

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Stakeholders op stelselniveau over de Sociale Benadering Dementie

Een onderzoek onder landelijke partijen

Colophon

Uitgever

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

Datum

Juni 2025

Contact

fabbricotti@eshpm.eur.nl

Dit project (dossiernummer 10360022130001) is mogelijk gemaakt door ZonMw en is onderdeel van het programma Social Trials-monitoren, evalueren en leren.



Inhoudsopgave

| | | |
|---|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 2 |
| | 1.1 ONDERZOEKSVRAGEN | 2 |
| | 1.2 LEESWIJZER | 2 |
| 2 | Onderzoeksmethoden | 3 |
| | 2.1 DEELONDERZOEK NATIONALE STAKEHOLDERS | 3 |
| | 2.2 ONDERZOEKSMETHODEN | 3 |
| | 2.2.2 Respondenten | 3 |
| | 2.2.3 Procedure..... | 3 |
| | 2.3 ANALYSE | 4 |
| 3 | SBD en effectiviteit | 5 |
| | 3.1 SBD IS GEEN KLASSIEKE INTERVENTIE MAAR EEN FILOSOFIE | 5 |
| | 3.2 ONDERLIGGENDE PRINCIPES VAN DE SBD | 6 |
| | 3.3 WISSELENDE EFFECTEN VAN DE SBD | 7 |
| | 3.4 PASSENDE ZORG | 10 |
| | 3.5 TOEGEVOEGDE WAARDE VAN DE SBD | 11 |
| 4 | SBD en schaalbaarheid..... | 13 |
| 5 | SBD en implementeerbaarheid..... | 17 |
| 6 | Conclusies | 21 |
| | Bijlage 1. Topiclijst voor interviews met nationale stakeholders over de SBD, met focus op systeem-/stelselniveau | 23 |

1 Inleiding

In dit deelrapport wordt verslag gedaan van het interview-onderzoek onder nationale stakeholders. Hoe kijken zij vanuit een systeem- of stelselperspectief naar (de opbrengsten van) de Sociale Benadering Dementie, en achten zij landelijke uitrol van de SBD waardevol en passend? Op zoek naar de onderbouwing van hun ervaringen, meningen en verwachtingen zijn we benieuwd naar hun opgedane inzichten over effectiviteit, schaalbaarheid c.q. duurzame opschaling en implementeerbaarheid van de SBD, en hoe dat alles zou kunnen worden geborgd op nationale schaal, rekening houdend met slaag- en faalfactoren.

In dit hoofdstuk worden in paragraaf 1.1 de aannames besproken. In paragraaf 1.2 staan de onderzoeksvragen centraal. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 1.3 af met een leeswijzer.

1.1 *Onderzoeksvragen*

Ook dit deelonderzoek onder nationale stakeholders richt zich op de volgende vragen:

1. Effectiviteit: wat betekent de SBD voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten, rekening houdend met diversiteit en differentiatie van mensen met dementie en hoe kosteneffectiviteit is de benadering?
2. Bevorderende en belemmerende factoren: wat zijn succesfactoren en belemmeringen van de SBD?
3. Schaalbaarheid: is de SBD implementeerbaar gegeven de huidige bekostigingssystematiek, kosten- en arbeidsmarktontwikkelingen en duurzaamheid inzet naasten en gemeenschap?
4. En wat is nodig voor de verdere ontwikkeling, implementatie en/of borging van de aanpak in heel Nederland?

1.2 *Leeswijzer*

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de kwalitatieve onderzoeksmethode. De resultaten van de interviewronde onder nationale stakeholders worden in hoofdstuk 3 besproken. In hoofdstuk 4 wordt dit deelrapport afgesloten met enkele conclusies.

2 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodologie besproken. Na een uiteenzetting van het design in paragraaf 2.1, volgt in paragraaf 2.2 een beschrijving van de onderzoeksmethoden. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 2.3 af met de analyse-methodiek.

2.1 Deelonderzoek nationale stakeholders

In aanvulling op en als laatste onderdeel van het totale onderzoek Externe Evaluatie van de Sociale Benadering Dementie (SBD) is aan het eind nagegaan hoe nationale stakeholders op stelselniveau kijken naar de SBD en de opbrengsten van de trials. De kernvraag die we hen voorlegde is of landelijke uitrol van de SBD waardevol en passend wordt geacht en waarom wel/niet (zie paragraaf 1.1).

2.2 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is te typeren als een exploratief kwalitatief onderzoek om via interviews met nationale stakeholders op stelsel/systeemniveau inzicht te krijgen in hun beelden over de effectiviteit, implementeerbaarheid en schaalbaarheid van de SBD. Er is geen inhoudelijke koppeling gemaakt met voorgaande deelonderzoeken bij de Social Trials in de verschillende regio's, we beperkten ons puur op de eigen inzichten en ervaringen van de respondenten zelf.

2.2.1 Topiclijst voor de interviews

De topiclijst is ontwikkeld in het verlengde van de comparatieve case studies bij de verschillende sociaal trials, geconcentreerd rondom de hoofdthema's van effectiviteit, implementeerbaarheid en schaalbaarheid. De onderzoeker ontwikkelde een concept-topiclijst en besprak die in het onderzoeksteam. Op grond daarvan kwam na een enkele aanvulling of aanscherping de uiteindelijke topiclijst tot stand (zie bijlage 1) die als leidraad werd gebruikt bij de interviews.

2.2.2 Respondenten

Deels op basis van betrokkenheid bij de SBD, zijn relevante organisaties op nationaal niveau geselecteerd en daaruit sleutelpersonen benaderd voor deelname, deels door snow-balling in het netwerk van de onderzoeker. Het gaat om de volgende organisaties: ZonMw (met aparte programmacommissie voor de SBD), VWS (Directie Maatschappelijke Ondersteuning), Zorginstituut Nederland (zowel het bureau zelf als de Kwaliteitsraad), Zorgverzekeraars Nederland (plus een zorgverzekeraar als aangesloten lid-organisatie), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, mede vanwege de experimentele financieringstitel voor de SBD-trials), Alzheimer Nederland (met name de teams Belangenbehartiging en Samen Dementievriendelijk), Dementie Netwerken Nederland (bestuur DNN), de Vakgroep Casemanagement van beroepsvereniging V&VN, de beroepsvereniging voor professionals in sociaal werk (BPSW) en Nederland Zorg Voor Elkaar. In totaal gaat het om 12 organisaties met 17 respondenten (waarvan 5 duo-interviews). De resultaten en eventuele quotes worden in het navolgende resultaathoofdstuk geanonimiseerd weergegeven, zowel naar persoon als naar organisatie.

2.2.3 Procedure

Na mondelinge en per email bekrachtigde rekrutering medio oktober 2024, werd de topiclijst tezamen met een informed consent over het onderzoek vooraf toegestuurd aan de respondenten. Die gebruikten dat vaak ook om voorafgaand aan het interview enkele collega's uit de eigen organisatie te raadplegen om zich zo goed voor te bereiden op het interviewgesprek en wellicht zelf op te halen hoe de Social Trials in de regio's verlopen zijn (hierover heeft de onderzoeker geen informatie vooraf gegeven).

In de periode 22 november t/m 12 december werden de interviewgespreken uitgevoerd, voor het merendeel door de onderzoeker alleen. Bij een drietal gesprekken sloot een collega-onderzoeker over het

deelthema bekostiging aan en bij één interview met een collega hoogleraar sloot de projectleider aan als tweede interviewer.

Bij de start van het interview werd de informed consent nogmaals bekrachtigd, en toestemming gevraagd voor opname van het gesprek in audio en beeld (met dat laatste stemde één persoon niet in, dus werd diens camera uitgezet). Het transcript (zoals MS Teams dat opmaakt uit de digitale omgeving) werd direct na afloop van het gesprek toegestuurd naar de respondent voor eventuele correcties of aanvullingen; één persoon maakte hiervan gebruik.

2.3 Analyse

Voor de analyse zijn de transcripten zorgvuldig en systematisch doorgenomen. De onderzoeker heeft per transcript de relevante passages gemarkeerd en gecodeerd aan de hand van de hoofdthema's: principes, effecten/effectiviteit, opbrengsten, opschaling, borging, toegevoegde waarde en factoren bij implementatie van de sociale benadering dementie (SBD).

Om de analyse te verrijken en structuur aan te brengen in het omvangrijke materiaal van alle geanonimiseerde transcripten (in totaal meer dan 700 pagina's), is aanvullend gebruik gemaakt van tekstondersteunende analysetechnieken om verbanden tussen thema's en citaten snel te kunnen overzien. De bevindingen zijn geclusterd per drie transcripten, waarbij per thema representatieve uitspraken zijn geselecteerd en onderliggende patronen zijn benoemd.

