

Externe Evaluatie Social Trials Sociale Benadering Dementie

Samenvatting en eindconclusie

Colophon

Titel rapport

Externe Evaluatie Social Trials Sociale Benadering Dementie
Samenvatting en eindconclusie

Auteurs

Isabelle Fabbricotti
Warsha Jagroep
Kasia Tabeau
Thomas Reindersma
Milou Silkens
Aaron Lennips
Robbert Huijsman
Jane Murray Cramm
Mathilde Strating

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	3
2	Methoden	4
3	Personen met dementie (deelnemers)	5
4	De naasten van deelnemers	6
5	Vormgeving en inbedding van de SBD	7
6	Opschaling van de SBD	9
7	Arbeidsmarkt en kosten	11
8	Bekostiging	13
9	Nationale stakeholders	14
10	Conclusie en discussie	15

1 Inleiding

Deze rapportage bevat een samenvatting en eindconclusie van de Externe Evaluatie Social Trials naar de Sociale Benadering Dementie (SBD). De evaluatie is onderdeel van het programma van ZonMw en VWS 'Social Trials – monitoren, evalueren en leren'. Het programma bestaat uit een Interne Monitoring en een Externe Evaluatie. De Externe Evaluatie is uitgevoerd door Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). De evaluatie is een onafhankelijk onderzoek naar de SBD in de regio's Amsterdam, Den Bosch, Moerdijk, Amstelveen, Rotterdam, Bergen, Roermond en Haarlem.

De onderzoeksvragen van de Externe Evaluatie zijn:

Effectiviteit

Wat is het effect van de SBD voor personen met dementie en hun naasten, in het bijzonder met betrekking tot hun kwaliteit van leven?

Wat is het effect van de SBD voor de arbeidsmarkt, kosten en kostenverschuivingen over de domeinen Wmo, Zvw en Wlz?

Implementatie

Hoe wordt de SBD in de Social Trial-regio's vormgegeven en ingebed en wat zijn daarbij werkzame bestanddelen en noodzakelijke condities?

Schaalbaarheid

Hoe kan de SBD worden opgeschaald?

Hoe is de bekostiging en financiering van de SBD vorm te geven?

Wat zijn meningen van landelijke stakeholders over de SBD?

De antwoorden op de vragen worden achtereenvolgens samengevat en samengebracht in een eindconclusie.

Deelrapporten

In deelrapporten wordt verdiepend verslag gedaan van de uitgevoerde analyses en bevindingen. U kunt deze deelrapporten opvragen of [hier](#) downloaden.

Deelrapport Personen met dementie en hun naasten

Onderzoek naar het effect van de SBD voor personen met dementie en hun naasten.

Deelrapport Duurzaam organiseren

Onderzoek naar de vormgeving, inbedding en schaalbaarheid van de SBD.

Deelrapport SBD in het zorgsysteem

Onderzoek naar de effecten van de SBD op de arbeidsmarkt, kosten en bekostiging.

Deelrapport Stakeholders op stelselniveau over de SBD

Onderzoek naar de visie van landelijke partijen op de SBD.

2 Methoden

Design

Het onderzoek heeft een *comparatief casestudie-design*. Onderzocht is hoe en waarom de SBD werkt door Social Trial-regio's en de kenmerken van personen met dementie met elkaar te vergelijken. Het onderzoek maakt gebruik van een *mixed methods-design*. Kwantitatieve data zijn gecombineerd met kwalitatieve inzichten om een verdiepend en breed inzicht te krijgen in de SBD. Voor het kwantitatieve deel zijn data gebruikt van de Interne Monitoring, CBS en Vektis en is een vragenlijst uitgezet. De regio's Bergen en Haarlem zijn alleen betrokken in het kwantitatieve deel van het onderzoek.

Methoden effecten personen met dementie en naasten

De effecten voor personen met dementie (deelnemers) en naasten zijn onderzocht met interviews en een analyse van de kwantitatieve data, verzameld tijdens de Interne Monitoring, over de kwaliteit van leven.

Methoden effecten arbeidsmarkt, kosten en bekostiging

De effecten van de SBD op de capaciteit, kosten en de verschuivingen in bekostiging zijn onderzocht door data van de Interne Monitoring onder personen die SBD ontvangen, te vergelijken met een controlegroep onder personen die geen SBD ontvangen. De controlegroep is via matching samengesteld uit data van CBS en Vektis. Data zijn vergeleken met vier controlegroepen. Het effect op bekostiging is tevens onderzocht met interviews onder financiers en inkopers van zorg.

Methoden vormgeving en inbedding

Het implementatievraagstuk is op drie manieren onderzocht. Met interviews onder SBD-teamleden en schillen, professionals in zorg en welzijn en beleidsfunctionarissen, managers en bestuurders van de zorg- en welzijnsaanbieders en gemeenten. In zes co-creatie sessies met SBD-teamleden, zorg- en welzijnsprofessionals zijn daarbij deelnemersreizen geanalyseerd. Met een vragenlijst over de vormgeving, inbedding en opschaling zijn meningen gekwantificeerd over werkzame bestanddelen en opschalingsscenario's.

Methoden schaalbaarheid

Het schaalbaarheidsvraagstuk is onderzocht als een integrale uitkomst van voornoemde methoden. In alle interviews is daarbij expliciet ingegaan op de gehanteerde strategieën en visies ten aanzien van opschaling. Daarnaast zijn interviews afgenomen met landelijke stakeholders om hun perspectieven op de SBD te verkennen.

