

# **Ketenregisseurs netwerken dementie over inkoop door zorgverzekeraars; resultaten van een enquête (N=59; 91% respons), 5 maart 2017**

## **1. Aanleiding**

Het inkoopproces 2017 ligt al weer even achter ons, het nieuwe inkoopbeleid voor 2018 is in voorbereiding en dient 1 april gereed te zijn. De inkoop van casemanagement dementie is onderdeel van het totale inkoopproces voor wijkverpleging binnen de ZVW. De NZa is medio december 2016 gestart met de monitor wijkverpleging via een enquête onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders; het rapport wordt eind maart 2017 verwacht. De NZa-monitor gaat breed over de hele wijkverpleging en verschillende onderdelen daarbinnen, met slechts enkele specifieke vragen over casemanagement dementie. Daarom is in februari 2017 een specifieke enquête ontwikkeld en uitgevoerd bij alle ketenregisseurs van de dementienetwerken, toespitst op casemanagement en ketenprestatie dementie. Dit vormt een van de onderdelen van het Actieplan casemanagement dementie en is geheel getrokken door de projectleider Robbert Huijsman.

Doel van deze enquête (zie bijlage) is de evaluatie van de inkoop 2017 en input ophalen voor verbetering van het inkoopproces dementie ketenzorg. Steeds vanuit de optiek van de ketenregisseur op het niveau van het dementienetwerk als geheel. Dat geeft een belangrijke aanvulling op en vergelijking met de perspectieven van zorgverzekeraars en afzonderlijke aanbieders van wijkverpleging, waaronder casemanagement dementie, zoals die in de NZa-monitor centraal staan. Deze enquête onder ketenregisseurs gebruikt deels dezelfde vragen over het proces en de uitkomsten van het inkoopproces om vergelijking met de NZa-monitor mogelijk te maken, maar is uitgebreid met verdiepende vragen over casemanagement dementie, de ketenprestatie voor eventuele bekostiging van het samenwerkingsverband en wensen voor de inkoop 2018. Het concept is besproken met zowel de ketenregisseurs als de zorgverzekeraars in ZN-verband (zie paragraaf 2 voor gevolgde aanpak). In maart zullen zorgverzekeraars in een aantal bijeenkomsten de enquêteresultaten onderling en met de projectleider bespreken en verwerken in hun inkoopbeleid (zie paragraaf 2.3 voor vervolg).

In deze rapportage doen we verslag van deze enquête onder ketenregisseurs van de 65 dementienetwerken die op dit moment bestaan in Nederland. Paragraaf 2 schetst de aanpak om de opzet enquête te ontwikkelen en in concept te toetsen alvorens die op 23 februari werd uitgezet onder de ketenregisseurs. Paragraaf 3 bespreekt de deelname-respons en de eventuele impact op de inhoudelijke resultaten. Die staan centraal in paragraaf 4 voor wat betreft de ervaringen met de inkoop 2017. De wensen en suggesties van de ketenregisseurs over de inkoop 2018 staan in 5. Paragraaf 6 sluit deze rapportage af met enkele kernconclusies en aanbevelingen.

## **2. Aanpak en methode**

### **2.1 Samenwerking met verzekeraars**

Zorgverzekeraars werken mee vanuit de inschatting dat de NZa-monitor globaal blijft over casemanagement dementie en te laat verschijnt om nog relevant hun inkoopbeleid te kunnen zijn. Dat moet op 1 april gepubliceerd worden, maar de projectleider heeft bij NZa nadrukkelijk bepleit dat zij na die officiële datum coulant zal omgaan met eventuele addendum van zorgverzekeraars over de inkoop t.b.v. dementiezorg. Begin februari, bij het ontwikkelen van de concept-enquête, stelde ZN graag daarin te willen samenwerken, vanuit de overtuiging dat een gezamenlijk met zorgverzekeraars ontworpen vragenlijst zal leiden tot groter draagvlak voor de resultaten die daar later uitkomen. Met de zorgverzekeraars is een pad uitgestippeld om in gesprek te gaan over de enquêteresultaten en de inpassing daarvan in het inkoopbeleid 2018:

- Eerste mondelinge presentatie in ZN Commissie Eerste Lijn (CEL) en in het Bestuurlijk Overleg van Actieplan casemanagement dementie, beide op woensdag 1 maart;
- Presentatie en conceptraport bespreken in ZN-werkgroep wijkverpleging op donderdag 9 maart;
- Presentatie en conceptraport in Bestuur Commissie Zorg (BZC) van ZN op 16 maart
- Eind maart vaststelling rapport in Signaalteam;
- Publicatie op 1 april door zorgverzekeraars van hun inkoopbeleid 2018, eventueel na 1 april gevolgd door Addendum over casemanagement/ketenprestatie dementie (instemming NZa).

Hiermee zijn gunstige condities gecreëerd om de zorgverzekeraars zo veel mogelijk input mee te geven voor een verdere verbetering van inkoopbeleid voor dementiezorg.

## 2.2 Opzet enquête

Als vertrekpunt zijn allereerst de algemene startvragen van de NZa-monitor overgenomen en in de formulering toegespitst op dementie c.q. uitgesplitst in individueel casemanagement dementie en de ketenprestatie dementie. Voor de verzekeraarsvariant van de NZa-monitor zijn op deze wijze overgenomen en/of aangepast de vragen 1 tot en met 4b, 11, 16a,18 en de slotvraag (zie bijlage). Voor de aanbiedersvariant van de NZa-monitor gaat het om de vragen 2 tot met 8, 13 tot en met 15 en de slotvraag (zie bijlage). De overige vragen heeft de projectleider zelf opgesteld, op basis van zijn inzichten uit de vele ontmoetingen rondom het actieplan casemanagement dementie en gesprekken cq. emailwisselingen met ketenregisseurs.