De op deze wijze gestructureerde samenvattingen vormden vervolgens de basis voor een verdiepende interpretatie en synthese door de onderzoeker. Illustratieve citaten zijn geselecteerd om de bevindingen te onderbouwen. Als afrondende validatiestap zijn alle oorspronkelijke transcripten opnieuw integraal doorgenomen, om te waarborgen dat de gebruikte quotes correct zijn weergegeven en de duiding daarvan recht doet aan de context en betekenis die respondenten eraan gaven. Dit leidde slechts bij uitzondering tot enkele kleine aanpassingen.

3 SBD en effectiviteit

In het algemeen zien de respondenten vanuit hun beleidsmatig systeem perspectief de SBD als een vernieuwende visie en aanpak in de dementiezorg die zich richt op het sociale en maatschappelijke welzijn van mensen met dementie, in plaats van enkel op de medische zorg.

3.1 SBD is geen klassieke interventie maar een filosofie

Als start van het interview vroegen we elke respondent om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij verstaat onder de Sociale Benadering Dementie (SBD). De algemene reactie is dat men dementie beziet als een sociaal vraagstuk dat om een holistische benadering vraagt waarin het sociale en emotionele welzijn als mens centraal staat, in samenwerking met naasten en de gemeenschap ('community building').

"De sociale benadering is voor mij een manier om weer te leren samenleven, met specifieke aandacht voor mensen met dementie."

Vanuit deze mensoriëntatie bleek al heel snel dat veel respondenten de SBD niet zo zeer zien als een afgebakende interventie in klassieke zin, maar meer als een filosofie of een beweging, met een andere manier van kijken naar en benaderen van dementie, de mensen met dementie en hun sociale omgeving.

"Het is geen interventie in klassieke zin, maar een beweging die ons anders laat kijken naar zorg en welzijn. Voor teams in een zorgorganisatie is het een echte interventie want je leert medewerkers echt anders kijken naar mensen met dementie en gaat teams ook anders richten."

"De filosofie van de SBD dat iemand zoveel mogelijk mee kan blijven doen, is breder dan alleen de interventie."

Er zijn een paar respondenten die de SBD wel als interventie of als interventie-in-ontwikkeling zien. Maar, zo stelt een respondent, dan moet wel duidelijker worden op welk niveau de interventie eigenlijk aangrijpt.

"Maar dat ligt aan het niveau van waaruit je het bekijkt. Op individueel niveau is het best wel ingewikkeld. Maar bekijk je het op het niveau van een wijk, een regio of zelfs macro, dan is er wel degelijk sprake van een interventie. Hm, ik vind het zo lastig om het beet te pakken en om het schaalbaar te maken. Dat is natuurlijk het grote probleem; het is nu te individueel gericht en daarmee niet schaalbaar."

"Ik zie de SBD als een manier om weer te leren samenleven. We hebben allemaal een zekere verantwoordelijkheid in hoe we omgaan met onze medemens met dementie. Dus dat we leren meeveren met het gedrag wat we vaak zien bij mensen met dementie en dat we dat beter leren begrijpen als medemens."

Een respondent probeert beide insteken te wegen:

"Als het gaat over de filosofie, dan gaat het erom dat we iemand zoveel mogelijk mee laten doen en dat we de buitenwereld naar binnen laten blijven komen. Dat iemand niet helemaal gemedicaliseerd wordt. Volgens mij is die beweging al veel breder dan de SBD gaande en moeten we die zeker voortzetten met elkaar. Maar als je de SBD ziet als interventie, dan zie ik ook gewoon wel véél uitdagingen voor echte opschaling."

Zie je het niet als interventie, dan is het dus nog in ontwikkeling, vindt andere respondenten:

"Misschien als straks blijkt uit de data dat het echt om interventies gaat waar we iets van kunnen vinden. Maar tot die tijd lijkt het meer op een manier van werken."

“Het is begonnen als filosofie en is op weg een echte interventie te worden. Maar er ontbreken nogal wat onderdelen, totdat je het echt als een volwaardige interventie kan aanbieden. Daarom gaan we ook kijken hoe het in andere sectoren gebeurt. Dus het is onderweg van benadering naar interventie, maar lang nog niet een volwaardige interventie die op de aanbestedingsmarkt van de gemeente of op de inkoop van het zorgkantoor aangeboden kan worden.”

Alom wordt de SBD wel gezien als een waardevol gedachtegoed dat mensen met dementie en hun omgeving holistisch benadert. Het aansluiten bij waar mensen staan en wat zij zelf belangrijk vinden, vormt een fundamenteel uitgangspunt.

“De SBD draait meer om een werkwijze dan om specifieke interventies. Het benadrukt de rol van de mens als sociaal wezen en niet enkel als patiënt.”

“Het kijkt holistisch naar de mens, niet als geïsoleerd individu, maar in zijn systeem met fysieke, mentale capaciteiten en sociale contacten.”

De SBD wordt gezien als een beweging die gericht is op het herleren samen te leven met mensen met dementie, waarbij het mensbeeld (inclusief de verschillende rollen die een mens heeft of kan hebben, naast de patiëntrol) centraal staat en de nadruk ligt op sociale interactie en verbinding. Het aansluiten bij waar mensen staan en wat zij zelf belangrijk vinden, vormt een fundamenteel uitgangspunt.

“Het is een cultuurverandering, gericht op hoe je mensen benadert en wie je inzet.”

“De sociale benadering leert ons om beter te luisteren en echt aan te sluiten bij de persoon.”

“De kracht van de sociale benadering dementie is dat je echt naar de persoon kijkt. Iedereen is verschillend, en je kunt geen one size fits all aanpak hebben.”

3.2 Onderliggende principes van de SBD

Eén van de respondenten stelt:

“Een interventie zoals de SBD is principle-based, en moeilijk te beoordelen op de klassieke manier.”

Wat zijn voor de nationale respondenten de onderliggende principes van de SBD, zodat we hun invulling van SBD als een filosofie in plaats een interventie beter begrijpen?

De sociale benadering wordt gedreven door een krachtig mensbeeld en het doorbreken van stigmatisering van mensen met dementie:

“De sociale benadering dementie is daar heel streng in en dat vind ik ook een goed uitgangspunt, omdat we gewoon weten dat stigmatiseren van mensen met dementie heel slecht voor ze is.”

“Uiteindelijk gaat het om kwaliteit van leven als mens; en minder druk op de zorg.”

Voor het streven naar samenhangende zorg en ondersteuning en community building zijn de onderliggende principes van de SBD essentieel en zeer overtuigend:

“Het onderliggende principe is in de eerste plaats kijken wat mensen zelf graag zouden willen, wat ze zelf kunnen, wie in hun naaste omgeving daar een rol in zou kunnen of willen spelen. En wat heb je ervoor nodig om mensen in de naaste omgeving ook in die mindset te krijgen.”

“Vanuit mijn achtergrond als ergotherapeut herken ik heel erg de principes van holistisch kijken naar de mens in zijn systeem, niet de mens als geïsoleerd individu, maar een sociaal mens dat zich beweegt in een omgeving. Die omgeving heeft bepaalde fysieke en mentale capaciteiten en die heeft bepaalde sociale contacten waar de mens met dementie input uit kan halen, maar hij soms input aan moet leveren. Ik vind het heel mooi dat dat allemaal in de SBD als basis wordt genomen.”

Een krachtig principe dat breed gezien wordt is het respecteren van en werken met de maatschappelijke rollen die iemand vervult, niet alleen als patiënt, maar ook als partner, (groot)ouder, buurtgenoot, vrijwilliger.

“Mensen met dementie zo lang mogelijk laten deelnemen aan de samenleving, met daarbij zo min mogelijk de nadruk op de ziekte dementie, van ziekte naar gezondheid.”

“De sociale benadering focust niet op de aandoening, maar op wat de persoon nog wil en kan doen.”

“Het is een manier van kijken naar mensen [...] je zou dit eigenlijk al als een basis moeten gebruiken in opleidingen en in de maatschappij.”

Het aansluiten bij waar mensen staan en wat zij zelf belangrijk vinden, vormt een fundamenteel uitgangspunt:

“Het gaat om andere vragen stellen: niet naar wat iemand nodig heeft, maar waar iemand blij van wordt.”

“Op allerlei manieren kun je beter luisteren en beter kijken. En dan leidt het tot andere oplossingen. Ja, daar ben ik van overtuigd.”

“Het gaat dus om dat breder wordt gekeken dan alleen het medisch of psychologisch model. Veel casemanagers dementie denken dat ze breed kijken, totdat we ze uitleg geven wat de sociale benadering is en wat we nu doen met bijvoorbeeld het project Verhaal van de toekomst [zie hoofdstuk 4].”