Kwalitatieve data	N	Kwantitatieve data	N
Interviews deelnemers	21	Data Interne Monitoring kwaliteit van leven	
Interviews naasten	20	-deelnemers	220
Interviews SBD-teamleden en schillen	39	-naasten	186
Interviews professionals zorg en welzijn	29	Data Interne Monitoring capaciteit en kosten	183
Interviews beleid en bestuur	35	Data CBS en Vektis capaciteit en kosten	
Interviews financiers en zorginkopers	24	-per controlegroep	183
Interviews landelijke stakeholders	17	Vragenlijst duurzaam organiseren	73
Co-creatie sessies	6		

3 Personen met dementie (deelnemers)

Wat is het effect van de SBD voor personen met dementie, in het bijzonder met betrekking tot hun kwaliteit van leven?

De verhalen van deelnemers laten zien dat deelnemers baat hebben bij de SBD. De SBD draagt bij aan hun **sociale kwaliteit van leven** door meer verbinding en inclusie in het leven te realiseren. Deelnemers hervinden hun sociale rol in hun familie, vriendenkring of vanuit hun vroegere beroep en hobby's. Zij voelen zich ook gesteund bij het aangaan, onderhouden en versterken van sociale contacten. De SBD maakt dat weer ruimte is voor een wederkerige en verbonden sociale relatie met anderen in plaats van een hulpafhankelijke relatie. De SBD gaat daarmee niet alleen sociaal isolement en eenzaamheid tegen; het brengt de buitenwereld en binnenwereld weer dichterbij. Het persoonlijke en gelijkwaardige contact geeft deelnemers het gevoel erbij te horen. SBD-teamleden worden daarom niet gezien als hulpverleners, maar als vriend of familie.

“En ze laten ons niet isoleren. In stilte, in een huis.” (Quote deelnemer)

De SBD draagt tevens bij aan de **emotionele en psychologische domeinen van kwaliteit van leven**. Deelnemers voelen zich weer gehoord, gezien en erkend. Dankzij de persoonlijke aandacht, de opbouw van een vertrouwensband en de gelijkwaardige ondersteuning die aansluit bij wat een deelnemer nog wél kan, voelen deelnemers zich als persoon gewaardeerd en veilig. De ontstane band tussen deelnemers en SBD-teamleden helpt daarnaast bij het accepteren van veranderingen en het omgaan met de gevolgen van dementie. Deelnemers krijgen meer zelfvertrouwen, zij bloeien op en ervaren oprechte blijdschap als SBD-teamleden komen.

“Nou, omdat zij heel, heel dicht bij mij staat. En ik voel me enorm gezien door haar. Ze ziet ook mijn kwaliteiten. Snap je? Het gaat niet alleen maar om wat ik niet meer kan.” (Quote deelnemer)

In de gesprekken worden ook **grenzen van de SBD** besproken. In een verder gevorderd stadium van dementie is het voor deelnemers lastig om interesses aan te geven en gesprekken te voeren. Personen met een goede sociale kwaliteit van leven hebben daarnaast minder behoefte aan ondersteuning. Zij ervaren hun leven reeds als betekenisvol en zij hebben afdoende steun vanuit het bestaande sociale netwerk om hen heen. De SBD-ondersteuning kan soms ook confronterend zijn, omdat deelnemers zich bewust worden van hun afhankelijkheid. Een belangrijk spanningsveld is tenslotte dat de SBD tijd en continuïteit in SBD-teamleden vergt. De kracht van de persoonlijke relatie maakt de ondersteuning kwetsbaar vanwege de afhankelijkheid van de vertrouwensband met één persoon.

De kwantitatieve analyses onderschrijven de kwalitatieve bevindingen gedeeltelijk. Deelnemers blijken niet vooruit of achteruit te gaan in kwaliteit van leven, maar **stabiel** te blijven over tijd. Een verschil is daarbij waar te nemen tussen deelnemers met een goede kwaliteit van leven bij de start van de SBD en deelnemers met een slechte kwaliteit van leven. Deelnemers die aanvankelijk een lage tevredenheid over hun kwaliteit van leven rapporteerden, laten een significante verbetering zien gedurende het traject. Bij deelnemers die bij aanvang al een hoge tevredenheid ervoeren, blijft de kwaliteit van leven over het algemeen stabiel. Deze resultaten verschillen niet naar sociaal-demografische kenmerken, fase van dementie en Social Trial regio.

4 De naasten van deelnemers

Wat is het effect van de SBD voor naasten, in het bijzonder met betrekking tot hun kwaliteit van leven?

Hoewel de SBD vooral gericht is op de persoon met dementie, ervaren naasten de ondersteuning ook als waardevol. Zij krijgen **indirect steun**, doordat de deelnemer goed wordt begeleid. Het contact met naasten richt zich op het herstellen van de relatie met de deelnemer, afstemming rondom de deelnemer en wederzijdse informatie-uitwisseling. Specifiek op naasten gerichte ondersteuning omvat groepsactiviteiten en individuele gesprekken, waarin aandacht is voor coping strategieën en persoonlijke zorgen.

“Het is soms zo ingewikkeld en zo zenuwslopend. Dat je denkt hoe houd ik dit vol. En daar helpt de aanwezigheid van de SBD op de achtergrond echt mee. Want ze zegt ook altijd ‘Je kan altijd bellen hè of stuur maar even een appje. En niet te bescheiden doen, hè?’ Ik weet dan van oké, ik kan even mijn hart luchten. Zij brengt wel even lucht.” (Quote naaste)

De belangrijkste waarde voor naasten is de ervaren **ontlasting**. Door het tijdelijk overnemen van praktische zorg en het aanbieden van activiteiten aan de deelnemer, ontstaat ruimte voor persoonlijke tijd en het hervatten van sociale rollen door naasten. Naast praktische verlichting wordt ook **emotionele steun** ervaren. De aanwezigheid van een vertrouwd contactpersoon en de mogelijkheid tot het delen van ervaringen dragen bij aan gevoelens van erkenning en rust. Bovendien vertellen naasten dat SBD-teamleden in staat zijn tot gedragsverandering bij de deelnemer, waar familieleden minder effectief in blijken. Als werkzame bestanddelen van de ondersteuning worden de **persoonlijke, laagdrempelige en mensgerichte benadering** als belangrijk ervaren. Deze kenmerken geven naasten het gevoel gehoord en gesteund te worden.

