidisciplinaire zorg ófwel de gebruikelijke zorg. Bij de interventiegroep combineerde men de op ziekenhuiszorg gebaseerde benadering van een geheugenklinik met de zorggeoriënteerde benadering van een ambulante ggz-team, waarna een gedetailleerd diagnostisch en therapeutisch advies werd gegeven aan de huisarts. Deze interventie leidde tot een verbetering van bijna 10% ten opzichte van de controlegroep wat betreft de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit lijkt op het eerste gezicht een bescheiden winst, maar volgens de auteurs is deze klinisch relevant, aangezien ze hoger is dan ooit gevonden in een farmacologische studie bij dementie (McNulty e.a. 2008). De geïntegreerde aanpak was niet aantoonbaar duurder en daardoor kosteneffectief voor ambulante patiënten met dementie.

GEHEUGENKLINIEKEN

De voorbije jaren was er een grote toename van het aantal geheugenklinieken, zowel in Nederland (Verhey e.a. 2007) als in Vlaanderen. Een terechte kritiek was evenwel dat deze geheugenpoli's te zeer gericht waren op de medische diagnostiek en farmacotherapie (het voorschrijven en verder monitoren van cholinesterase-inhibitoren en memantine), en dat de psychosociale aspecten en de aandacht voor de mantelzorger werden verwaarloosd (Pelosi e.a. 2006).

De werkwijze en het klinische traject zoals Wolfs e.a. beschrijven, zijn zeker nog geen gangbare praktijk. Naast het multidisciplinaire aspect en samenwerking over de lijnen heen overstijgt hun geïntegreerd model ruim de gemiddelde geheugenklinik.

MULTIDISCIPLINAIR

De multidisciplinaire benadering is bij ouderenzorg in het algemeen en bij dementiezorg in het bijzonder een noodzaak geworden. De volwaardige complementariteit van de disciplines geriatrie, neurologie en psychiatrie heeft inmiddels de overhand op het bekrompen nastreven van eigen hegemonie, dat ooit welig tierde. Ook actoren uit de eerste- en tweedelijnszorg dienen rechtstreeks of indirect bij deze zorg betrokken te worden: huisarts, verpleegkundigen, paramedici, professionele thuiszorg, familie en vrijwilligers.

Dat samenwerken over de lijnen heen zijn vruchten afwerpt, leerden we overigens van groot-schalige studies over de behandeling van depressie en preventie van suïcide bij ouderen, zoals PROSPECT (Bruce e.a. 2004), IMPACT (Unützer e.a. 2006; Van Leeuwen e.a. 2009) en SUPPRESS (Oyama e.a. 2006).

Dementie legt een aanzienlijke financiële druk op onze maatschappij, die in tijden van schaarste en (al dan niet gerechtvaardigde) bezuinigingen in de (geestelijke) gezondheidszorg steeds meer interesse heeft voor de doelmatigheid van behandeling en zorg.

Zimmerman (2010) laat in een recent artikel enkele patiënten met beginnende dementie aan het woord die vanuit hun eigen beleving het gezondheidssysteem en -structuur evalueren. Zij

toont het belang aan van de persoonsgerichte aanpak die bij een overdreven kosteneffectiviteitsdenken wel eens in het gedrang kan komen. We moeten vermijden dat mantelzorgers en personen met dementie in een te strak aanbodgericht keurslijf gevat worden. Met een goed uitgebouwd 'zorgprogramma dementie' kunnen wij methodisch en gestructureerd inhoud geven aan ketenzorg en kunnen we vraaggestuurde zorg leveren aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. De Nederlandse richtlijn dementie (CBO 2005) is hierbij exemplarisch.

GEBRUIKER CENTRAAL

Ook in het 'Dementieplan Vlaanderen 2010-2014' (Vandeuren 2010) legt men de nadruk op de behoefte aan geïntegreerde zorg die uitgaat van de behoeften en wensen van de gebruiker en die verstrekt wordt in samenspraak met deze laatste. Kodner en Spreeuwenberg (2002) ontwikkelden dit vanuit patiëntenperspectief als volgt: 'het is integratie van methoden en modellen voor het financieren, het administratief en organisatorisch plannen van de dienstverlening en de klinische zorgverstrekking met het oog op het bereiken van dwarsverbindingen en samenwerking tussen en binnen de 'cure'- en 'care'-sectoren. Het doel van deze methoden en modellen is de kwaliteit van zorg en leven te verbeteren, tevredenheid van de gebruikers te verhogen en de doeltreffendheid van complexe zorgverstrekking te verbeteren.' Deze zorg dient gegarandeerd kwaliteitsvol, voldoende en volledig te zijn.

De overheid doet er goed aan om netwerken en zorgketens te gaan financieren in plaats van aparte lijnen, beroepsgroepen of organisaties om zo te komen tot sectoroverschrijdende zorg. Er is derhalve grote behoefte aan organisatie-modellen die gericht zijn op deze netwerkvorming. Ook de studie van Wolfs e.a. (2011) ondersteunt deze aanpak.

LITERATUUR

- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, e.a. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1081-91.
- CBO. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2005.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002; 2: e12.
- Leeuwen WE van, Unützer J, Lee S, Noël PH. Collaborative depression care for the old-old: findings from the IMPACT trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 1040-9.
- McNulty SV, Jackson GA, Pelosi AJ. Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 257.
- Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist* 2006; 46: 821-6.
- Pelosi AJ, McNulty SV, Jackson GA. Role of cholinesterase inhibitors in dementia care needs rethinking. *BMJ* 2006; 333: 491-3.
- Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW Jr, Hunkeler E, e.a. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1550-6.
- Vandeuren J. Naar een dementievriendelijk Vlaanderen. Dementieplan Vlaanderen 2010-2014. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=25988>
- Verhey FR, Ramakers I, Jolles J, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M. Geheugenpoli's in Nederland: Ontwikkelingen sinds 1998. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38: 210-16.
- Wolfs CA, Dirksen CD, Severens JL, Kessels A, Verkaaik M, Verhey FRJ. De kosten en opbrengsten van een geïntegreerde aanpak bij dementie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53 657-665.
- Zimmermann M. Dementia in life writing: our health care system in the words of the sufferer. *Neurol Sci* 2010; Dec 21 (Epub).

AUTEUR

FILIP BOUCKAERT is ouderenpsychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, campus Kortenberg.

Correspondentieadres: dr. Filip Bouckaert, UPC KULeuven, Campus Kortenberg, Afdeling Ouderenpsychiatrie, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: filip.bouckaert@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-3-2011.

TITLE IN ENGLISH Collaborative care works