Dit uitgangspunt is leidend voor de richting waarin eventueel hulp en ondersteuning worden geboden en door wie in het hele sociale systeem van allereerst informele en dan eventueel formele netwerken, binnen en buiten de zorg.

“Het is al bijna automatisch dat de rol van patiënt wordt aangenomen, maar de kracht ligt in de andere menselijke rollen. Mensen met dementie zo lang mogelijk laten deelnemen aan de samenleving, met daarbij zo min mogelijk de nadruk op de ziekte.”

“Laten we die principes en niet de methodiek centraal stellen en samen kijken of je aan de hand van die principes dat algemene concept van integrale community care kunt ontwikkelen.”

3.3 Wisselende effecten van de SBD

De vraag welke effecten van de SBD de respondenten waarnemen, triggert bij de respondenten ook wat meer filosofische gedachten over nut en noodzaak van effectmeting. Zoals een van de respondenten stelde: *“Het leven met dementie laat zich niet vangen in KPI's”*. Een respondent met wetenschappelijke achtergrond denkt dat het evalueren van de SBD met klassieke methodes uiterst complex is door de afhankelijkheid van allerlei contextuele factoren.

“Dit maakt het lastig om harde uitspraken te doen over effectiviteit.”

“Er is een worsteling om harde data te vinden die gemeenten en verzekeraars kunnen overtuigen.”

Als interventie is de SBD eigenlijk niet goed op de klassieke manier te beoordelen. Bovendien spoort zo'n insteek ook niet goed meer met het kwaliteitsdenken, zoals uitgewerkt in het Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' dat sinds 1 juli 2024 is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut voor de langdurige zorg.¹

“De hele filosofie van het kompas ademt uit dat je niet moet blindstaren op kwantitatieve unilaterale uitkomstmaten die in de praktijk niet herkend worden als daadwerkelijke kwaliteit. Maar het sleutelwoord in het Generiek Kompas is leren en verbeteren. Het Kompas zegt dat je dan wel aannemelijk moet kunnen maken hoe je als organisatie zoals TaO of Care omgaat met dat leren en verbeteren. Zodanig dat je als er een paar van de 8 Social Trials mislukken, dan ook heel goed weet waarom ze zijn mislukt en wat je moet doen in een volgende situatie om ze te laten aansluiten bij die trials die wel gelukt zijn. Als je dat niet geloofwaardig kunt tonen, dan heb je eigenlijk je interne kwaliteitsbeleid niet op orde en dan voldoe je niet aan het Kompas.”

Gevraagd naar de verwachte en/of waargenomen effecten van de SBD zien de respondenten verschillende lijnen en nuances daarbinnen.

“Het enthousiasme van partijen verschilt en de vraag blijft of de theoretische verwachtingen overeenkomen met de praktijkresultaten.”

“Het is een hoopvolle verwachting dat de Sociale Benadering leidt tot uitstel van verpleeghuisopname, maar dat blijft lastig aan te tonen.”

In het algemeen wordt de SBD als veelbelovend gezien, maar er is discussie over de gemeten effecten en de mate waarin de uitkomsten daadwerkelijk bijdragen aan duurzame zorg. De respondenten zien vrijwel allemaal gunstige effecten op kwaliteit van leven van de mensen met dementie:

“Ik verwacht dat de kwaliteit van leven van cliënten omhooggaat, maar ik heb zorgen over de volhoudtijd van mantelzorgers.”

“Ik ben in heel veel SBD-regio's geweest, maar ik kan me niet herinneren dat ik ergens heb gehoord over effecten op mantelzorgers. Patiënten wel, en dat geloof ik ook. Ook over de effecten op de Wlz wil ik meer te weten, en dan ook vooral van de aanbieders van intramurale zorg en niet van extramurale zorg. Ik mis het gebalanceerde beeld van de andere kant.”

De grote winstfactor van de business case van de Interne Monitoring ligt in het uitstel van een opname in het verpleeghuis, de grootste kostenpost in de hele cliëntreis. Maar effecten zoals lagere instroom in de Wlz en uitstel van zorgkosten zijn (nog) niet overtuigend aangetoond, aldus stakeholders.

“Het is lastig om kosteneffectiviteit te meten door de complexiteit en contextgebonden factoren. In de regio's waar deze benadering is toegepast, zien we geen daling in de Wlz-instroom.”

“Er is nog onvoldoende bewijs over de impact van de SBD, en dit belemmert verdere besluitvorming en opschaling.”

De SBD kan leiden tot verbetering van kwaliteit van leven en wellicht tot uitstel van verpleeghuisopname, maar deze effecten zijn persoonsafhankelijk en lastig meetbaar op grote schaal. Met enige aarzeling stelt

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/07/01/dossier-kwaliteitskader-generiek-kompas>

een respondent dat de zorgkosten vermoedelijk wel naar beneden zullen gaan. Na doorvragen zoekt de respondent verder naar argumentatie:

“Voor mijn gevoel zit dat met name aan de voorkant, in het begin van dementie. En dan vraag ik me echt af of we daarmee de verpleeghuisopname uitstellen. Dus of het echt die impact op die Wlz heeft weet ik echt niet, ook door de huidige capaciteitstekorten. Ik kan me wel voorstellen door die zorg anders te organiseren, door anders met mensen met dementie samen te leven, dat je daardoor bepaalde zorg niet meer levert, daar ben ik echt van overtuigd. Maar of dat moment waarop iemand dan uiteindelijk niet meer thuis kan wonen uitgesteld wordt, dat weet ik niet.”

“Er wordt heel erg geschermd met uitstelbare Wlz-zorg. En wat ik zelf ook altijd een interessante vraag vind is of uitstel van opname ook leidt tot een kortere opname. Voor kwaliteit van leven ben ik ervan overtuigd dat het voor de meeste mensen prettig is zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te wonen. Alleen, als we dan zeggen dat dat bijdraagt aan de houdbaarheidsdiscussie, dan zou je ook verwachten dat de uiteindelijke duur dat iemand verblijft in het verpleeghuis korter wordt. En dat heb ik ook niet teruggezien in de resultaten die ik heb gezien van de sociale benadering dementie.”

Toch zien casemanagers dementie in hun individuele cliëntcasuïstiek soms wel het uitsteleffect:

“Ik zie uitstel van verpleeghuisopnames met zeven tot negen maanden. Dat is enorme winst.”

“Onder aan de streep ben je vaak minder tijd kwijt, omdat je de patiënt zelf in zijn kracht hebt gezet.”

Diverse respondenten denken dat de potentiële opbrengsten liggen in een meer persoonsgerichte aanpak en mogelijk minder zorgafhankelijkheid, zeker in het begin van dementie, maar vinden dat dat nog beter onderbouwd moet worden. Anderen onderstrepen dat de SBD bijdraagt aan een bredere kijk op zorg, waarbij ook de welzijnsaspecten worden meegenomen, maar zien

“...nog veel onduidelijkheid over de concrete financiële en maatschappelijke opbrengsten.”

Bovendien wordt nog gesignaleerd:

“Het is lastig een gebalanceerd beeld van kosteneffectiviteit te krijgen als de kosten niet scherp zijn.”

“Business cases beloven altijd gouden bergen. Maar uiteindelijk leidt het tot meer kosten als we een extra interventie gaan toepassen, want er kan nooit ergens iets af. Uiteindelijk minder meer wordt dan gezegd.”

Tenslotte wordt gehoopt op gunstige effecten voor de immer krapper wordende arbeidsmarkt:

“Wat ik ook interessant vind aan de SBD is dat ze het efficiënter willen maken. Dus aan de ene kant stoppen ze er meer input in het te kijken op het niveau van een mooie brede holistische benadering van de mens. Maar we gaan veel meer mensen met dementie krijgen, dus ik ben ook heel benieuwd naar een stukje verlichting van de arbeidsmarkt door er andere mensen bij stoppen. Is dat haalbaar?”

In de gedachtebepaling over kosteneffectiviteit loopt steeds een niveau-kwestie door de discussie: bedoelen we dat het individuele traject bij dementie per persoon gemiddeld minder duur wordt (microniveau), of is het kosteneffectief op populatieniveau om de aanstormende vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaarde gaande verdubbeling van dementie het hoofd te bieden (macroniveau)? De beste hoop lijkt nog te liggen bij “minder meer”, wat een uitspraak op populatieniveau is, en hogere kwaliteit van leven bij zowel de persoon zelf als diens mantelzorger, wat meer een uitspraak op individueel niveau is.