Tegelijkertijd zien zij ook **beperkingen**. Soms levert de SBD-ondersteuning extra regelwerk en belasting op, zoals het organiseren van vervoer of zorgen dat de deelnemer op tijd ergens is. De betrokkenheid van SBD-teamleden wordt daarbij soms sturend en als inbreuk op de eigen regie ervaren. De samenwerking tussen de SBD en de reguliere zorg biedt nog kansen voor verbetering, zodat het geheel aan ondersteuning aan de deelnemer beter afgestemd wordt.

De kwaliteit van leven van naasten blijkt uit het kwantitatieve onderzoek onder naasten uiteindelijk **over tijd stabiel** te blijven. Het zijn met name partners en kinderen die mantelzorg verlenen aan de deelnemer. Hun kwaliteit van leven gaat niet vooruit, maar ook niet achteruit. Het maakt daarbij niet uit wat de achtergrond is van de naaste, uit welke regio deze komt en hoe lang de deelnemer ondersteund wordt met de SBD.

5 Vormgeving en inbedding

Hoe wordt de SBD in de Social Trial regio's vormgegeven en ingebed en wat zijn daarbij werkzame bestanddelen en noodzakelijke condities?

In vrijwel alle deelnemende regio's bestond voorafgaand aan de Social Trials al bekendheid met de SBD, vaak voortgekomen uit eerdere pilots of gedragen door bevlogen bestuurders. De regio's herkenden in de SBD een benadering die goed aansloot bij de beleidsontwikkelingen in de regio rondom dementie. De Sociale Benadering Dementie wordt breed omarmd in de Social Trial-regio's vanwege haar mensgerichte en relationele insteek. In de praktijk blijkt het duurzaam organiseren van de SBD echter complex te zijn.

Variatie in vormgeving

Hoewel de oorspronkelijke opzet, met een onafhankelijk team zonder zorgachtergrond, ondersteund door schillen van vrijwilligers en studenten, richtinggevend was, hebben regio's accenten gelegd passend bij de lokale context. In de praktijk blijken de teams veelal een gemengde samenstelling te hebben. In sommige regio's is gekozen voor een team met een dominante aanwezigheid van professionals met een zorgachtergrond, terwijl andere regio's sterker vasthouden aan de inzet van teamleden zonder zorgervaring. De toegevoegde waarde van schillen wordt erkend, maar hun inzet is in de praktijk kwetsbaar. Gebrek aan continuïteit en wervingsproblemen spelen de regio's parten. De scholing in de SBD wordt als essentieel beschouwd. Desalniettemin nam het uniform scholen af door verloop in de teams en ontwikkelden sommige regio's scholingsvarianten die beter aansloten bij lokale behoeften.

Inbedding

Het daadwerkelijk inbedden bracht vragen met zich mee over verhoudingen en samenwerking met bestaande zorg- en welzijnsstructuren. De keuze om SBD-teams los van de reguliere voorzieningen te positioneren bood enerzijds ruimte voor flexibiliteit en borging van de SBD, maar leidde anderzijds tot onduidelijkheden over de positie van de SBD in de dementieketen. In de beginfase was weinig sprake van samenwerking en afstemming, door het ontbreken van formele afspraken en gezamenlijke overlegstructuren. Afstemming vond vooral ad hoc plaats, veelal informeel als het echt nodig was. Dit bemoeilijkte de functionele inbedding van de SBD. De uitvoering van de SBD leidde tot een zekere weerstand of vragen. Met name de onduidelijkheden over de taken van de SBD-teams en hun positie in het samenspel van zorg en welzijn, zorgden voor terughoudendheid bij zorg- en welzijnsprofessionals. In sommige regio's werden de SBD-teamleden aanvankelijk zelfs gezien als mogelijke vervanging of overbodige overlap. De ambiguïteit rondom de rolverdeling werd versterkt door het ontbreken van heldere procedures voor aanmelding en afstemming en de afwezigheid van een gezamenlijke organisatorische infrastructuur.

Desondanks ontwikkelde zich in de loop van de tijd een steeds betere sociale en inhoudelijke afstemming. Vooral het persoonlijk leren kennen van elkaar en het wederzijds begrijpen van de waarde van zorg, welzijn en de SBD bleken essentieel voor de benodigde kennis en het vertrouwen om samen te kunnen werken. De inbedding van de SBD is daarmee geen afgerond traject, maar een dynamisch en voortdurend proces dat mede afhangt van lokale verhoudingen, bestuurlijke keuzes en de bereidheid tot samenwerking.

Werkzame bestanddelen en condities

De werkzame bestanddelen van de SBD zitten enerzijds in de visie en de methodiek van de SBD en anderzijds in de ruimte om de SBD in de praktijk contextgebonden te kunnen implementeren. Elementen als het opbouwen van een vertrouwensband, het ondersteunen op basis van zingeving en het herstellen van sociale relaties door het ondernemen van betekenisvolle activiteiten en het voeren van gesprekken zijn in alle regio's zichtbaar aanwezig. Deze werkzame bestanddelen sluiten direct aan bij de kern van de SBD. De ruimte die SBD-teamleden hebben gekregen om tijdsintensief te ondersteunen zonder bureaucratische drempels en vrij van protocollen en administratieve regels, zijn werkzame bestanddelen die binnen de Social Trials het werken met de SBD mogelijk hebben gemaakt.