## 2.3 Voorleggen concept-enquête

De enquête is in de eerste helft van februari in concept opgesteld door de projectleider en telde in eerste instantie 20 vragen. Dit concept is besproken met zorgverzekeraars en ketenregisseurs. Met de zorgverzekeraars is overlegd tijdens een bijeenkomst op 13 februari en zijn ook per email enkele verbeter-suggesties ingebracht. Bij ketenregisseurs vond de raadpleging plaats op 16 februari, eerst in het 'voorportaal' van het Signaalteam Actieplan Casemanagement (zeven ketenregisseurs) en vervolgens in de landelijke bijeenkomst van Landelijk Netwerk Dementie (circa 30 ketenregisseurs). Dat leverde nog enkele aanvullingen op. Naar aanleiding van deze raadpleging is de enquête uitgebreid tot in totaal 26 vragen; dat betreft met name de vragen 2, 9, 19 tot en met 24 (zie bijlage). Vragen 2 en 24 zijn opgenomen om de betrokkenheid van de ketenregisseur bij het inkoopproces helder te krijgen. Voorts zijn bij al eerder opgenomen vragen een of meer antwoordcategorieën toegevoegd en is een enkele vraag scherper geformuleerd. Beide groepen stemden volmondig in met de opzet, invulling en procesgang van de enquête.

## 2.4 Uitzetten van enquête

Vrijdag 17 februari is de enquête per email uitgezet onder alle ketenregisseurs zoals die voor circa 65 dementienetwerken<sup>1</sup> op dat moment actueel bekend waren bij de projectleider. Respondenten hadden een week de tijd voor hun reactie, tot en met vrijdag 24 februari. Er zijn per email twee rappels uitgegaan naar de hele groep, op woensdagochtend 21 februari en op vrijdagmiddag 24 februari. Die laatste keer is een restantgroep van zes ketenregisseurs van wie op dat moment nog niets vernomen was, nog separaat gerappelleerd. Tijdens de hele doorlooptijd riepen enkele ketenregisseurs hun collega's per email nog extra tot deelname. Gestreefd werd naar een respons van 90%, inschattende dat een hoge respons extra impact op zorgverzekeraars kan hebben. Aan die target zat ook de belofte voor een kleine attentie voor de respondenten gekoppeld.

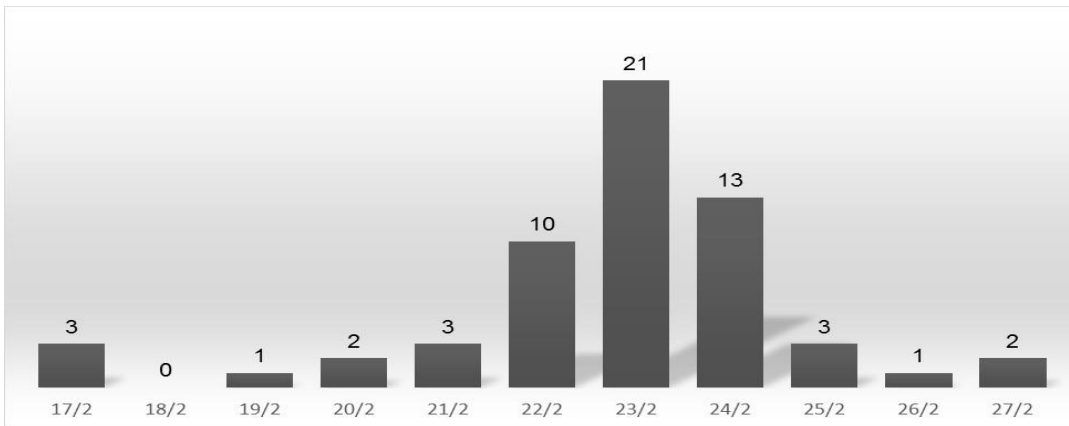
## 3. Deelname respons en mogelijke impact op resultaten

Direct bij de start op vrijdag 17 februari kwamen de eerste drie reacties binnen, maar de dagen daarna bleef het wat rustig met de respons (zie figuur 1). Na de eerste rappel begon dat op woensdag 22 februari goed te lopen. De tweede rappel leverde in en direct na het weekend van 25/26 februari nog een paar reacties op. De totale respons komt hiermee uit op 55 ketenregisseurs voor 59 netwerken, omdat Groningen en Zeeland met elk drie subketens als één reageerden. Van twee regisseurs met elk twee dementienetwerken onder hun hoede, kwam een vakantiemelding binnen. Daarvan is bovendien zeer recent een dementienetwerk opgeheven. In Friesland zijn na de opheffing van TinZ eind 2016, nu drie nieuwe subregionale dementienetwerken in (voor)ontwikkeling; twee daarvan deden al mee aan de enquête en de derde is nog te pril. Twee ketenregisseurs waren net vertrokken en twee anderen juist net nieuw op hun post, waardoor ook zij de enquête niet konden invullen. Van twee resterende ketens is taal noch teken ontvangen. Dit alles brengt de respons op 92% van een totaal van de 64 dementienetwerken die per 1 maart 2017 bestaan.

De respons is weliswaar zeer hoog, maar de betrokkenheid van de ketenregisseur bij het inkoopproces varieert sterk en 29% is er helemaal niet bij betrokken geweest (zie tabel 1). Daarom heeft de helft de enquête niet alleen ingevuld maar in samenwerking met een of twee collega's van het netwerkbestuur of zorgaanbieder(s).