“Dus de vraag die we hebben in de maatschappij, moeten we anders gaan benaderen naar de toekomst toe. Dus of kosteneffectiviteit altijd de belangrijkste factor moet zijn, weet ik niet, dat hangt ook van de [macro]kosten af. Daar zijn we vooral op dit moment heel erg mee bezig, hoe kunnen we de brede vraag aan? Hoe kunnen we er met zijn allen voor zorgen dat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis wonen en zo zelfstandig mogelijk thuis wonen?”

[..] “Het gaat niet alleen om zorgkosten, maar het gaat ook om het beschermen van schaarse personeelsleden. En dan komt de vraag, is het altijd noodzakelijk dat die verpleegkundigen ingezet worden, of moeten we het dan bij andere personen neerleggen? Het zijn verdelingsvraagstukken.”

3.4 Passende zorg

Afrondend over dit thema van effectiviteit wordt de SBD door de respondenten vaak gezien als ‘passende zorg’ omdat het aansluit bij de behoeften en levenskwaliteit van mensen met dementie, en streeft naar zorg die afgestemd is op hun sociale en emotionele welzijn, niet enkel op medische zorg. Het idee van passende zorg is om zorg te bieden die het best aansluit bij de persoonlijke behoeften en omstandigheden van een individu, zonder onnodige of belastende behandelingen. Dit maakt de SBD niet alleen holistisch en persoonsgericht, maar in potentie ook kosteneffectief op de lange termijn.

“Het moet eerst bewezen effectief zijn. Dat geldt voor de Zvw en is eigenlijk ook het eerste criterium van passende zorg.”

“Uiteindelijk meer kosten als een extra interventie wordt toegepast; er kan bijna nooit ergens iets af.”

“Wat heel belangrijk is bij passende zorg, is dat je niet alleen naar de persoon kijkt, maar ook naar zijn omgeving. De sociale context is enorm bepalend voor hoe iemand met dementie functioneert.”

Verschillende mensen hebben overigens wel verschillende interpretaties bij het relatief nieuwe concept “passende zorg”.

“We willen passende zorg stimuleren, maar daarnaast heb je gewoon het kader wat je zegt of iets past in de Zvw of niet. Dus het kan niet zo zijn dat er zorg is die in de Wmo valt. Die kan wel passend zijn, maar valt dan niet in de Zvw. Dat is soms wel een verwarring die is veroorzaakt met het rapport Passende zorg.”

Het gaat verder dan de klassieke insteek van kosteneffectieve en doelmatige zorg, en dat ziet men in de sociale benadering wel goed verankerd, zo laat onderstaand citaat goed zien:

“[naam organisatie] hamert ook sterk op mens- of persoonsgericht zorg als belangrijk element van kwaliteit. Stel de mens centraal, niet de patiënt. Behandel mensen met dementie net zo als andere mensen, in plaats van ze allerlei rechten en vrijheden te ontzeggen. De zorg moet passend zijn voor de individuele situatie van de persoon in kwestie. Maar passend is ook dat je geen dingen doet die eigenlijk niet echt nodig zijn, dus geen overbodige zorg. Wat ook heel erg in passende zorg zit, is dat je ook echt kijkt naar de context en het netwerk waarin iemand functioneert en in welke sociale omstandigheden die persoon verkeert. Dat is bij dementie natuurlijk ook heel erg belangrijk. Het fundamentele daarvan is dat je nooit een one size fits all model kunt hebben.”

Andere elementen die ook vallen onder passende zorg, zijn focus op gezondheid in plaats van ziekte, Samen beslissen, dicht bij de patiënt (thuis als het kan, digitaal als het kan):

“En wel met de intentie dat dichtbij vaak fijner is voor de patiënt en dat Samen beslissen ook juist de ruimte biedt om zorg soms niet te doen. Maar er kan ook spanning zijn, bijvoorbeeld in dicht bij de patiënt. Dat is heel fijn, maar hoeft niet altijd doelmatig of uitvoerbaar te zijn, zeker niet als thuis méér personeel vergt.”

Maar doelmatigheid is eigenlijk geen element van passende zorg, maar van waardegedreven zorg en van de pakket-criteria in de Zvw. Kortom, de principes zijn goed en het zou volgens de respondenten zelfs vreemd zijn als er géén effect op kwaliteit van leven wordt gevonden, maar er moet nog meer zicht komen op de effecten op de mantelzorgers, de personeelsinzet (naar intensiteit en type) en daarmee op de arbeidsmarkt en uiteindelijk de zorgkosten.

Vrijwel alle respondenten benadrukken herhaaldelijk dat de SBD niet als losstaand project of op zichzelf staande interventie met een eigen team moet worden uitgerold, maar geïntegreerd moet worden in de bestaande zorgstructuren en filosofie in opleiding en werkwijze.

“Het model moet worden ingebed in het huidige zorgaanbod, niet als apart team, maar verweven in de dagelijkse praktijk.”

“De sociaal werk filosofie ligt veel dicht bij de sociale benadering dan de zorgfilosofie. Thuisbegeleiders zijn bijvoorbeeld voor het grootste gedeelte sociaal werkers. Mensen in de wijkteams zijn ook sociaal werkers, dus die filosofie zit daar dicht tegenaan.”

3.5 Toegevoegde waarde van de SBD

Alle respondenten onderkennen dat de SBD een fundamenteel andere kijk biedt op zorg, gericht op de hele mens en diens sociale context, en daarbij niet de ziekte maar de mens en diens verschillende rollen centraal stelt.

“Als uitgangspunt is het geweldig om een bredere kijk te ontwikkelen die verder gaat dan alleen medische zorg.”

“De SBD biedt een verdiepende manier om naar mensen te kijken, wat verder gaat dan alleen zorg.”

De SBD bevordert een transitie van zorg gericht op (medische) behoeften, naar zorg gericht op welzijn en samenredzaamheid in gemeenschappen, wat op lange termijn duurzamer kan zijn. Gezien wordt dat de SBD veel potentie als beweging heeft, maar zich nog meer moet richten op het normaliseren en activeren van de omgeving en op het bieden van structurele ondersteuning aan mantelzorgers.

“De sociale benadering is meer dan een interventie; het is een filosofie die breder toepasbaar is. Het biedt een mensgerichte, sociale kijk die verder gaat dan zorg.”

“Een onsje meer welzijn scheelt een kilo zorg”

Bij de grote bewijsdrang voor de toegevoegde waarde van de Sociale Benadering Dementie betreurt men dat de benadering soms lijkt door te slaan naar een soort evangelisering. Mede daardoor is onder meer de SBD-training overmatig intensief gemaakt, moesten er aanvankelijk aparte SBD-teams komen met eigen en nieuwe typen medewerkers. En dat alles naast (‘stand alone’) en soms afzettend tegen andere benaderingen zoals het al langer bestaande casemanagement dementie, de presentiebenadering van Andries Baart en positieve gezondheid van Machteld Hubert.

“Er wordt heel veel om de individu heen georganiseerd, terwijl er natuurlijk ook interventies zijn waar mensen meer in een groep worden gebracht. Misschien zijn er wel meer kosten-effectievere interventies, bijvoorbeeld ontmoetingsplekken zoals Odensehuizen, om iemand wel meer te laten participeren in de samenleving. Ik weet niet of deze SBD-interventie de meest effectieve manier is om dat bewustzijn en de tolerantie in de samenleving te vergroten. Want dan denk ik wel dat het best langzaam gaat.”

Maar vaak zijn er in de onderliggende principes veel meer overeenkomsten dan verschillen, namelijk allen gericht op kwaliteit van leven, de mens als mens en zijn sociale rollen, vanuit kracht en wat nog wél kan en dát mogelijk maken. Dat verbinden is ook bij de SBD de transitie, wat nu ook een transfer heeft bewerkstelligd naar andere sectoren zoals de GGZ (GEM: Ecosysteem Mentale Gezondheid), en de eerstelijns (denk aan Welzijn op Recept). ZonMw heeft daarom nieuwe programmalijnen opgestart in 2024, met ook weer evaluatieonderzoek.

De filosofie is waardevol en breed toepasbaar in de transities van zorg naar welzijn en community-based care die al gaande zijn, maar de interventie zelf brengt uitdagingen met zich mee, o.a. door personeels- en kostenkwesties.

“Er is een breed enthousiasme over de filosofie, maar een worsteling over het 'hoe', 'wie' en met welke middelen.”

“Het succes hangt af van de mate waarin professionals en organisaties bereid zijn de filosofie over te nemen.”

De SBD heeft potentie voor landelijke implementatie, mits er aandacht is voor contextuele factoren en integratie in bestaande structuren.