Tegelijkertijd zijn deze contextuele werkzame bestanddelen moeilijk vast te houden bij een meer duurzame positionering van de SBD. Het ontbreken van structurele inbedding, de blijvende onduidelijkheid over rolverdelingen en de spanningen rondom domeinoverlap met vooral het welzijnsdomein, maken dat de SBD nog niet eenvoudig is in te bedden in het bredere systeem van dementiezorg. Ook het regelvrij en tijdsintensief werken, blijkt op termijn mogelijk niet duurzaam te zijn gegeven de bestaande juridische en financiële kaders die een transparante afstemming en verantwoorde inzet van middelen borgen.

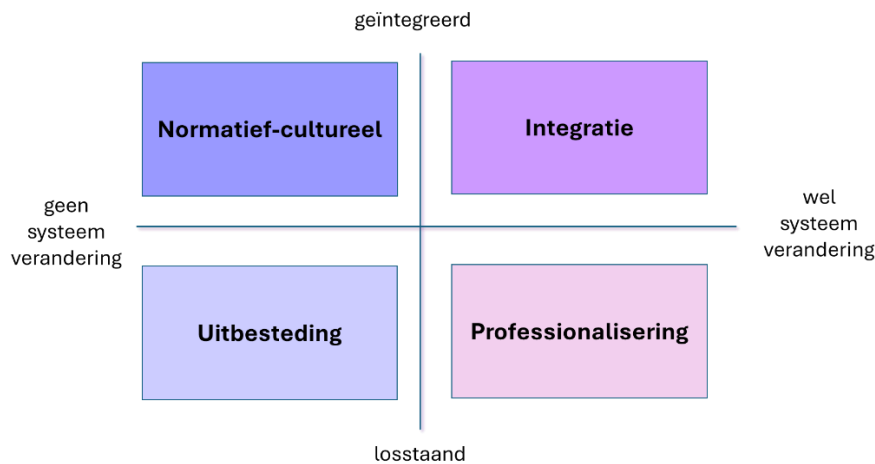
Tot besluit

Ondanks dat de contouren van de vormgeving en inbedding zich in de loop van de tijd hebben afgetekend, vraagt het geïntegreerd duurzaam organiseren van de SBD in de dementieketen om aandacht voor heldere positionering, samenwerking met de zorg- en welzijnsdomeinen en bestuurlijke en functionele ondersteuning.

6 Opschaling

Hoe kan de SBD worden opgeschaald?

De opschaling van de SBD is momenteel onderwerp van verkenning en debat. Binnen de regio's tekenen zich diverse scenario's af, waarvoor is uitgevraagd hoezeer een scenario daadwerkelijk als potentieel geschikt wordt geacht. De scenario's bewegen zich langs de lijn van de mate van systeemverandering die nodig is voor opschalen en hoe los of geïntegreerd de SBD wordt ingebed.



Figuur 1 Opschalingsscenario's

Professionaliseringsscenario

In het professionaliseringsscenario wordt voortgebouwd op de oorspronkelijke vormgeving en worden nieuwe teams in andere wijken opgezet. Het doel is om de methodiek van de SBD goed te blijven borgen en het onderscheid met het zorg- en welzijnsaanbod helder te houden. In dit scenario vertoont de SBD kenmerken van een nieuwe professie. Dit gaat met uitdagingen gepaard. De opschaling vereist formalisering van de SBD binnen professionele en juridische kaders, in registratie- en bekostigingssystemen en adequate aansturing. Samenwerking en coördinatie blijven daarnaast in dit scenario belangrijke borgingspunten door het autonome karakter van de teams. Regio's kiezen vaak voor een lichte variant, waarin scholing en methodiek pragmatischer worden toegepast.

Normatief-cultureel scenario

Andere regio's kiezen met een normatief-cultureel scenario voor een brede cultuurverandering door SBD-principes te integreren in het handelen van reguliere professionals en vrijwilligers. In dit scenario wordt gestreefd naar een dementievriendelijke samenleving, waarin vanuit SBD-uitgangspunten wordt gehandeld. Hoewel de SBD-teams in de Social Trials ook bedoeld zijn als motor voor maatschappelijke verandering, ligt de nadruk in de huidige praktijk vooral op individuele begeleiding. De gemeenschapsgerichte dimensie van de SBD krijgt daardoor minder aandacht. Regio's onderschrijven deze bredere ambitie, maar beschouwen de inzet van aparte teams daarvoor niet als structureel noodzakelijk. Een voordeel van dit scenario is dat het weinig systeemveranderingen vereist, omdat het voortbouwt op bestaande instituties. Wel vraagt het om gerichte investeringen in scholing en om duidelijke keuzes over wie die scholing ontvangt. Vanwege de benodigde tijd voor het werken volgens de SBD is het tenslotte onzeker in hoeverre structurele toepassing mogelijk is binnen de huidige werklust van professionals.

Integratiescenario

Het integratiescenario combineert de twee voorgaande scenario's om de voordelen van beide te benutten en kent twee varianten. In de eerste variant worden SBD-teamleden opgenomen in bestaande multidisciplinaire teams, zoals sociale wijkteams. De SBD-methodiek wordt daarmee geïntegreerd in bestaande structuren. Deze variant vereist deels dezelfde systeemvoorwaarden als het professionaliseringsscenario, maar sluit natuurlijker aan op het reguliere zorgaanbod. In de tweede variant worden aandachtfunctionarissen binnen bestaande teams ingezet. Reguliere professionals nemen daarbij de rol van SBD-expert op zich binnen hun bestaande functie en dragen zorg voor de kwaliteit van de SBD-ondersteuning in de regio. Deze aanpak vermindert de afhankelijkheid van systeemvoorwaarden, maar brengt wel uitdagingen met zich mee die vergelijkbaar zijn met die van het normatief-cultureel scenario.