---

<sup>1</sup>) Er zijn de laatste jaren circa 15 netwerken gesneuveld (Vilans telde er in 2014 nog ruim 80), overgenomen door zorgaanbieders zelf of opgegaan in groter verband. Dat betreft onder andere Amsterdam en Rotterdam, delen van de provincie Utrecht en TinZ. Als alternatief voor die laatste zijn nu drie subregionale verbanden in ontwikkeling in Friesland; twee daarvan zijn respondent hoewel het nieuwe samenwerkingsverband nog pril is.



Figuur 1. Verloop van respons in de periode 17 t/m 27 februari (N=59)

Een enkele ketenregisseur heeft de gelegenheid aangegrepen de enquête te verspreiden onder regionale zorgaanbieders om zo een eigen breder beeld binnen het eigen dementienetwerk te krijgen. Bij dit alles is de contractomvang van de ketenregisseur ook zeer variabel (tussen nul en fulltime) en daarmee wellicht een factor die de validiteit van de antwoorden kan hebben beïnvloed. De ketenregisseurs hebben wel verbinding met andere soorten ketens binnen de regio (71%) en dementienetwerken in andere regio's (51%).

Tabel 1. Positie van ketenregisseur als respondent (N=59)

1. Gemiddeld aantal beschikbare uren per week	16,3 uur
2. Betrokkenheid bij inkoopproces 2017? - (volledig of gedeeltelijk) actief deelnemer - alleen geïnformeerd (tijdens of achteraf) - helemaal niet betrokken	46% 17% 29%
24. Niet alleen maar samen met anderen ingevuld	51%
21. Werkt in regio samen met andere soorten ketens	71%
22. Werkt samen met andere dementienetwerken	51%

#### 4. Presentatie van de resultaten over 2017

##### 4.1 Algemene ervaringen met inkoopproces 2017

Over het inkoopproces is één vraag gesteld over het totale proces en twee vragen over de uitkomsten van de inkoop, voor individueel casemanagement en de ketenprestatie dementie (zie tabel 2). Voor 20 tot 31% van de ketenregisseurs was deze vraag niet te beantwoorden omdat ze niet betrokken waren bij de inkoop 2017. Tevreden of neutraal toont zich 25 tot 33%, afhankelijk van de precieze vraag ("zeer tevreden" kwam slechts eenmaal voor, bij vraag 4b). Al dan niet zeer ontevreden is 38% bij de uitkomsten voor casemanagement, tot 48% over het gehele proces.

Tabel 2. Ervaringen met inkoopproces 2017 (in %; N=59)

Genoemde beoordelingsaspecten	(zeer) Tevreden	Neutraal	On-tevreden	Zeer on-tevreden	n.v.t.
3. Tevreden over hele inkoopproces voor 2017?	10%	15%	31%	17%	24%
4a. Tevreden over uitkomsten voor individueel casemanagement?	8%	20%	24%	14%	31%
4b. Tevreden over uitkomsten voor ketenprestatie dementie?	19%	14%	29%	15%	20%

#### 4.2 Wat ging goed of minder goed?

In reactie op de vergelijkende vraag over 2017 ten opzichte van 2016 vindt 5% dat het beter ging, is 39% neutraal en vindt 44% dat het op onderdelen minder goed ging dan vorig jaar (tabel 3). In vervolgvragen waren diverse aspecten van het inkoopproces opgenomen, conform de NZa-monitor plus een aanvullend item over eventuele variatie tussen verzekeraars.

Het vaakst gescoorde aspect dat beter ging betreft de mogelijkheid om in gesprek te gaan (19%), gevolgd door ruimte voor onderhandeling (12%) en tijdpad (10%). Overigens was er de antwoordcategorie opgenomen "Anders, namelijk..." (niet in tabel opgenomen). Dat is door een vijfde van de respondenten ingevuld met: "helemaal niets" (zonder dat andere antwoorden waren aangekruist). Gemiddeld zijn 1,2 aspecten aangegeven die beter gingen in het inkoopproces 2017.

Aspecten die minder goed verliepen in 2017 dan 2016 zijn aanzienlijk vaker aangekruist, met als meest voorkomend de duidelijkheid vanuit de zorgverzekeraar (39%) en gelijkelijk (alle drie 37%) het tijdpad, ruimte voor onderhandeling en ruimte voor maatwerk. Gemiddeld zijn 4,7 aspecten aangegeven die minder goed gingen in het inkoopproces 2017 in vergelijking met 2016.

Bij afzonderlijke vraag over verschillen tussen verzekeraars ziet 37% kleine verschillen en 31% grote verschillen (27% van de ketenregisseurs gaf aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden).

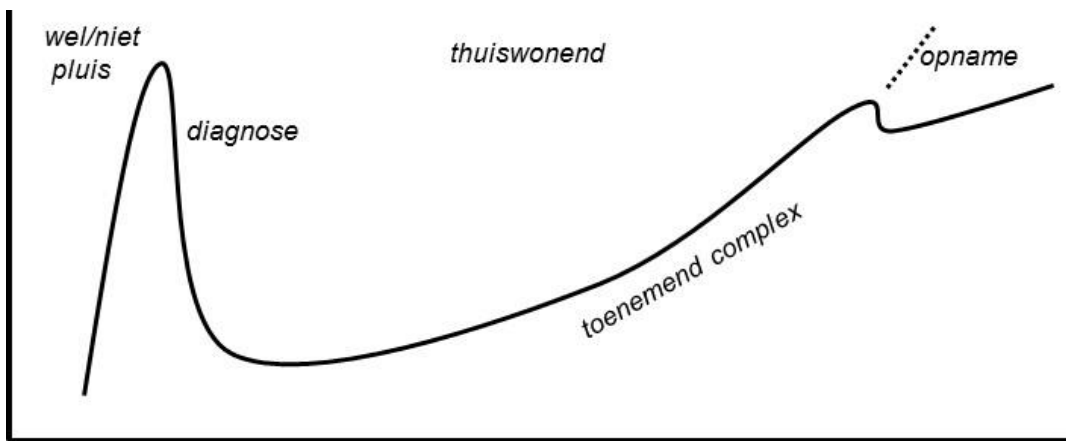
Tabel 3. Beoordeling van onderdelen van het inkoopproces 2017 (in %; N=59)