“Als een sterke bestuurder of manager van een zorginstelling het echt omarmt met zijn personeel en z’n hele apparaat, dan loopt het als een tierelier. Maar op eigen kracht een apart ecosysteem voor de SBD creëren van buitenaf zonder dat dat wordt gemanaged, dat wordt heel moeizaam.”

“Het gedachtegoed spreekt aan, maar hoe zorg je dat dit gedragen wordt door het veld en duurzaam wordt bekostigd?”

Daarmee komen we op de volgende thema’s van schaalbaarheid en implementeerbaarheid, waarover hiervoor al diverse aanloopjes zijn genomen door onze respondenten op stelselniveau.

4 SBD en schaalbaarheid

“Het huidige zorgsysteem maakt implementatie complex. Er wordt vaak ‘geknutseld’ binnen de bestaande regels, wat structurele veranderingen moeilijk maakt.”

“Regionale pilots lijken een haalbare weg, maar landelijke uitrol in één keer lijkt onrealistisch.”

Hoewel er vertrouwen is in de potentiële schaalbaarheid van de SBD, worden diverse uitdagingen genoemd, zoals weerstanden van professionals, de huidige gefragmenteerde zorgstructuur en de beperkte beschikbaarheid van data over de effectiviteit. Velen benoemen dat er behoefte is aan compactere trainingen en meer integratie in bestaande structuren om opschaling haalbaar te maken.

“Opschaalbaarheid is lastig. Wij zijn heel blij dat de aanpak van de sociale benadering is veranderd in een benadering die ook door de huidige zittende professionals aangeleerd en ingezet kan worden. Omdat ik niet zie dat we in Nederland voldoende mensen kunnen rekruteren om overal SBD-teams naast de andere professionals in te zetten.”

“Als je vroeger begint, bijvoorbeeld in basisopleidingen, kan het gedachtegoed breed geïntegreerd worden.”

In deze reacties speelt het onderscheid tussen SBD als interventie voor het individu of als een filosofie op meerdere niveaus een cruciale rol.

“Dit moet een standaard denkwijze worden, ingebed in opleidingen en breder gedragen door de maatschappij.”

“Een integrale aanpak is nodig, waarbij de filosofie van de SBD wordt geïntegreerd in beleid en opleidingen.”

Een respondent reflecteert op de inclusie zoals die tot nu toe lijkt te zijn verlopen in de trials, die niet alleen in aantallen tegenviel maar ook een zekere selectiebias lijkt te hebben bij relatief hoger opgeleide en allochtone mensen:

“Schaalbaarheid vooral. Kan je dit bij zeg maar bij een elitegroep inzetten of is het voor heel Nederland bereikbaar? Ook voor mensen buiten de dichtbevolkte gebieden, ook bijvoorbeeld in de Achterhoek of Noord-Oost Groningen. Is het bereikbaar voor iedereen?”

De meeste respondenten voelen vooral voor integratie in bestaande maatschappelijke en zorgstructuren, met focus op de Wmo en het sociaal domein.

“Omdat je het zo rondom een individuele persoon organiseert, is het bijna in zo'n gemeenschap niet voor elkaar te krijgen. Want er zijn zoveel smaken dan. Maar ik heb wel het idee dat daardoor die beweging veel meer naar die omgeving is gegaan. Natuurlijk moet je op de kenmerken van de specifieke persoon richten, maar je moet je ook richten op de omgeving en op de mantelzorger, we moeten weer leren samenleven. Als je het echt vanuit die community laat lopen, denk ik dat het daarmee wel schaalbaarder wordt.”

In de combinatie van de sociale benadering met casemanagement dementie komen twee overwegingen bij elkaar. Enerzijds wordt een ‘stand alone’ organisatie van SBD-teams naast de andere netwerken niet haalbaar en niet schaalbaar geacht, maar anderzijds wordt ook de huidige werkwijze van casemanagers als gespecialiseerde functie niet duurzaam geacht, gezien de sterke vergrijzing en de komende verdubbeling van het aantal mensen met dementie.

“Als wij zo blijven werken dat wij als casemanagers alle mensen met dementie zouden willen blijven zien met het aantal casemanagers wat we nu hebben, dan zouden wij over 4 jaar uitkomen op 120 cliënten per fulltime casemanager. Ja, dan gaat er bij mij ook inderdaad een schokgolf door me heen. Er kan steeds meer met technologie en domotica, dat weten we ook wel, maar we zullen ook op een andere manier ons werk moeten gaan inrichten.”

Een van de respondenten formuleert helder het vraagstuk waarmee vele stakeholders worstelen om het de sociale benadering op te schalen:

“We kunnen niet meer onder de filosofie onderuit, maar over de aanpak moeten we doorpraten.”

“Mijn beeld is dat het vrij moeizaam is gegaan bij de gemeenten waar het tot nu toe is opgestart. Dat het veel heeft gekost om het van de grond te krijgen, en dat de mensen die uiteindelijk mee hebben gedaan in veel gemeenten ook nog tegenviel. Dus dat vind ik geen signaal van heel snelle en grote schaalbaarheid. Het gaat over een cultuurverandering van hoe we kijken naar iemand die zorg nodig heeft én over wat iemand zelf nog kan of weer wil leren, in plaats van dat je dingen gaat overnemen. Maar tegelijkertijd moet je mensen ook concrete tools in handen geven om het anders te gaan dóen. Want alleen ‘anders kijken’ gaat in praktijk waarschijnlijk niet leiden tot verandering.”

Dat ‘anders doen’ in combinatie met ‘anders kijken’ gebeurt volop. In de interviews komen diverse initiatieven naar voren die zijn opgestart om de sociale benadering door die te verbinden aan of te integreren in andere ontwikkelingen en trajecten. Een integratiebeweging voltrok zich in 2024 al tussen de beroepsorganisaties BPSW en V&VN. Zij hebben hun eerder aparte expertisegebieden voor casemanagement dementie door of social worker of verpleegkundige, samengebracht en geïntegreerd tot één nieuw gezamenlijk expertgebied.² Samen kiezen ze samen voor de hoofdrol van ‘gezondheidsbevorderaar’ in plaats van de eerder gekozen ‘zorgverlener’ als hart van het CanMeds model. Daarom wordt als doel van casemanagement geaccentueerd dat het gaat om het optimaliseren van het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers. De oriëntatie daarbij, analoog aan de SBD, is op de verschillende maatschappelijke rollen in het sociaal netwerk.

Dat doorredenerend komen enkele respondenten op benaderingen zoals gemeenschaps-gerichte zorg, dementievriendelijke buurten en zorgzame buurten met buurtcoöperaties..

“Dementie is niet primair een zorgvraagstuk, maar een samenlevingsvraagstuk. Hoe gaan we als samenleving om met mensen met dementie?! We moeten we het als samenleving doen, daar ben ik echt van overtuigd. We moeten een sterkere verbinding krijgen tussen de sociale benadering dementie en de beweging van zorgzame gemeenschappen. Ik denk dat er veel convergentie zit in die verschillende begrippen.”

Een andere integratiebeweging is ‘Verhaal van de Toekomst’, een samenwerkingsproject van Tao of Care (de organisatie van SBD-ontwikkelaar Anne Mei The) met de vakgroep casemanagers van V&VN en Alzheimer Nederland. Er worden pilots uitgevoerd in twee regio’s, namelijk West-Brabant en Noord-Kennemerland. Daar volgen de casemanagers dementie een verkorte SBD-training, samen met Wmo-consulenten, sociaal werkers en thuiszorg-medewerkers. De training helpt professionals hoe zij het netwerk rondom de individuele persoon met dementie kunnen versterken én een dementievriendelijke buurt kunnen realiseren. Vrijwilligers van Samen dementievriendelijk (SDV) trainen onder meer winkeliers, bibliotheken, verenigingen en vrijwilligersorganisaties in de omgang met mensen met dementie. Bovendien worden (getrainde) burens, vrienden en vrijwilligers als maatje gekoppeld aan mensen met dementie.

² Expertisegebied casemanager dementie. BPSW en V&VN, Utrecht, september 2024.

“Het is heel fijn dat casemanagers dementie geschoold worden met sociale benadering, zodat ze hun zorgbril afzetten en breder gaan kijken, ook naar wat er nog meer mogelijk is waar iemand blij van wordt. Vanuit het programma Samen Dementievriendelijk willen we ook de casemanagers bewust maken dat de buurt daarin heel belangrijk is. Dus niet alleen de mantelzorger die daar woont of de dochter als naasten, maar ook gewoon burens, vrienden, kennissen, de supermarkteigenaar, de mensen in de vereniging.”