Uitbestedingsscenario

Het uitbestedingsscenario vergt geen systeemveranderingen. In dit scenario wordt de SBD uitbesteed aan externe aanbieders buiten het formele zorg- en welzijnsdomein. De private markt biedt de SBD aan als particuliere dienst, bekostigd via PGB's of eigen betalingen door deelnemers en naasten. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit, implementatie en financiering ligt bij de uitvoerende partij. Dit model maakt opschaling mogelijk zonder aanpassing van het zorgsysteem, maar kent risico's op het gebied van integrale samenwerking.

Waardering van de scenario's

In de regio's is met een vragenlijst voor ieder scenario gevraagd in hoeverre men het eens is dat het scenario van belang is voor de opschaling van de SBD. De voorkeur blijkt met 82% te liggen bij het opschalen door SBD-professionals te integreren in bestaande teams, gevolgd door het scholen van reguliere zorg- en welzijnsprofessionals (75%). Het maakt daarbij niet uit of slechts een selectie van professionals of alle professionals worden geschoold. Het geïntegreerd opschalen met aandachtfunctionarissen krijgt steun van 63%. Opschaling langs de lijn van professionalisering ziet 55% als een alternatief. Het uitbestedingsscenario acht men het minst geschikt (33%). Naast wel opschalen meent 5% dat ook niet opschalen een te overwegen scenario is.

7 Arbeidsmarkt en kosten

Wat is het effect van de SBD op de arbeidsmarkt en kosten?

De vraagstukken over de invloed van de SBD op de inzet (capaciteit) en kosten zijn aan elkaar gerelateerd. Kosten zijn een afgeleide van de ingezette capaciteit. Het onderzoek naar de capaciteit en kosten betreft een quasi-experimenteel design op basis van matching, met groepen van elk 183 personen, die over een periode van twee jaar zijn gevolgd: één groep ontving zowel SBD als zorg (experimentele groep op basis van data Interne Monitoring), de andere groep ontving alleen zorg (controlegroep op basis van data CBS/Vektis).

Capaciteit

De inzet van de SBD bedraagt 13,4 fte. Hiervan wordt 9,9 fte ingezet voor SBD-teamleden en 3,5 fte voor schillen. Naast capaciteit voor de SBD, is voor deze personen 6,3 fte ingezet vanuit de Zvw en 5,7 fte vanuit de extramurale Wlz. Voor de 183 personen uit de controlegroep die geen SBD krijgen wordt 3,9 fte ingezet vanuit de Zvw en 6,6 fte vanuit de extramurale Wlz. Door het ontbreken van CBS en Vektis-data over ingezette uren voor de Wmo, kunnen geen uitspraken gedaan worden over de ingezette capaciteit van Wmo-zorg in de groep die geen SBD krijgt. De toename in percentage gebruikers over de twee jaren is wel beschikbaar. Onder personen die SBD krijgen is het percentage gebruikers met 15% toegenomen en onder de personen die geen SBD krijgen is de toename 10%.

Het veronderstelde effect dat de SBD de druk op de arbeidsmarkt verlaagt, wordt niet bevestigd. De inzet van persoonlijke verzorging vanuit de Zvw neemt significant toe. Het aantal gebruikers van Wmo-zorg en de gebruikte capaciteit van extramurale Wlz-zorg verschillen niet significant tussen personen die wel of geen SBD-ondersteuning krijgen. Verschillen in de absolute getallen worden verklaard door de uren zorg die men reeds bij aanvang ontving en de zwaardere inzet van zorg aan personen die nog thuis wonen, voordat zij worden opgenomen.

Kosten

Extramurale zorg

De kosten voor de SBD bedragen 987.680 euro, waarvan 921.950 euro aan kosten voor de SBD-teamleden en 65.730 euro aan kosten voor de schillen. Naast de kosten voor SBD, hebben de 183 personen die SBD krijgen 741.531 euro aan kosten voor de Zvw gemaakt en 624.205 euro kosten aan extramurale Wlz-zorg gedurende de 2 jaren. Daarentegen maakten de 183 personen uit de controlegroep die geen SBD ontvingen gedurende twee jaar 505.128 euro aan kosten voor de Zvw en 707.025 euro kosten voor de extramurale Wlz. Door het ontbreken van CBS en Vektis-data over kosten voor de Wmo, kunnen geen uitspraken gedaan worden over de kosten van deze zorgvorm.

Het veronderstelde effect dat de SBD de kosten verlaagt, wordt niet bevestigd. De kosten voor de Zvw nemen toe, door de significante toename van kosten voor persoonlijke verzorging. De kosten voor extramurale Wlz-zorg zijn lager in de populatie die SBD krijgt, maar het verschil wordt niet door de inzet van de SBD verklaard, maar door de kosten die men in beginsel maakt en de kosten die een persoon maakt bij een naderende verpleeghuisopname. Vanwege het ontbreken van CBS en Vektis-data over volumina inzet en kosten in de Wmo bij de

controlegroepen, kunnen met dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over kosten en verschuivingen in de Wmo.

Intramurale opname

Het veronderstelde effect dat inzet van de SBD zou leiden tot uitstel van verpleeghuisopname, wordt niet bevestigd in het onderzoek. De tijd tot opname en kans op een bepaald moment opgenomen te worden is voor personen met en zonder SBD gelijkwaardig. Een uitstel-effect is dan ook niet gevonden.