Genoemde beoordelingsaspecten	6. Wat ging beter?		7. Wat ging minder goed?
	Beter: 5%	Gelijk: 39%	Slechter: 44%
5. Oordeel over uitkomsten			
Tijdpad	10%		37%
Administratieve lasten	3%		25%
Mogelijkheid in gesprek te gaan	19%		29%
Ruimte voor onderhandeling	12%		37%
Duidelijkheid vanuit zorgverzekeraar	8%		39%
Bereikbaarheid van zorgverzekeraar	3%		27%
Ruimte voor maatwerk	8%		37%
Gestelde eisen	7%		12%
Aandacht voor kwaliteit van zorg	2%		22%
Variatie tussen verzekeraars	2%		25%
8. Verschil tussen zorgverzekeraars?	Geen: 5%	Klein: 37%	Groot: 31%

#### 4.3 Variatie van werkvormen in casemanagement

Sinds de overgang van casemanagement dementie van de AWBZ naar de ZVW in 2015 wordt met name door zorgverzekeraars, maar ook toenemend door zorgaanbieders zelf, onderscheid gemaakt tussen generalistisch en specialistisch casemanagement dementie. Hierover is in kader van het Actieplan casemanagement dementie een aparte notitie gemaakt, waarin de ontwikkeling sinds 2015 is geschetst en waarin een aantal modelmatige varianten voor casemanagement zijn ontwikkeld en geïllustreerd aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden uit den lande.

Een van de belangrijkste pijlers van de Zorgstandaard dementie (2013) is continuïteit in persoon tijdens het hele beloop van de ziekte van de eerste "pluis/niet-pluis" en diagnostische fasen, via toenemende zorgzwaarte en complexiteit in de thuissituatie tot aan uiteindelijk intramurale opname of overlijden (zie figuur 2). Daarom is dat als het centrale ordende principe genomen om vier hoofdmodellen in generalistisch en/of specialistisch casemanagement te onderscheiden, met in totaal 14 subvarianten. We lichten die kort toe, en tonen de enquêteresultaten over de praktijk.



Figuur 2. Ziektebeloop vanaf start dementie tot aan intramurale opname

Met de continuïteit in persoon als ordenend principe en ijkpunt, onderkennen we in de huidige praktijk van de dementienetwerken **vier hoofdmodellen** voor casemanagement dementie:

1. **Continuïteit in persoon "all the way", van begin tot eind een en dezelfde professional.** Dit is het hoofdmodel voor vrijwel alle ketens (57 maal). In vijf subvarianten kan dat zijn een specialistisch casemanager (CM-er) vanuit een onafhankelijke CM-organisatie of vanuit zorgaanbieder(s), een HBO-geschoolde wijkverpleegkundige met of zonder opleiding casemanagement dementie of een WMO-ouderenadviseur. De facto voldoen de laatste twee subvarianten niet aan de Zorgstandaard dementie, die overigens spreekt van een HBO-plus opgeleide professional, zonder verdere specificatie.
2. **Stapelmodel, waarin één professional weliswaar de continue factor is gedurende het gehele ziektebeloop, maar er komt een specialistische CM-er bij als de situatie van de cliënt complex wordt.** In dit samenwerken van twee professionals (bij 36 van de 59 netwerken), zien we vier subvarianten voor de continue persoon: ouderenadviseur, praktijkondersteuner huisarts en wijkverpleegkundige; bij die laatste zien we de CM-er in twee rollen voorkomen, als co-worker met ook eigen cliëntcontact als coach voor de wijkverpleegkundige zonder eigen cliëntcontact. Voor de cliënt betekenen de eerste drie subvarianten binnen dit model dat er twee gezichten zijn voor de cliënt en diens mantelzorgers.
3. **Overdrachtmodel, waarbij de CM-er als de cliëntsituatie complex wordt de zorg overneemt van de ouderenadviseur, praktijkondersteuner huisarts of wijkverpleegkundige.** Voor de cliënt betekent dat een nieuw, gespecialiseerd, gezicht (in 39 van de 59 netwerken). Het moment van overdracht wordt bepaald door groeiende complexiteit of intensiteit van de cliëntsituatie, maar slechts weinig dementienetwerken hebben daarvoor concrete criteria ontwikkeld. Wel wordt gesignaleerd dat **te late overdracht gepaard kan gaan met crisissituaties** die wellicht te voorkomen waren geweest, met als extra handicap dat na overdracht eerst nog een relatie moet worden opgebouwd met de cliënt en diens mantelzorgers.
4. **Triagemodel (n=25), waarbij analoog aan de acute medische zorg, de hoogst gespecialiseerde professional aan de voorkant van het traject zit, om de intake- en diagnosefase te regisseren, het zorgplan op te (doen) stellen en alles helemaal in te regelen,** zodat daarna eventueel een andere professional het kan overnemen om daarna het continue gezicht te worden. Dit model zien we met name bij dementienetwerken die een sterke samenwerking in diagnostiek en verwijzing hebben met huisartsen of geriatrische afdelingen van ziekenhuizen.