Al eerder viel even het (sociale) wijkteam en sociaal werk. Vanuit optiek van schaalbaarheid door integratie, wordt een pleidooi gedaan om de sociale benadering dementie daaraan te koppelen. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat landelijke uitrol lastig is door de decentralisatie naar en beleidsvrijheid van gemeenten.

“Je moet het niet aan zorgteams koppelen, maar aan het welzijn en het sociaal wijkteam. Daar wordt hier en al daar gewerkt met een soort aandachtsfunctionaris, vergelijkbaar met Buurtzorg. Maar dan is het natuurlijk wel een probleem hoe we met z’n allen hebben ingericht, in elke gemeente weer anders.”

Opschaling van de sociale benadering vergt dus combinatie van lokale verantwoordelijkheid en landelijke ondersteuning, met nadruk op scholing en integratie in bestaande structuren zoals wijkteams in plaats van afzonderlijke SBD-teams. De SBD neemt daarin ook zelf al interessante integrerende stappen, zoals bijvoorbeeld de eind 2023 aangekondigde samenwerking met Buurtzorg. De teams van Buurtzorg gaan leren werken met de sociale benadering van dementie. In Zorgvisie van eind november 2023 vertelt Buurtzorg-directeur Jos de Blok dat SBD-ontwikkelaar Anne-Mei The de culturele antropoloog van Buurtzorg wordt. Niet de ziekte, maar de mens met het levensverhaal en het netwerk van mensen zijn het beginpunt, aldus Jos de Blok. Hij deelt met The dat de kennis en levenservaring in de omgeving van mensen veel beter benut en gemobiliseerd kunnen worden. Niet voor alles hoeft een zorgverlener in huis te komen.³ Voor De Blok vormt de sociale benadering samen met reablement, positieve gezondheid en preventie de pijlers voor de Buurtzorg-manier van werken. Hij noemt dat het herstel van het aloude ‘maatschappelijke gezondheidszorg’, dat we sinds de jaren ‘90 zijn kwijtgeraakt door marktdenken, indicatiestelling, uiteenrafelen van taken, rollen en specialisaties, opknippen in steeds fijner gedefinieerde producten met aparte tarieven, schaalvergroting en commercie in de zorg.⁴

De combinatie van decentraal-centraal is een cruciaal aspect in de verdere positionering en opschaling van de SBD in het zorgstelsel:

“De sociale benadering hoort thuis in het voorliggende domein, met een grotere rol voor maatschappelijk werkers en welzijnsvoorzieningen.”

“Je moet aansluiten bij wat er al is en zorgen dat de aanpak lokaal gedragen wordt. Samenwerking tussen partijen in de wijk kan opschaling aanzienlijk versnellen.”

“Onze ervaring is het nog wat te kort schiet aan organisatie en management. Omdat niet duidelijk is hoe je het gaat organiseren, is ook niet te antwoorden wie het moet betalen. We moeten goed kijken naar de hele organisatiestructuur, besturing en bedrijfsvoering van de aanbieder, dat is voor mij de eerste factor.”

³ <https://www.zorgvisie.nl/buurtzorg-omhelst-sociale-benadering-dementie/>

⁴ <https://www.socialevraagstukken.nl/interview/jos-de-blok-buurtzorg-over-zorgvernieuwing-alleen-achteruitgang/>

Maar tegelijkertijd wordt gesteld:

“Maar alleen bij de Wmo plotten gaat niet werken, er moet goede verbinding tussen welzijn en zorg zijn. Aan de ene kant omarmt men met z’n allen het brede gezondheids perspectief, maar aan de andere kant wil men eigenlijk alleen maar betalen voor het smalle gezondheids perspectief. Toch wordt algemeen omarmd dat je breed moet kijken en dat dat uiteindelijk kosteneffectief is. Maar daar kan ons stelsel op dit moment niet mee overweg en de Wmo zegt we zijn alleen maar verantwoordelijk voor de algemene voorzieningen en slechts in sommige situaties geven wij een maatwerkvoorziening, maar niets langdurig individueel.”

Linksom of rechtsom komen de gesprekken over opschaling dan uit op domeinoverstijgende bekostiging, maar daar is dan weer een sterker draagvlak nodig en een sterke businesscase, betrokkenheid van zorgverzekeraars en gemeenten, zo stellen enkele representanten van systeempartijen. De business case kan nog sterker worden als de SBD-training van medewerkers en de tijdsinzet voor cliënten minder tijdsintensief en ‘lichter’ worden, zo bepleiten o.a. Alzheimer Nederland, casemanagers en anderen.

“Bij het ‘Verhaal van de toekomst’ gaat het er niet om dat die casemanager of die welzijnsmedewerker langer de tijd aan iemand besteedt. Dat is niet het uitgangspunt. Maar wel dat ze andere vragen stellen en op een andere manier kijken naar waar iemand blij van wordt en niet naar wat iemand nodig heeft vanuit professioneel perspectief.”

5 SBD en implementeerbaarheid

“Het is tragisch dat mensen die grotendeels hetzelfde willen, niet samenwerken en zich laten tegenhouden door ego’s en systemen.”

De Sociale Benadering Dementie vraagt op systeemniveau om een beleidsmatige verschuiving van de focus op medische zorg naar een integraal, mensgericht zorgmodel dat sociale inclusie, preventie, en ondersteuning van mantelzorgers centraal stelt. Dit vraagt om aanpassingen in financiering, samenwerking tussen sectoren, training van professionals in de diverse domeinen en sectoren, en betrokkenheid van de gemeenschap.

“Borging is cruciaal, want zonder consistentie verliezen we de toegevoegde waarde van de aanpak.”

Beleidsmaatregelen die deze principes integreren, kunnen bijdragen aan een duurzamer en meer inclusief zorgsysteem, waarin mensen met dementie niet alleen worden gezien als zorgbehoevenden, maar als volwaardige leden van de samenleving met eigen rechten en behoeften. Maar als mensen met dementie daardoor inderdaad langer thuis kunnen blijven, dan is het de vraag of de kosten per cliënt wel gaan afnemen (microniveau) en of de SBD-benadering ook kan helpen keren dat de grote toename van mensen met dementie in dezelfde aantallen in de zorg terecht komen (macroniveau).

In welk stelsel (Wmo, Wzv, Wlz) past de SBD het beste?

De Sociale Benadering Dementie (SBD) sluit in bepaalde opzichten aan bij alle drie de Nederlandse zorg- en welzijnsstelsels (Wmo, Zvw, en Wlz), maar bij geen enkele deelstelsel een-op-een. Daarom ging de experimentele financieringstitel ook uit van een pragmatische *ex ante* verdeling met drie in omvang gelijke financieringscomponenten om te komen tot een domeinoverstijgende prestatie.

“Het vraagt om een duidelijke coördinatie en afspraken over financiering tussen gemeenten en zorgverzekeraars.”

Als een domeinoverstijgende bekostiging *ex post* niet matcht met of onderbouwd kan worden door de feitelijke geconstateerde kostenpatronen van de uitgevoerde SBD-trials of niet duurzaam houdbaar is als financieringsconstruct gevolgd door meerdere verzekeraars, dan acht het merendeel van de respondenten de SBD het best passend binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat geldt zeker als er nog geen sprake is van een formele indicatie of als de dementie nog niet zo gevorderd is dat (intensievere) zorg en ondersteuning uit de Zvw of de (extramurale componenten van de) Wlz nodig zijn.

Al wikkend en (over)wegend noemen de respondenten hiervoor verschillende redenen.

Allereerst richt de Wmo zich op het ondersteunen van burgers bij het zo zelfstandig mogelijk functioneren in hun eigen leefomgeving, met speciale aandacht voor participatie en sociale ondersteuning. Dit sluit nauw aan bij de SBD, die ernaar streeft dat mensen met dementie zo lang mogelijk deel blijven uitmaken van hun sociale netwerk en de gemeenschap.

“We moeten oppassen dat we dit niet medicaliseren door het volledig in de zorg te trekken. De sociale benadering hoort thuis in het voorliggende domein, met een grotere rol voor maatschappelijk werkers en welzijnsvoorzieningen.”

Ten tweede richt de Wmo zich ook op de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, maar de respondenten hebben nog niet veel inzichten opgedaan of en hoe de SBD de inzet van naasten structureel

heeft versterkt, maar zien wel meer inzet van andere typen “arbeidskrachten” uit informele en vrijwilligersnetwerken. En derde oogmerk van de Wmo is het bevorderen van wijkgericht werken en het creëren van een ondersteunende (dementievriendelijke) omgeving; dat ziet men niet of nauwelijks terugkomen in de SBD-trials.