Nuancering

Het onderzoek naar capaciteit en kosten dient met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Harde uitspraken zijn niet uit het onderzoek te ontleen gezien het feit dat data uit de Interne Monitoring (personen met SBD) en data van CBS en Vektis (personen zonder SBD) op andere wijze verzameld zijn. Niet alle zorg- en ondersteuningsvormen konden in het onderzoek worden meegenomen, omdat deze danwel niet beschikbaar waren danwel niet vergelijkbaar waren geregistreerd. CBS en Vektis-data betreffen daarnaast alleen data van personen met een diagnose dementie, terwijl data uit de Interne Monitoring tevens betrekking hebben op personen met een cognitieve achteruitgang zonder diagnose dementie.

Tenslotte is het een vraag of een onderzoek naar effecten op kosten en capaciteit niet te vroeg komt. Vanaf de start van de SBD zijn data verzameld over volumina en kosten binnen de SBD-populatie, terwijl de SBD zich nog in een opbouw- en inbeddingsfase bevond en sprake was van een lopend ontwikkelproces richting meer structurele samenwerking met de formele zorg en ondersteuning. Het is dan ook de vraag of deze context voldoende randvoorwaarden bood om verschuivingen in zorginzet en -kosten op een betrouwbare manier te kunnen onderzoeken.

8 Bekostiging

Hoe is de bekostiging en financiering van de SBD vormgeven?

Het experimentele karakter van de SBD binnen de Social Trials maakt dat bij aanvang van de Social Trials geen structurele financiering en bekostiging voorhanden was voor enerzijds de interventie zelf en anderzijds de randvoorwaarden om te experimenteren. In de regio's is veel variatie ontstaan in de manieren waarop de SBD in deze experimentele fase bekostigd is.

Alternatieve manieren om de SBD te bekostigen

Gemeenten kenden weinig wettelijke en regelgevende beperkingen om de SBD als interventie te bekostigen en hebben subsidies aangewend of de SBD ondergebracht bij de ambulante begeleiding of de welzijnsopdracht in de regio. De Zvw en Wlz specificeren daarentegen strikt welke vormen van zorg en ondersteuning bekostigd kunnen worden door zorgkantoren en zorgverzekeraars. Daarom is door zorgkantoren en zorgverzekeraars gezocht naar alternatieve manieren om de SBD te bekostigen, bijvoorbeeld door het ophogen van het tarief van een zorgprofiel. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars een bijdrage konden (blijven) leveren aan de SBD, is in samenwerking met de NZa een betaaltitel ontworpen. Zorgverzekeraars konden hierdoor de ondersteuning vergoeden die geleverd werd door personen zonder zorgopleiding. De betaaltitel verschafte verzekeraars de mogelijkheid om gedurende het experiment de SBD, tezamen met zorgkantoren en gemeenten, te co-financieren.

Bekostiging en financiering is niet duurzaam

De manieren die door zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn gevonden om de SBD te bekostigen en financieren, bleken echter niet duurzaam. Hierin spelen het tijdelijke karakter van de experimentele betaaltitel een rol, maar ook het feit dat de prioriteiten van financiers verschoven. Bovendien verschilden de financiers van opvatting over de kosten en baten van de SBD. Sommige financiers zagen geen of onvoldoende bewijs dat hen ervan overtuigde om de SBD te blijven financieren. Hierin speelde mede een rol dat financiers de bekostiging van de SBD niet als een taakopvatting zagen binnen hun eigen domein. Dit leidde ertoe dat sommige financiers geen verantwoordelijkheid meer voelden voor de financiering en bekostiging van de SBD, waardoor het zwaartepunt van financiering verschoof naar één financier. In veel gevallen was dit de gemeente. Zonder structurele financiering, door middel van bijvoorbeeld budgetoverhevelingen tussen de domeinen (Wmo, Zvw en Wlz), zeggen gemeenten de borging van de SBD als interventie in het sociaal domein niet te kunnen voortzetten. Om na de looptijd van de Social Trials de SBD te kunnen voortzetten maakt een aantal regio's gebruik van de SPUK-DOS. De SPUK-DOS maakt tijdelijke voortzetting van de SBD mogelijk, maar is nog steeds niet de gezochte duurzame structurele financiering.

9 Nationale stakeholders

Wat zijn meningen van landelijke stakeholders over de SBD?

Meer benaderingsfilosofie dan aparte interventie

De belangrijkste conclusie is dat de geïnterviewde nationale organisaties de SBD zien als een bredere filosofie op en benaderingswijze bij de ondersteuning van mensen met dementie, maar niet zozeer als een aparte interventie met een apart team. Alle respondenten onderkennen dat de SBD een fundamenteel andere kijk biedt op zorg, gericht op de hele mens, diens rollen en sociale context, en daarbij niet de ziekte maar de mens en diens verschillende rollen centraal stelt. Daarmee sluit de SBD heel goed aan bij bredere maatschappelijke trends richting mensgerichte zorg en ondersteuning, participatie en preventie.

Inbedding in huidige stelsel

De breed levende mening van nationale stakeholders dat de SBD meer een benaderingsfilosofie dan ingekaderde interventie is, heeft allerlei consequenties voor vraagstukken over effectiviteit, schaalbaarheid en implementeerbaarheid. Allereerst ziet men de SBD het liefst geïntegreerd in bestaande organisaties en structuren, niet los in aparte teams. De bekostiging van de SBD binnen organisaties moet dan ook niet apart lopen, maar als geïntegreerd onderdeel van reguliere werkmethoden, processen en structuren. Voor die inbedding in bestaande structuren is bredere scholing nodig bij liefst zo veel mogelijk disciplines; in zowel het initiële onderwijs als nascholing als in korte trainingen.