Figuur 3 geeft aan hoe vaak welke modellen in de praktijk voorkomen volgens de ketenregisseurs.

Het klassieke model van gespecialiseerde casemanagers komt nog altijd voor in 80% van de ketens, maar daarnaast is er een grote variatie van andere werkvormen ontstaan. Gemiddeld per dementienetwerk telt dat op tot 5 subvarianten (zes regio's geven zelfs aan 10 of meer subvarianten te hebben). Deze grote variatie geeft weliswaar keuzevrijheid en regionaal maatwerk, maar leidt vaak tot onduidelijkheid voor cliënten, mantelzorgers en verwijzers. Dat blijkt ook uit cases van het Signaalteam bij het Actieplan casemanagement dementie. Ook voldoen niet alle subvarianten aan de **normen over continuïteit, kwaliteit en onafhankelijkheid conform de Zorgstandaard Dementie**. Maar tegelijkertijd maakt een aantal varianten mooie verbindingen met de WMO, met een ouderenadviseur 'all the way' (variant 1e: 10%), of samen op met de casemanager (2a: 12%), of in een overdracht naar de casemanager dementie (24%). Ook in het vierde triagemodel is een bijdrage denkbaar vanuit het WMO-domein (4b: 10%).

Analoog zien we verschillende samenwerkingsmodellen met de praktijkondersteuner bij de huisarts: in een stapelmodel (2b: 29%) of in overdrachtsmodel (3b: 49%).

<b>Model 1: 'all the way', continuïteit in één persoon (n=57)</b>	
1a: casemanager dementie, vanuit onafhankelijke CM-organisatie	(31%)
1b: dedicated casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s)	(80%)
1c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie	(31%)
1d: wijkverpleegkundige, generalistisch	(41%)
1e: ouderenadviseur vanuit de WMO	(10%)
<b>Model 2: 'stapelmodel', samen als het complex wordt (n=36)</b>	
2a: ouderenadviseur WMO plus casemanager, beide direct cliëntcontact	(12%)
2b: POH bij huisarts plus casemanager, beide direct cliëntcontact	(29%)
2c: wijkverpleegkundige plus casemanager, beide direct cliëntcontact	(56%)
2d: wijkverpleegkundige met casemanager als coach (zonder cliëntcontact)	(25%)
<b>Model 3: 'overdracht', de volgende als het complex wordt (n=39)</b>	
3a: ouderenadviseur WMO draagt over aan casemanager	(24%)
3b: POH bij huisarts draagt over aan casemanager	(49%)
3c: wijkverpleegkundige draagt over aan casemanager	(63%)
<b>Model 4: 'triage', grootste expertise tijdens start (wel/niet plus) (n=25)</b>	
4a: casemanager doet intake en zorgplan, daarna andere professional	(37%)
4b: als 4a, uitgebreid met en deels betaald vanuit het WMO-domein	(10%)

*Figuur 3. Bestaande werkvormen in generalistisch en/of specialistisch casemanagement*

#### **4.4 Inkoopervaringen 2017 voor individueel casemanagement en ketenprestatie**

Iets meer dan 40% van de dementienetwerken meldt dat zorgverzekeraars onderscheid maken tussen generalistisch en/of specialistisch casemanagement (zie tabel 4). Daarbij wordt meestal de nadruk gelegd op de generalistisch insteek die de meeste zorgverzekeraars verkiezen onder het motto van generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet. Dat betekent in de praktijk dat de zorgverzekeraar het overdrachtsmodel (zie vorige paragraaf) prefereert. Een enkele zorgverzekeraar staat zelfs afwijzend tegenover specialistisch casemanagement. Bovendien zitten de zorgverzekeraars er per dementienetwerk vaak verschillend in, terwijl het antwoord door de respondent is gegeven voor het netwerk als geheel. Die zelfde kanttekening geldt ook voor de andere vragen. Dus als nu blijkt dat 20% van de ketenregisseurs antwoordt dat casemanagement dementie wel apart is ingekocht, dat kan dat bij dat dementienetwerk gelden voor één, enkele of (heel soms) alle zorgverzekeraars.

*Tabel 4. Inkoopervaring met individueel casemanagement dementie (in %; N=59)*

	<b>aangekruist</b>
9. Maakt zorgverzekeraar onderscheid tussen gen/spec. casemanagement?	42%
11. Is casemanagement dementie apart ingekocht binnen wijkverpleging?	20%
12. Individueel casemanagement uit andere bronnen dan wijkverpleging?	15%
13. Integraal tarief voor individueel casemanagement	39%
14. Ruimte om te onderhandelen over hoogte van integraal tarief?	12%
15. Aparte verantwoording over individueel casemanagement?	25%
20. Zijn er inkoopafspraken die goed casemanagement belemmeren?	61%

Bij 15% worden ook andere financiële bronnen aangeboord, meestal de WMO (waardoor de casemanager een aantal uren begeleiding per cliënt per jaar kan inzetten) en een enkele keer GGZ- of (extramuraal) WLZ-middelen. Per ontvangend dementienetwerk gaat het om gemiddeld € 257.000 (met grote variatie).

Inkoop van casemanagement is vaak niet geoormerkt binnen de totale wijkverpleging en voorts vaak geschaard onder het integrale tarief (39%). Daarover wordt weinig onderhandelingsruimte ervaren (12%), maar wel een aparte verantwoording gevraagd door de zorgverzekeraars (25%).