Tegelijkertijd zitten er ook knelpunten in de huidige opzet van het sociaal domein en de Wmo:

“Natuurlijk zijn er goede interventies met een positieve maatschappelijke business case, waarvan dan gelijk door de Tweede Kamer of door mensen die eigenaar van die interventies zijn, wordt gezegd dat het dús landelijk uitgerold moet worden. Maar dat dat past niet in het stelsel zoals we het hebben. Landelijke uitrol past niet bij de decentrale beleidsvrijheid en verantwoordelijkheid van gemeenten.”

“Eigenlijk over de jaren heen, krijgen de gemeenten steeds meer een centralere rol als het gaat over mensen met steeds meer kwetsbare problematiek die langer thuis wonen. Wij begrijpen hun oproep wel dat zij adequate financiering moeten hebben.”

Redenerend vanuit de Zvw of de Wlz komen nog meer argumenten op tafel waarom inpassing van de sociale benadering in die deelstelsels niet optimaal is. Allereerst vergen zowel de Zvw als de Wlz een medische indicatie, zodat aangewezen beroepsgroepen als artsen en verpleegkundigen kunnen werken zoals in de beroepsgroep gewoon is (Besluit Zorgverzekeringen: “verpleegkundige zorg is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop”).

Maar:

“Het past niet per definitie binnen de Zvw-criteria, zelfs als het veel oplevert in de zorg.”

“De wijkverpleegkundige moet het kennen, maar het hoeft niet altijd door de zorg uitgevoerd te worden.”

Overigens biedt de VPT met een wat ruimere definitie van behandeling, zorg en begeleiding in de thuissituatie wel mogelijkheden om daarmee uitvoering van de SBD te bekostigen. Een respondent mijmert over een nieuw soort VPT, als geclusterd pakketje van welzijn en zorg voor iemand die thuis woont.

“Als je een VPT hebt, dan vind ik het wel een hele andere situatie, dat vind ik veel krachtiger eigenlijk. Want dan zou de inzet van die SBD kunnen leiden tot een betere verbinding met het sociaal domein, in plaats van dat een zorgkantoor zijn eigen welzijnswerk gaat organiseren. Het belang van samenwerking tussen beide domeinen en ook versterking van de sociale component, dat staat in alle stukken en alles waar we op inzetten. En dan denk ik aan IZA, GALA, visie eerste lijn. Het positieve daarvan is dat je over alle inwoners gaat nadenken, niet alleen voor deze beperkte groep mensen met dementie.”

Veel respondenten worden wel beetje moedeloos dat veel innovaties uiteindelijk uitlopen en vastlopen in stelsels- en financieringsdiscussies of een soort scholenstrijd over de beste benadering. Waar aan de ene kant een grote behoefte is aan integrale arrangementen van zorg, welzijn en ondersteuning, gericht op persoonsgerichte zorg thuis en bevordering van zelfregie en zelfzorg plus informele zorg, loopt de zoektocht naar een passende sector- en domein-overstijgende financiering vaak moeizaam of vast. Zo lijkt er ook geen vervolg te komen op de experimentele prestatieafspraken voor de SBD-trials met gelijke verdeling over de drie stelsels van Wmo, Zvw en Wlz. Uiteindelijk blijkt dat zo’n prestatie alleen maar kan voor het Zvw-deel en dat dat dan ook nog een duiding van het Zorginstituut vergt of het wel een Zvw-aanspraak is. Overigens blijkt uit de interviews dat ondanks de aansporing van de NZa aan het begin van

de experimentele SBD-bekostiging, zo'n verzoek om duiding van de SBD tot dan toe niet is gedaan richting het Zorginstituut (waar casemanagement dementie in april 2024 wel een nieuwe duiding had gekregen, de derde in een reeks van jaren⁵), waardoor ook bij systeempartijen nog altijd boven de markt hangt of de SBD wel kosteneffectieve, passende en/of doelmatige zorg kan zijn binnen de Zvw.

Maar wat dan te doen met de andere onderdelen uit de combinatie van deelstelsels? Dergelijke combinaties worden wel nodig geacht, maar het hele stelsel is wel heel complex en ingewikkeld gemaakt, zo verzucht een respondent. Hij pleit voor een vrijere en meer stimulerende aanpak:

“Laten we gewoon een deel van het geld uit het systeem trekken, uit elk van de drie stelsels, en daar een fonds of subsidiepot van maken voor alle initiatieven die lokaal iets willen doen aan dementie. We weten met z'n allen best al dat community care de toekomst is, met daarin geïntegreerd positieve gezondheid, gemeenschapszorg en sociale benadering. Dan moeten we loskomen van onze stokpaardjes en heilige graal. Maak daarvoor een fonds voor 5 of het liefst 10 jaar, zodat we in ieder geval de tijd hebben om de wet- en regelgeving aan te passen aan de transities die we met zijn allen aan het doormaken zijn. Maar dan wel zonder al die KPI's zoals die gelden voor IZA-plannen.”

Een van de respondenten stelt op kernachtige wijze een drie-stappen-plan voor:

“Eén: het casemanagement, met daarin geïntegreerd de sociale benadering, loskoppelen van de Zvw en domeinoverstijgend financieren. Twee: de sociale benadering opnemen als verplicht onderdeel in het scholingsaanbod bij alle relevante disciplines. Drie: experiment- of liever nog budgetruimte om te onderzoeken hoe wij de SBD kunnen integreren in het bestaande aanbod.”

Tegelijkertijd zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij deze verzuchtingen over het Nederlandse zorgstelsel:

“Je kan wel zeggen dat dat je de wet moet veranderen, maar je kan niet een wet voor het leven maken. Voor een vraaggerichte en persoonsgerichte benadering heb je niet per se een heel ander systeem nodig. Het kan zelfs vandaag al binnen het huidige systeem, daar ben ik van overtuigd. Gemeenten en verzekeraars en zorgkantoren moeten samen een manier daarvoor vinden. En nogmaals, dat kan.”

Een respondent komt vanuit eigen ervaringen met gelijksoortige suggesties:

“Dat doen we in onze regio Den Haag e.o. ook. Daar gaan we die budgetten bij elkaar leggen en dan zou je eigenlijk ook met elkaar gewoon afspraken over de eindtermen, wat wil je nou uiteindelijk dat dit oplevert? Niet op individueel niveau, maar op basis van de populatie. Je moet zorgen dat er ruimte komt om met elkaar oplossingen te bedenken en te initiëren. Het begint volgens mij in het ruimte creëren om je team vast te stellen, wat is hier nu nodig en hoe ga je dat ook daadwerkelijk organiseren? Dat vergt overleg en kennisdeling, en dat vergt ook tijd en organisatie-geld. Dat zou goed kunnen met een soort coördinatietitel, zoals we dat ook in de wijkverpleging hadden.”

Een respondent doet ook een concrete suggestie:

“Zorgverzekeraars en gemeenten moeten voordat ze aan het eind van het jaar gaan contracteren en aanbesteden, eerst in de zomer gaan kijken en praten met burgers. Wat kunnen burgers zelf doen en wat hebben ze dan nodig? Daar valt de sociale benadering dementie wat mij betreft ook onder. En daarna weet je dus als gemeente en verzekeraar wat er nog overblijft dat je in het najaar alsnog kunt aanbesteden. Dat zou

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/04/09/duiding-vergoeding-van-casemanagement-voor-mensen-met-dementie>

de gemeenten en verzekeraars heel veel geld besparen. Dan niet met al die KPI 's, zoals in IZA gebeurt, daar word je echt helemaal depressief van. Dan moet je gaan bewijzen dat een burgerinitiatief in een buurt gezondheidswinst genereert voor een hele regio, dat is natuurlijk helemaal niet waar het voor bedoeld is.”

Factoren bij schaalbaarheid en implementatie

Tijdens de interviewgesprekken zijn tal van bevorderende en belemmerende factoren voor opschaling en implementatie genoemd. Diverse factoren kwamen hiervoor al aan de orde, vanuit het nationale systeemperspectief.

Als belangrijkste bevorderende factoren worden gezien:

- regionale samenwerking, nadruk op waardegedreven zorg en ondersteuning, met een positief mensbeeld, focus op participatie en preventie, in de bredere beweging richting sociale en medische integratie;
- integratie van het gedachtegoed in bestaande intra- en inter-organisatorische structuren (o.a. wijkteams, dementienetwerken), en zeker ook in het (initiële) onderwijs;
- actieve samenwerking tussen gemeenten, verzekeraars en aanbieders van zorg en welzijn, zowel op uitvoerend en bestuurlijk als beleidsniveau;
- investeren in de goed ondersteunende organisatiestructurering, krachtig geleidde besturing en management, bedrijfsvoering en financiering.