De inpassing in het zorgstelsel is een worsteling voor alle partijen, maar niemand neemt daarin nu de regie. De nationale stakeholders zien uiteenlopende haakjes bij alle drie deelstelsels van Wmo, Zvw en Wlz, maar nergens één-op-één. Er lijkt een voorkeur te zijn voor inpassing in de Wmo, maar ook daaraan zitten veel haken en ogen. De zoektocht naar inpassing in het stelsel loopt nog door, want ook het experiment met de domeinoverstijgende financiering bleek niet haalbaar en houdbaar; de experimentele betaaltitel is dan ook niet gecontinueerd.

Hoe verder?

Al met al vinden de nationale stakeholders dat de SBD als gedachtegoed potentie heeft voor landelijke implementatie, mits gericht op integratie in bestaande structuren voor welzijn en zorg en met sterke aandacht voor de vele contextuele factoren. Het succes van de SBD hangt af van het breder delen van (verhalen over) de SBD-filosofie en onderliggende mensvisie, en het creëren van nationaal en lokaal draagvlak bij professionals, management en bestuurders in de diverse domeinen van welzijn en zorg. Er is een sterke overtuiging dat de SBD kan bijdragen aan minder zorgafhankelijkheid en hogere kwaliteit van leven en mogelijk langer thuis blijven wonen, maar de stakeholders ontberen nog hard bewijs. Zij zien vooralsnog geen of nauwelijks effecten op andere aspecten als omgang door en belasting van mantelzorgers, zorgzame buurt, kostenbeheersing of arbeidsmarkt. Respondenten waarderen het vernieuwende mensbeeld en de nadruk op vraaggericht werken vanuit de rollen van de mens met dementie, maar wijzen erop dat het huidige zorgstelsel hierop niet goed is ingericht. Er moet meer ruimte komen voor domeinoverstijgende, preventieve en persoonsgerichte zorgmodellen, zoals te bereiken met brede toepassing van SBD-principes. Maar de realisatie daarvan is een complexe puzzel die om meer regie vraagt en de weg daarnaartoe vergt een lange adem.

10 Conclusie en discussie

Eindconclusie

In Nederland voltrekt zich een fundamentele verschuiving in het denken over zorg. Steeds vaker kiezen professionals, organisaties en gemeenschappen voor benaderingen die mensen niet reduceren tot hun diagnose, maar hen benaderen als volwaardige burgers met sociale rollen, relaties en verlangens. Deze sociale benaderingen kijken op een holistische wijze, waarbij zorg niet langer draait om het behandelen van ziekte, maar om het ondersteunen van het leven zelf. Deze ontwikkeling is zichtbaar in uiteenlopende domeinen, van de geestelijke gezondheidszorg tot ouderenzorg. De Sociale Benadering Dementie (SBD) is in deze beweging niet meer weg te denken.

De SBD probeert recht te doen aan mensen met dementie door hun menselijkheid en sociale omgeving centraal te stellen. In plaats van vooral in te zetten op medische of functionele ondersteuning, ligt de nadruk op het versterken van sociale netwerken, het creëren van betekenisvolle bezigheden en het erkennen van de persoon in diens unieke levensverhaal. De Social Trials, waarin experimenten met de SBD werden uitgevoerd, boden ruimte om deze benadering in de praktijk te brengen.

Uit de Externe Evaluatie blijkt dat deelnemers en hun naasten zich inderdaad beter ondersteund voelen. De SBD, gedragen door een sterke vertrouwensband, draagt bij aan de kwaliteit van leven en biedt mantelzorgers ontlasting. Cruciaal daarbij is de tijd, aandacht en regelvrijheid die SBD-teamleden krijgen.

Toch botst de SBD op tegen de kaders van het systeem. De bestaande zorgstructuren, gericht op doelmatigheid, protocollen en financiering per verrichting, zijn weinig ontvankelijk voor complexe sociale interventies als de SBD. Ingegeven door de keuze om de SBD met losse teams te implementeren liepen de Social Trial-regio's in beginsel tegen uiteenlopende uitdagingen aan bij het vertalen van de benadering in een organiseerbare werkwijze: van onduidelijkheden over de positionering van de SBD in het veld tot conflicten tussen domeinen en verschillen in professionele kaders. Gaandeweg tekende zich een doorontwikkeling af. Door geleidelijk af te wijken van het oorspronkelijke ontwerp, onderwijl de benadering van de persoon met dementie intact latend, werd het mogelijk beter aan te sluiten bij de lokale dynamiek en kleur. Een sleutelrol was hierbij weggelegd voor het proces waarin reguliere professionals en SBD-teamleden elkaar en elkaars professionele perspectieven en werkwijzen leerden kennen en waarderen. Dit wederzijdse leerproces bevorderde het onderlinge begrip en legde de basis voor een meer geïntegreerde samenwerking. Tegelijkertijd werd de SBD meer geformaliseerd ingebed in organisatorische structuren om een stabielere functionele afstemming te kunnen bereiken. Terwijl sommige regio's daardoor slaagden hun eigen invulling aan de implementatie van de SBD te geven, kwam het in andere regio's tot stilstand.

Het meest weerbarstige vraagstuk betreft de bekostiging en financiering. Uit de Externe Evaluatie blijkt de SBD additionele inzet van capaciteit en middelen te vergen. In plaats van kostenbesparingen door uitgestelde verpleeghuisopnames of verschuivingen van zorg over de domeinen Wmo, Zvw en Wlz heen, laten de experimenten in de regio's zien dat de kosten van de SBD als meerkosten ten laste komen van gemeenten, zorgverzekeraars of zorgkantoren, zonder de capaciteitsdruk op de formele zorg op deze domeinen te verlagen. Pogingen om

binnen de huidige kaders van de Wmo, Zvw en Wlz voldoende financiering te organiseren, blijken niet duurzaam te zijn geweest. Ook het experiment met de experimentele betaaltitel heeft geen structurele oplossing gebracht en roept vragen op over benodigde veranderingen in het stelsel. Het realiseren van systeemverandering op landelijk niveau blijkt echter in de praktijk weerbarstig te zijn. Ondanks bereidheid worden inspanningen vaak begrensd door het formele mandaat en de institutionele inbedding van landelijke partijen. De opgave overstijgt individuele kaders en verantwoordelijkheden. Dit leidt tot afhankelijkheid binnen het systeem, zonder dat de regie eenduidig is belegd.