Al met al stelt 61% van de ketenregisseurs dat de inkoopafspraken voor 2017 belemmeringen doen ontstaan in het goed uitvoeren van individueel casemanagement dementie in hun regio.

*Tabel 5. Inkoopervaring met ketenprestatie dementie (in %; N=59)*

	aangekruist
16. Is ketenprestatie dementie ingekocht door zorgverzekeraar(s)?	32%
17. Betalen regionale partners mee aan de kosten van dementienetwerk?	39%
19. Zijn er inkoopafspraken die regionale samenwerking belemmeren?	49%

Gelijksoortige maar iets minder vragen zijn specifiek gesteld over de ketenprestatie dementie, een apart benoemd onderdeel in de NZA Beleidsregel Verzorging & Verpleging (zie tabel 5). De helft van de ketenregisseurs signaleert dat de inkoopafspraken voor 2017 belemmeringen doen ontstaan in de regionale samenwerking binnen het dementienetwerk. Een derde deel van de ketenregisseurs geeft aan dat die ketenprestatie in 2017 is ingekocht door de zorgverzekeraar, meestal slechts één per regio die niet door de andere verzekeraars wordt nagevolgd (alleen in 2016 is dat drie maal voorgekomen). In de praktijk beperkt deze keten-inkoop zich tot die zorgaanbieders die dat ook het jaar daarvoor al ontvingen; nieuwe contractanten zijn er op dit vlak niet of nauwelijks. In 2015 ontvingen 18 van de 59 dementienetwerken een ketenprestatie, met een gemiddeld budget van bijna € 110.000 per netwerk; in 2016 ontvingen 20 dementienetwerken gemiddeld bijna € 137.000; in 2017 ontvingen tot nu toe 15 dementienetwerken (bij een aantal loopt de onderhandeling nog) gemiddeld bijna € 80.000. De variatie is echter groot. De inkoop verloopt daarbij meestal via één van de zorgaanbieders als hoofdaannemer en kassier, wat binnen de concurrentiele ZWV soms extra druk dan in de AWBZ-tijd legt op de regionale samenwerking.

Omdat de ketenprestatie door veel zorgverzekeraars is afgebouwd sinds 2015, doen de dementienetwerken steeds vaker beroep op de netwerkpartners zelf (39%). Dat gaat dan meestal om de zorgaanbieders, die per jaar per instelling een paar duizend euro 'inleggen' om de gezamenlijke ketenactiviteiten te bekostigen. Op die wijze ontvingen in 2015 in totaal 13 dementienetwerken een gemiddeld bijdrage van ruim € 67.000 en in 2017 kregen 18 dementienetwerken een gemiddeld bijdrage van € 55.700 per netwerk.

Bij drie dementienetwerken dragen ook een of meer gemeenten bij, met gemiddelde bedragen die langzaam oplopen van € 8.500 per netwerk in 2015 naar bijna € 13.200 per netwerk in 2017. Zeven dementienetwerken weten in 2017 nog financiering uit andere bronnen te verwerven, gemiddeld € 16.000 per netwerk (in 2015 waren dat maar 2 netwerken met gemiddeld € 7.300).

In totaal weten 32 van de 59 dementienetwerken gemiddeld € 73.400 per netwerk bijeen te brengen vanuit het geheel van zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en andere bronnen (was € 97.850 in 2015).

## **5. Wensen van ketenregisseurs voor inkoop 2018**

In twee vragen is voorgelegd aan de ketenregisseurs wat zij graag zouden terugzien in het nieuwe inkoopbeleid voor 2018, enerzijds over individueel casemanagement dementie (paragraaf 5.1), anderzijds over een eventuele ketenprestatie voor het hele dementienetwerk (paragraaf 5.2).

### **5.1 Inkoopwensen 2018 voor individueel casemanagement dementie**

In een open vraag konden de ketenregisseurs hun toekomstideeën over de inkoop van casemanagement dementie formuleren. Daarvan maakten 47 (83%) dementienetwerken gebruik. In het algemeen is er een roep om tot grotere landelijke uniformiteit te komen.

In de antwoorden tekenen zich vier hoofdthema's af, namelijk om casemanagement dementie:

- weer als apart product te oormerken binnen of los van de wijkverpleging (14 maal genoemd);
- niet via het integraal tarief maar een eigen (hoger) VP- of AIV-tarief te vergoeden (15 maal);
- daarbij expliciete kwaliteits- en opleidingseisen te benoemen (16 maal);
- en te laten lopen over de stelsels van WMO, ZVW én extramurale WLZ heen (13 maal).

Daarnaast geven ketenregisseurs aan dat de onafhankelijkheid van casemanagement belangrijk is (vijf maal) en dat richtlijnen voor de uren-omvang per cliënt en caseload per professional van casemanagement nodig zijn (zeven maal). Wel wordt daarbij aangegeven dat er enerzijds gewerkt moet worden aan hogere productiviteit, maar dat anderzijds ook het indirecte werk van essentieel belang is (bv. MDO, casuïstiekbespreking, investeren in hulpverlenersnetwerken, voorlichting en advies in cliëntenbijeenkomsten zoals Alzheimer Café). Ook moeten wachtlijsten worden vermeden door voldoende volume in te kopen, mede met oog op toenemende vergrijzing (vier maal). Dat vergt centrale registratie op ketenniveau (vier maal; zie volgende paragraaf).

## 5.2 Inkoopwensen 2018 voor ketenprestatie dementie

De vraag over de ketenprestatie voor dementienetwerken was een gesloten vraag, waarbij de ketenregisseurs meerdere (17) antwoordcategorieën konden aankruisen. Het gemiddeld aantal antwoorden per respondent kwam uit op acht (zie tabel 6). Het vaakst aangegeven werd betrokkenheid van gemeenten en verbinding met sociale domein (78%). Gelijkelijk (63%) gevolgd door drie andere aspecten: regionale informatieverstrekking vanuit de gezamenlijke keten aan cliënten, mantelzorgers en verwijzers; regionale eenvormige scholing aan professionals en de inzet en taken van de ketenregisseur zelf. Ook relatief hoog scoort de doorontwikkeling en verbeteracties in de inhoudelijke dementiezorg (59%) en inkoop via het representatiemodel of volgebeleid tussen zorgverzekeraars (56%). Dit is een sterke oproep aan zorgverzekeraars om tot gezamenlijke bouwstenen in een meer geüniformeerd inkoopbeleid te komen.

Tabel 6. Gewenste onderdelen van nieuwe ketenprestatie bij inkoop 2018 (in %; N=59)

Mogelijke onderdelen van ketenprestatie	aangekruist
Informatieverstrekking aan cliënten, mantelzorgers, verwijzers	63%
Regionale scholing professionals	64%
Ketenregistratie over gebruik en wachtlijst casemanagement	47%
Structuur- en proces-monitoring van kwaliteit van zorg	51%
Uitkomst-monitoring van kwaliteit van leven van cliënt en mantelzorger	44%
Inzet en taken van ketenregisseur/netwerkcoördinator	63%
Bijdragen van regionale partners in dementie-netwerk/keten	41%
Betrokkenheid van gemeenten en verbinding WMO-domein	78%
Samenwerking in de keten en professionalisering daarvan	46%
Doorontwikkeling en verbeteracties in de inhoudelijke dementiezorg	59%
Deelname (plus eventuele kosten) aan Deltaplan, LND etc.	44%
Multidisciplinair kenniscentrum of -team, t.o.v. casemanagers, huisartsen	53%
Inkoop in representatiemodel, met volgebeleid tussen verzekeraars	56%
Samenwerkingsproject met huisartsen en/of SO's	42%
Actueel overzicht en analyse van regionale vraag en aanbod	34%
Andere projecten (namelijk...)	34%
Nog niet genoemd (namelijk ...)	22%



De lijst mogelijke antwoorden had ook twee categorieën die nader ingevuld moesten worden, namelijk voor eventuele projecten en voor nog niet genoemde zaken. Projecten is door 34% aangekruist, met als invulling onder andere: integrale dossiervoering per cliënt, dementiezorg in krimpregio's, ondersteuning van mantelzorgers, versterking van samenwerking met de medische as (huisartsen, mobiel geriatrisch team, specialisten ouderengeneeskunde), preventieve activiteiten in de regio, dementievriendelijke samenwerking en jong dementerenden.

Enkele ketenregisseurs hebben tot nog onbenoemde zaken ingevuld (22%). Daarbij is soms ook aangegeven dat ze een meer globale ketenprestatie prefereren boven een vorm waarin alle onderdelen apart benoemd moeten worden (zeven maal). Dit werd vaak toegelicht met de vrees dat het tot extra bureaucratie en administratieve lasten kan leiden als een ketenprestatie helemaal op detailniveau gerapporteerd en verantwoord zou moeten worden. Wordt dat wel overwogen, dan is het de kunst een beperkt aantal duidelijke resultaatverplichtingen te benoemen, aldus vijf ketenregisseurs. Wellicht vanuit dezelfde vrees voor bureaucratie en onduidelijke focus, zijn er ook twee ketenregisseurs die expliciet stellen géén ketenprestatie voor dementienetwerken te willen.

## 6. Kernconclusies en aanbevelingen

Met 92% respons tonen de ketenregisseurs van de dementienetwerken enerzijds een zekere teleurstelling over het proces en de uitkomsten van de inkoop 2017 en anderzijds een grote gemeenschappelijkheid om in de inkoop 2018 een grote verbetering te maken, voor zowel het individueel casemanagement dementie als de ketenprestatie voor regionale samenwerking.

Naast de resultaten over de inkoop 2017/2018, laat dit rapport ook zien dat er de laatste jaren na de overgang van de wijkverpleging naar de ZVW een wildgroei aan werkmodellen is ontstaan voor generalistisch en/of specialistisch casemanagement. Een dementienetwerk heeft gemiddeld vijf varianten in haar werkgebied, sommige netwerken zelfs tien of meer. Dat komt niet ten goede aan de overzichtelijkheid en helderheid naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers zoals huisartsen en ziekenhuisspecialisten. Bovendien verhouden sommige varianten zich minder goed tot de Zorgstandaard Dementie (2013), met als essentiële norm de continuïteit, onafhankelijkheid en kwaliteit van de casemanagement professional.

De onderstroom is een voortdurend visieverschil op diverse niveaus van beroepsgroepen, zorgaanbieders en het dementienetwerk als totaliteit. Ook de zorgverzekeraars verschillen onderling meer of minder sterk in hun opvattingen over generalistisch/specialistisch casemanagement en dat heeft extra impact gehad op de grote variatie tussen en binnen de dementienetwerken. Er zijn ook semantische kwesties of het casemanagement of casemanager moet zijn. Bovendien brengt de arbeidsmarktkrapte sommige zorgaanbieders er toe het HBO-plus niveau los te laten en medewerkers op niveau 3 in te zetten. Dit alles gaat gepaard met toenemende transactiekosten in de uitvoering en contractering tussen afzonderlijke zorgaanbieders en afzonderlijke zorgverzekeraars met elk hun eigen visie, insteek, afweging en motivatie.

Het wordt tijd weer terug te gaan naar de bedoeling: goed en helder neergezet casemanagement voor alle mensen met dementie en hun naasten, conform de Zorgstandaard Dementie (2013). De daarin gestelde normen over continuïteit, kwaliteit en onafhankelijkheid in persoon dienen leidend te zijn om ook hernieuwde consensus te bereiken in de ontstane scholendstrijd over de vraag welke professional het casemanagement dementie dient te verzorgen. Dat vergt acties van alle betrokken partijen, op korte en lange termijn.

Op korte termijn ligt deze vraag nu prangend voor bij de zorgverzekeraars die hun inkoopbeleid voor 2018 moeten bepalen, het liefst in gezamenlijkheid als het gaat om casemanagement en ketenprestatie dementie. Aan hen de vraag hoe zij tegen de uitdijende variatie aan werkmodellen aankijken en welke mogelijkheden zien om met elkaar tot enige mate van afstemming en standaardisatie te komen in het inkoopbeleid 2018. We moeten toch zien te voorkomen dat casemanagement dementie verwordt tot postcodezorg?! In kader van het actieplan casemanagement wordt dit thema nog vervolgd met een binnenkort o te leveren notitie over generalistisch en/of specialistisch casemanagement en een net gestart traject met V&VN en Zorginstituut om de taakhoud en benodigde competenties voor casemanagement dementie te verhelderen en daarmee ook het V&VN Expertisegebied casemanagers dementie uit 2012 te actualiseren.

Alles op rij zettend, ontstaat de volgende lijst voor inkoop van individueel casemanagement dementie:

- als één ongedeelde traject over het hele ziektebeloop vanaf de diagnostische start in de pluis/niet-pluis; fase tot en met warme overdracht bij opname en/of nazorg bij overlijden;
- door één persoon van HBO-plusniveau, met een aanvullende opleiding casemanagement dementie, en methodisch werkend conform de Zorgstandaard Dementie;
- verbonden aan een multidisciplinair team met o.a. periodieke casuïstiek bespreking;
- onafhankelijk gepositioneerd ten opzichte van alle zorgaanbieders;
- ingebed in regionaal samenwerkingsverband over domeinen van WMO, ZVW en WLZ heen;
- met een passend (VP/AIV-)tarief met vergoeding voor directe én indirecte tijd;
- met nader overeen te komen normen voor uren per cliënt en caseload per professional;
- met verplichte cliënt- en uitkomsten-registratie die bovendien landelijk wordt aangeleverd.

De ketenprestatie voor regionale samenwerking in de dementiezorg zou een meerjarige invulling moeten krijgen door de gezamenlijke zorgverzekeraars, met per dementienetwerk de volgende ingrediënten:

- duidelijke en tussen zorgverzekeraars uniforme resultaatafspraken op hoofdlijnen, zowel over de regionale prioriteiten in het samenwerkingsverband als over de taken en rol van de ketenregisseur;
- (ver)bindende samenwerkingsafspraken tussen het sociale en het zorgdomein, o.b.v. van gezamenlijke insteek van gemeenten én zorgverzekeraars over de grenzen van WMO, ZVW en WLZ heen;
- (keten)registratie over aanmelding, wachttijd, gebruik en uitkomsten van casemanagement dementie;
- Meerjarig programma met concrete jaarplannen voor de inhoudelijke doorontwikkeling en verbeteracties in de regionale dementiezorg;
- Eenduidige, heldere en steeds actuele informatieverstrekking aan mensen met dementie, hun mantelzorgers en verwijzers zoals huisartsen en ziekenhuizen;
- Gezamenlijke en eenduidige bijscholing en kwaliteitsbevordering van casemanagement professionals;
- Geborgde (materiele en financiële) bijdragen van de samenwerkingspartners in het dementienetwerk.

De inkoop door verzekeraars kan een belangrijke sturende kracht zijn, die regionale ambities prikkelt en samenwerking ook praktisch mogelijk maakt. Inzet en taken van de ketenregisseur zijn belangrijk voor functies die van de keten gevraagd worden. Bovendien zitten (overhead)kosten van het dementienetwerk niet in integraal tarief voor individueel casemanagement. Een kostendekkend (VP/AIV-tarief) in combinatie met een verplichtende samenwerkingsafpraak in het contract van de zorgaanbieders zal volgens de ketenregisseurs zeker kunnen bijdragen aan meer gezamenlijke bekostiging van meetbare netwerkinspanningen voor o.a. gestandaardiseerde registratie van cliënten, gebruik, aanmeld- en wachtlijsten en uitkomsten van casemanagement dementie. Meerjarige afspraken met resultaatafspraken op hoofdlijnen en een totaalbudget voor het dementienetwerk geeft meer rust en ruimte aan zorgaanbieders om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren waarvan het casemanagement en ketenzorg geborgd onderdeel vormt. Een dergelijke infrastructurele versterking van de nulde en eerste lijn zal het gebruik van de tweede lijn vertragen en de intramurale kosten beperken; die business case is al vaker onderbouwd en recentelijk ook wetenschappelijk aangetoond in de COMPAS-studie. De tijd is rijp om daarin doelgericht en effectief samen te werken als zorgverzekeraars, dementienetwerken en zorgaanbieders, met het gemeenschappelijk doel het toenemend aantal mensen met dementie optimale en continue zorg thuis te bieden met professioneel en renderend casemanagement.