Als belangrijkste belemmerende factoren worden gezien:

- risico's van verkoking en systeembependingen in zowel de uitvoering, als het beleid en de financiering, waardoor methodes zoals de SBD in hokjes worden geplaatst en de benodigde samenwerking wordt belemmerd;
- verschillen in lokale adoptie in sterk variërende werkpraktijken met veel eigen tradities, visies, en (stapeling van) netwerken van uiteenlopende stakeholders;
- zorgprofessionals zijn of voelen zich vaak gevangen in protocollen en administratieve systemen die creativiteit en nieuwe werkwijzen belemmeren;
- gebrek aan eenduidige monitor- en meetmethoden voor goed gespecificeerde processen en effecten, vaak gestuurd door en daarmee afhankelijk van externe partijen;
- fragmentatie en complexiteit van financiering en onvoldoende afstemming over domeinoverstijgende bekostiging, al dan niet in en tijdens experimentele vormen.

6 Conclusies

Ter afronding van dit deelrapport vatten we de kernbevindingen uit de interviews op systeemniveau samen. Deze zullen in het hoofdrapport van de Externe evaluatie van de SBD worden gecombineerd met de bevindingen uit de andere deelrapportages.

1. De SBD is een filosofie, geen interventie

De SBD wordt gezien als een bredere visie op zorg, die draait om het zien van mensen met dementie als mens in plaats van patiënt. Het onderscheidt zich daarmee van traditionele, medische benaderingen. De SBD verandert de manier waarop professionals naar zorg kijken en handelen. Daarmee sluit de SBD heel goed aan bij bredere maatschappelijke trends richting participatie, preventie en mensgerichte zorg en ondersteuning.

2. De kracht ligt in het centraal stellen van het leven, de rollen en behoeften van de persoon

De SBD wordt door vrijwel alle respondenten gezien als een waardevolle, mensgerichte benadering die een broodnodige verschuiving brengt in de zorg voor mensen met dementie. De SBD benadrukt dat mensen vele rollen vervullen, naast de patiëntrol, richt zich op wat mensen met dementie nog kunnen en willen, en probeert hen “in hun kracht te zetten” ter behoud en versterking van eigenwaarde, zelf- en samenredzaamheid en activerende participatie in wat nog wél kan.

3. Cultuurverandering en scholing zijn essentieel

Zonder de juiste ‘mindset’ en scholing van professionals blijft de impact van de SBD beperkt.

4. Er is meer aandacht nodig voor structurele financiering en systeemondersteuning

Het huidige zorgsysteem ondersteunt vraaggerichte zorg en preventie onvoldoende, waardoor opschaling moeilijk is. Maar wát waarom moet worden gefinancierd en hóe dat regeltechnisch vorm moet krijgen, vraagt vooraleerst helderheid of SBD gepositioneerd wordt als afzonderlijke interventie met eigen methodieken en medewerkers, of als een filosofie die breed geïntegreerd moet worden in de reguliere structuren, processen en werkmethoden in zorg en welzijn.

5. De aanpak heeft potentieel om kosten te besparen door betere zorg

Hoewel bewijs ontbreekt, is er een sterke overtuiging dat de SBD kan bijdragen aan minder zorgafhankelijkheid en hogere kwaliteit van leven. Effecten op andere aspecten als omgang door en belasting van mantelzorgers, zorgzame buurt, kostenbeheersing of arbeidsmarkt worden tot nu toe (nog) niet of nauwelijks gezien door de stakeholders op stelselniveau.

5. SBD vergt gedeelde visie, openheid en samenwerking

De toenemende bereidheid van bestuurders en professionals om persoonsgerichte zorgmodellen te omarmen, is een belangrijke drijfveer voor implementatie. De respondenten benadrukken dat de SBD niet als losstaand project moet worden uitgerold, maar geïntegreerd moet worden in de bestaande zorgstructuren. Het succes hangt daarnaast af van het delen van verhalen en het creëren van lokaal draagvlak.

7. Fragmentatie belemmert voortgang

Concurrentie tussen verschillende filosofieën en een gebrek aan horizontale en verticale samenwerking tussen actoren belemmeren brede adoptie. Respondenten waarderen de nadruk op vraaggericht werken, maar wijzen erop dat het huidige zorgsysteem hier vaak niet op is ingericht. Dit belemmert brede toepassing van SBD-principes. Het systeem moet meer ruimte gaan bieden voor domeinoverstijgende, preventieve en persoonsgerichte zorgmodellen in de zin van de aloude ‘maatschappelijke

gezondheidszorg'. De versnipperde financiering van de SBD wordt als een groot knelpunt gezien en daarom pleiten de nationale respondenten voor domeinoverstijgende bekostiging om de implementatie structureel te borgen. Maar wát waarom hoe moeten gefinancierd is nog niet te beantwoorden en sterk afhankelijk van de typering van de SBD als interventie of filosofie.

8. Evaluatie vereist nieuwe methodieken

De SBD leent zich niet voor traditionele effectmetingen vanwege haar filosofische en contextafhankelijke aard. De SBD is geen klassieke interventie en het ontbreekt aan strikte definities en meetbare kaders, wat zowel een kracht (flexibiliteit) als een zwakte (onduidelijkheid bij evaluaties) is. Er is behoefte aan andere manieren om 'effectiviteit' aan te tonen, op zowel individueel als collectief niveau. Een belangrijk leerpunt is daarbij dat de SDB ook heel afhankelijk is van de lokale context. Succes van de SBD hangt grotendeels af van de betrokken mensen, instellingen en financiering en van de omstandigheden waarin het wordt toegepast, wat standaardisering en evaluatie van structuren, processen en uitkomsten lastig maakt. Contextualiseren van multimethod designs voor onderzoek kan tevens bijdragen aan verdieping van bevorderende en belemmerende (f)actoren gedurende het implementatieproces. Ook (actiegericht) onderzoek naar goed passende organisatiestructuren, besturingsvormen en bedrijfsvoering is nodig om zo'n sociale benadering optimaal in te passen.

Over het algemeen wordt de SBD gewaardeerd vanwege de vernieuwende mensbeeld en de kijk op dementiezorg met nadruk op menselijke waardigheid, maar vraagt om verinnerlijkte adoptie van de filosofie en beweging, geschraagd door aanpassingen in scholing, werkstructuren, financiering en systematisch kwaliteitsbeleid voor leren en verbeteren, inclusief monitoring c.q. evaluatie.

Ondanks de uitdagingen liggen er kansen in de bredere acceptatie van persoonsgerichte zorg en domeinoverstijgende samenwerking tussen actoren, passend in alle maatschappelijke transitie-opgaven. We hopen dat dit deelrapport daartoe de aanzet geeft op stelselniveau.

Bijlage 1. Topiclijst voor interviews met nationale stakeholders over de SBD, met focus op systeem-/stelselniveau

Kernvraag: alles overziend, acht u landelijke uitrol van de SBD waardevol en passend, waarom wel/niet?

- Effectiviteit:
 - Kunt u in eigen woorden omschrijven wat u onder SBD verstaat?
 - Wat zijn voor u de onderliggende principes?
 - Welke effecten ziet/verwacht u van de SBD, bijvoorbeeld op kwaliteit van leven, (zorg)kosten; inzet van personeel (arbeidsmarkt), naasten en de gemeenschap?
 - Is SBD 'passende zorg', hoe kosteneffectief is de SBD naar uw inschatting?

- Schaalbaarheid:
 - Hoe verhoudt de SBD zich tot andere benaderingen in de zorg, zoals positieve gezondheid?
 - Voegt het wat toe, is het te integreren, is het iets nieuws?
 - Hoe kijkt u naar de organisatorische vormgeving van SBD en de positie/inbedding in de keten?

- Implementatiefactoren:
 - In welk stelsel van welzijn of zorg past de SBD het beste?
 - Hoe kan de SBD breed worden geïmplementeerd, gegeven de huidige bekostigingssystematiek, kosten- en arbeidsmarktontwikkelingen en duurzaamheid inzet naasten en gemeenschap?
 - Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren op systeem- en organisatieniveau voor bredere implementatie en landelijke uitrol (van ieder de drie belangrijkste)?
 - Eind dit jaar loopt de experimentele domeinoverstijgende financiering vanuit NZa af (zie bijlage); wat zou uw voorstel zijn voor structurele financiering van de SBD en waarom op die manier (Wmo, Zvw, sector- of domeinoverstijgend)?
Indien sector/domeinoverstijgend, dan vervolgvraag:
hoe zou dat er dan uit moeten zien?

Slot: alles overwegende, wat vindt u van de SBD en welke verwachtingen heeft u over duurzame opschaling en geborgde implementatie op nationale schaal?