Langs de weg van bredere scholing van professionals in de Sociale Benadering Dementie en de integratie van SBD-teamleden binnen bestaande zorgstructuren, schalen de regio's de SBD op met deels nieuwe implementatieprincipes en tijdelijke financiering vanuit de Wmo of Zvw, subsidies en eigen middelen. De voorkeur wordt uitgesproken, maar niet gedeeld, om op te schalen binnen het sociale domein. Bovendien lopen de regio's aan tegen de grenzen van wat organisatorisch en financieel duurzaam is. De vraag hoe de SBD structureel opgeschaald kan worden, blijft daarmee voor nu onbeantwoord.

Stysteemgrenzen en maatschappelijke vernieuwing

De spanning tussen de betekenisvolle impact van de Sociale Benadering Dementie voor personen met dementie en hun naasten en de beperkte economische en arbeidsmarktwaarde binnen het huidige zorgstelsel, legt een breder maatschappelijk vraagstuk bloot. Hoe verhouden vernieuwende, sociaal georiënteerde benaderingen zich tot een zorgstelsel dat gestoeld is op medisch denken en economische rationaliteit?

De SBD laat zien dat daadwerkelijk winst te behalen is in termen van menselijke waardigheid en kwaliteit van leven, maar dat het nog niet betaalbaar bekostigd kan worden binnen het systeem. De beweging naar meer sociale benaderingen vraagt niet alleen om nieuwe werkwijzen, maar ook om een herziening van sommige fundamentele waarden waarop onze zorg is ingericht. Willen we ruimte maken voor vormen van menselijke, relationele en niet-medische ondersteuning dan is een beweging in het stelsel nodig die deze waarden niet als uitzonderingen, maar als uitgangspunten beschouwt. Zolang dit niet gebeurt, blijven experimenten tot een open einde leiden. Het is dan ook geen toeval dat de SBD inmiddels buiten de context van de Social Trials verder wordt ontwikkeld, zoals binnen Buurtzorg en Het verhaal van de Toekomst. Deze voorbeelden laten zien dat opnieuw de institutionele ruimte wordt opgezocht om de SBD te kunnen opschalen. Maar de vraag blijft bestaan hoe sociale benaderingen structureel kunnen worden ingebed en bekostigd. Dat vergt politieke moed, beleidsinnovatie en maatschappelijke wil om daadwerkelijk anders te gaan denken over zorg. Tegelijkertijd vraagt de beweging van vernieuwende benaderingen naar geïnstitutionaliseerde praktijken om het vinden van een evenwicht tussen het behouden van de onderliggende waarden van een benadering en de praktische uitvoerbaarheid en haalbaarheid. Voor duurzame verankering kan niet alleen een stelselhervorming noodzakelijk zijn. Een implementatiestrategie is tevens nodig, die zich kan aanpassen aan bestaande kaders, terwijl de centrale uitgangspunten van de benadering behouden blijven.

Methodologische reflectie: klassieke designs en sociale innovaties

Het gehele Social Trials-programma stoeit voornamelijk op klassieke experimentele designs, gericht op het genereren van harde uitkomstmaten. Hoewel deze designs aansluiten bij de wens van beleidsmakers en financiers om effectiviteit aantoonbaar te maken, zijn zij methodologisch juist kwetsbaar. Klassieke designs veronderstellen een gestandaardiseerde, stabiele interventie en zijn minder geschikt voor complexe, contextgevoelige benaderingen die nog in ontwikkeling

zijn. Bovendien zijn uitkomsten als kwaliteit van leven, capaciteit en kosten niet eenvoudig te kwantificeren.

De Social Trials hadden een dynamisch karakter. De SBD werd deels tussen regio's en in de tijd verschillend ingevuld, vond plaats in een netwerk van relationele afhankelijkheden en vroeg ruimte voor professionele afweging en gewenning. In de fase waarin de ontwikkeling van de SBD zich bevond, kan een klassieke onderzoeksopzet het leer- en verbeterproces verstoren en onvoldoende recht doen aan de werking van de SBD. In vroege fasen zijn kwalitatieve, ontwikkelingsgerichte benaderingen beter in staat om inzicht te geven in de werkzame principes en contextuele voorwaarden. Deze kwalitatieve methoden zijn daarom ook gebruikt, naast het hergebruik van reeds verzamelde kwantitatieve data. Hoewel de kwantitatieve data niet specifiek voor de doeleinden van de Externe Evaluatie waren verzameld en in methodologisch opzicht beperkingen kenden, boden zij in deze fase toch inzichten. Echter, pas wanneer de SBD voldoende is gestabiliseerd, is het zinvol om op meer klassieke wijzen harde effecten te evalueren.

De ervaring met de SBD onderstreept het belang van passende methodologieën bij het onderzoeken van sociale innovaties. Niet alles wat waardevol is, laat zich direct vangen in cijfers. De resultaten van de Externe Evaluatie Social Trials dienen dan ook in dit licht te worden gezien. De conclusies zijn te duiden als resultaten voor een leer- en verbeterproces, gericht op reflectie, bijstelling en verdere ontwikkeling van de Sociale Benadering Dementie.

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E fabbricotti@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm