

ACHTERGROND

Casemanagement dementie is in de war geraakt

Robbert Huijsman

Sinds casemanagement dementie onderdeel is van de Zorgverzekeringswet (2015) is er discussie over de inhoud, functie, organisatie en financiering van casemanagement. Medio 2016 is het 'Actieplan casemanagement dementie' van start gegaan om meer inzicht, eenduidigheid en rust te krijgen. Wat levert dat op?

Op 3 juli 2017 stuurde de Landelijke adviesgroep eerste-lijnsgeneeskunde ouderen een brandbrief naar de Tweede Kamer met een krachtig pleidooi voor casemanagers dementie.¹ In de brief stond een herkenbare praktijkcasus: 'De man leed al jaren aan dementie. Aanvankelijk verliep alles stabiel. Maar de zorgbehoefte nam steeds meer toe. Zijn vrouw kreeg ook verschijnselen van dementie. Het echtpaar woonde nog zelfstandig in een serviceflat met thuiszorg. Er volgde een onrustige periode binnen het hele systeem; het echtpaar, de thuiszorg en de kinderen. Regelmatig werd een appel op de huisarts en de huisartsenpost gedaan. Als huisarts ben ik het directe aanspreekpunt en de regisseur van de zorg. Ik lag er wakker van. Wat was ik opgelucht toen de geroutinereerde casemanager dementie die al bekend was met het echtpaar al het regelwerk en het contact met kinderen en thuiszorg van mij overnam. Deze casemanager heeft ervoor gezorgd dat er een plek kwam in een instelling waar het echtpaar de juiste zorg kon krijgen. Afgestemd op de wens van de kinderen.'²

CASEMANAGEMENT VOLGENS ZORGSTANDAARD 'DEMENTIE'

De afgelopen 15 jaar zijn dementienetwerken opgebouwd, met gespecialiseerde casemanagers dementie om de mens met dementie en diens mantelzorger thuis goed te begeleiden. De zorgstandaard 'Dementie' uit 2013 definieert casemanagement als 'het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen

met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van "niet plus" of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.'²

De casemanager dementie wordt ook wel dementieconsulent of zorg- of trajectbegeleider genoemd. Voor deze functie zijn de volgende zaken van belang: begeleiding van een patiënt gedurende het hele ziektebeloop, continuïteit in persoon, hbo-niveau (bij voorkeur verpleegkundige) met additionele opleiding casemanagement dementie, en verbonden zijn aan multidisciplinaire teams. Dit alles steunt op internationaal wetenschappelijk bewijs over gespecialiseerd casemanagement in hechte dementienetwerken die het totale zorgaanbod bundelen. De COMPAS-studie heeft de kosteneffectiviteit van deze vorm van casemanagement in Nederland aangetoond: hogere kwaliteit van leven en tevredenheid bij cliënt én mantelzorger, uitstel van verpleeghuisopname, minder crisesopnames en lagere zorgkosten.³ Hoewel het bewijs er dus is, wordt dat niet alom nagevolgd en worden casemanagers dementie daardoor vaak onvoldoende ingezet en op verschillende manieren.

NIEUW ONDERSCHIED: GENERALISTISCH VERSUS SPECIALISTISCH

Tot 2015 kende de AWBZ eenduidige financiering voor regionale dementienetwerken en casemanagement. Na de opheffing van deze wet ging het casemanagement dementie naar de Zorgverzekeringswet, als onderdeel van de nieuwe aanspraak Verpleging en Verzorging.⁴ Daardoor zijn de regionale samenwerking en de financiering daarvan onder grote druk gekomen, en daarmee ook de gezamenlijke registratie en kwaliteitsbewaking van casemanagement.

Bovendien ontstond onderscheid tussen generalistisch en specialistisch casemanagement dementie met als vraag: is het een aparte functie (casemanager) of een rol van verschillende professionals (casemanagement)? Zorgverzekeraar CZ maakte dat expliciet voor zijn inkoopbeleid voor wijkverpleging: 'In het eerste stadium dat de verzekerde of zijn mantelzorger een (zorg)vraag heeft, wordt de zorg veelal uitgevoerd door een generalist zoals een WMO-consulent, POH, ouderenconsulent of wijkverpleegkundige. Indien de zorgvraag en de zorgorganisatie complexer worden [...] kan de zorg voor de verzekerde opgeschaald worden naar een specialist zoals de casemanager.'⁵

Al snel volgden andere zorgverzekeraars, hoewel de door hen onderschreven zorgstandaard 'Dementie' geen

Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

Prof.dr. R. Huijsman, bijzonder hoogleraar management en organisatie ouderenzorg en projectleider 'Actieplan casemanagement dementie' (tevens: programmaleider

'Dementiezorg voor elkaar', Vilans, Utrecht)

(huijsman@bmg.eur.nl).

TABEL Varianten van casemanagement dementie en gebruik hiervan in 59 dementienetwerken in 2017¹⁰

| hoofdmodel | subvariant, naar type professional | gebruik in dementienetwerken; % |
|--|---|---------------------------------|
| 'all the way': één vast persoon gedurende hele ziektebeloop | - gespecialiseerde casemanagers vanuit één organisatie | 31 |
| | - gespecialiseerde casemanagers vanuit zorgaanbieders | 80 |
| | - wijkverpleegkundigen met specialisatie dementie | 31 |
| | - wijkverpleegkundigen zonder specialisatie dementie | 41 |
| | - WMO-consulent of ouderenadviseur | 10 |
| 'stapelmodel': generalist plus casemanager als het complex wordt | - wijkverpleegkundigen plus casemanager, allebei cliëntcontact | 56 |
| | - wijkverpleegkundige direct cliëntcontact, casemanager als coach | 25 |
| | - POH plus casemanager, allebei cliëntcontact | 29 |
| | - WMO-ouderenadviseur plus casemanager, allebei cliëntcontact | 12 |
| 'overdrachtmodel': van generalist naar casemanager als het complex wordt | - wijkverpleegkundige draagt over aan casemanager | 63 |
| | - POH draagt over aan casemanager | 49 |
| | - WMO-ouderenadviseur draagt over aan casemanager | 24 |
| 'triagemodel': begin bij grootste expertise | - casemanager doet intake en zorgplan, daarna andere professional | 37 |
| | - idem, uitgebreid met en deels betaald vanuit WMO | 10 |

WMO = Wet Maatschappelijke Ondersteuning; POH = praktijkondersteuner huisartsenzorg.

onderscheid maakt tussen generalistisch en specialistisch casemanagement. De toenemende variatie in vorm en kwaliteit werkt echter verwarring in de hand: de cliënt ziet door de bomen het bos niet meer, de huisarts weet niet naar wie hij moet verwijzen en de zorgverzekeraar weet niet meer wat hij inkoop.

Eind 2016 liet de 'Dementiemonitor mantelzorg' zien dat steeds meer mantelzorgers zich zwaar belast of overbelast voelen, er vaak alleen voor staan en casemanagement dementie het belangrijkste vinden om de zorg thuis langer vol te houden.⁶ Daarna ontstond grote onrust in het land, die ook de Tweede Kamer bereikte en haar tot moties bracht voor behoud van casemanagement dementie.

In juli 2016 ging daarom het nationaal 'Actieplan casemanagement dementie' van start.⁷ Dit omvat diverse acties: inventarisatie van casemanagementmodellen, inzicht in het gebruik van casemanagement en de omvang van wachtlijsten daarvoor, terugdringing van wachtlijsten, actualisatie van het functieprofiel 'Expertisegebied casemanager dementie' van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN),⁸ en verbetering van de inkoop door zorgverzekeraars.⁹ Ik noem hier enkele resultaten uit het Actieplan.

ENIGE CIJFERS

Nederland telt nu nog 64 dementienetwerken (85 in 2015). Via de ketenregisseurs is eind 2016 gevraagd naar hun gegevens, omdat er geen registratie over casemanagement bestaat. Uit de respons van 56 netwerken blijkt

dat circa 42.500 cliënten casemanagement ontvingen, gemiddeld 760 per dementienetwerk (spreiding: 100-3300). Eind 2016 stonden er ruim 1300 personen (3,2%) op de wachtlijst. De ene helft van de dementienetwerken had geen wachtlijst, terwijl de andere helft gemiddeld ruim 40 wachtenden (spreiding: 5-142) telde, waarvan 6 regio's met > 100 wachtenden. Na voorzichtige extrapolatie maken in heel Nederland naar schatting circa 77.000 mensen gebruik van casemanagement. De nationale wachtlijst komt dan uit op circa 1630 personen. Per dementienetwerk werken gemiddeld 13,1 fte casemanagers (spreiding: 3,6-49), met gemiddeld 62 cliënten per fte (spreiding: 50-80); de norm is 50-55 cliënten per fte.² De gemiddelde tijdsinzet is 25-30 uur direct contact per cliënt per jaar, naast bijbehorende indirecte taken zoals zorgcoördinatie en multidisciplinair overleg. Nota bene: deze gegevens zijn schattingen en kunnen niet 'hard' gemaakt worden vanwege gebrekkige registraties, definitieverschillen over 'wachten' en wisselende invulling van 'casemanagement'.

VARIANTEN IN CASEMANAGEMENT IN BEELD GEBRACHT

Om de ontstane variatie van casemanagement in beeld te krijgen is begin 2017 een nieuw onderzoek gehouden onder de ketenregisseurs.¹⁰ Vanuit het principe 'continuïteit in persoon' zijn 4 hoofdmodellen te onderscheiden in generalistisch of specialistisch casemanagement of een combinatie hiervan (tabel). Daarbinnen zijn in totaal 14 subvarianten, al naar gelang het type professional dat



de generalistische rol vervult en de samenwerking tussen generalist en casemanager. Deze varianten bestaan naast elkaar, niet alleen nationaal, maar ook regionaal binnen één dementienetwerk. Per netwerk zijn er gemiddeld 5 varianten (spreiding: 3-13), wat onoverzichtelijk en onbestuurbaar is.

Het eerste hoofdmodel gaat uit van één vast persoon gedurende het ziektebeloop ('all the way') (zie de tabel). Na een generalistische start leiden toenemende ziektelast en zorgcomplexiteit vaak tot inzet van een gespecialiseerde casemanager. Dat kan via een van twee hoofdmodellen: de casemanager komt erbij ('stapelmodel') of de casemanager vervangt de generalist ('overdrachtmodel'). Voor patiënten met gevorderde dementie is het zien van wisselende of meerdere gezichten echter extra verwarrend.

Als laatste is er het 'triagemodel', waarbij de casemanager als expert wordt ingezet in de vroege fase van dementie ('pluis/niet pluis'), om de cliëntsituatie goed te analyseren, de cliënt te begeleiden tijdens de diagnosefase en de zorg en ondersteuning goed te regelen via een integraal zorgbehandelplan. Daarna vindt eventueel overdracht naar een generalist plaats.

De eerste 3 varianten voldoen aan de zorgstandaard 'Dementie'; vooral thuiszorgorganisatie Buurtzorg hanteert de vierde variant.

INKOOP DOOR ZORGVERZEKERAARS

Begin 2017 zijn de ketenregisseurs ook ondervraagd over hun ervaringen met de inkoop door zorgverzekeraars (respons: 92%).¹¹ Twee derde was ontevreden of zeer ontevreden over het procesverloop, voor zowel het individuele casemanagement als de regionale infrastructuur ('ketenprestatie dementie'). Vergelijken met 2016 vond 44% van de ketenregisseurs dat het inkoopproces in 2017 minder goed was verlopen en 5% was van mening dat dit beter was gegaan. Vooral de duidelijkheid vanuit de zorgverzekeraar, het tijdpad, het tarief, de ruimte voor onderhandeling en maatwerk waren verslechterd.

Zorgverzekeraars Nederland heeft daarom begin mei 2017 een plan gelanceerd om het inkoopproces van casemanagement en de ketenprestatie dementie te verbeteren. Allereerst wordt weer geïnvesteerd in de regionale dementienetwerken door één preferente zorgverzekeraar (de andere volgen), op basis van nog op te stellen meerjarenplannen met bindende en verbindende samenwerkingsafspraken tussen het sociale domein en zorgdomein en de uitkomstfinanciering. Ten tweede wordt het aantal varianten in casemanagement dementie ingeperkt, met een eenduidige registratie vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en meer transparante en eenduidige inkoop door verzekeraars. Dit alles gaat lopen vanaf 1 januari 2018.

CASEMANAGEMENT KOMT WEER OP DE RIT

Na alle onrust wil de Tweede Kamer dat het casemanagement weer goed op de rit komt, zo bleek tijdens een algemeen overleg over wijkverpleging op 5 juli 2017.¹² Iedereen die dat wil moet casemanagement kunnen krijgen, aldus staatssecretaris Van Rijn. Kamerbreed leeft de wens casemanagement dementie voortaan als specialistische vorm van wijkverpleging expliciet te contracteren, conform de zorgstandaard 'Dementie', en met adequate tarieven.¹³ Zo kan casemanagement zichtbaar en beschikbaar blijven voor alle mensen met dementie en hun mantelzorgers.

De zorgverzekeraars krijgen een transparantieplicht: hoeveel mensen met dementie worden bereikt, wat is er ingekocht en is casemanagement dementie ook daadwerkelijk aangeboden? De wachtlijsten worden aangepakt, mede op basis van een beperkte registratie bij zorgaanbieders en een NZa-monitor van het inkoopproces door zorgverzekeraars. Alzheimer Nederland en de NZa beginnen een meldpunt voor mensen met dementie en hun mantelzorgers zonder toegang tot casemanagement.

In september 2017 komt de V&VN met een herzien beroepsprofiel voor casemanagement en begint ook de actualisatie van de zorgstandaard 'Dementie', in afstemming met de vierde herziening van de NHG-standaard 'Dementie'.

De dementienetwerken moeten weer goed gaan functioneren als regionale infrastructuur, onder leiding van ketenregisseurs die een gedragen meerjarenplan realiseren. De zorgverzekeraars hebben zich bereid verklaard zo'n ketenaanpak te helpen bekostigen. Dat alles stimuleert betere, samenhangende en persoonsgerichte dementiezorg voor de individuele patiënt, gecoördineerd door de casemanagers. Daarin gaat het 4-jarige praktijkverbeterprogramma 'Dementiezorg voor elkaar' ondersteunen.¹⁴ En dat is hard nodig, want dementie wordt in Nederland de grootste zorgkostenpost en de belangrijkste doodsoorzaak.¹⁵

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:C3611

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/C3611**

LITERATUUR

- 1 Dringende oproep van LAEGO (Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde ouderen) aan Kamerleden over de noodzaak van de casemanager dementie. Laego Nieuwsbericht. 3 juli 2017.
- 2 Zorgstandaard Dementie. Utrecht: Vilans; 2013.
- 3 Van Hout HPJ, et al. Implementatie, effecten en kosten van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: beschrijving COMPAS studie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. 2014;45:105-16.
- 4 Beleidsregel Verpleging en verzorging. BR/REG-17113. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
- 5 Inkoopbeleid 2016 Wijkverpleging. Tilburg: CZ Groep; 2015.
- 6 Jansen D, Werkman W, Francke AL. Dementiemonitor Mantelzorg 2016. Utrecht: NIVEL; 2016.
- 7 Actieplan Casemanagement. Deltaplan Dementie. <https://deltaplاندementie.nl/nl/actieplan-casemanagement>, geraadpleegd op 22 augustus 2017.
- 8 Verkade PJ, et al. Expertisegebied casemanager dementie. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; 2012.
- 9 Van Rijn MJ. Kamerbrief over Voortgangsbrieff actieplan casemanagement dementie. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 3 april 2017.
- 10 Huijsman R. Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg. Duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties. iBMG onderzoeksrapport 2017.06. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2017.
- 11 Bijlage Resultaten enquête inkoop casemanagement dementie 2017 bij Kamerbrief over Monitor contractering wijkverpleging 2017. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 26 april 2017.
- 12 Kamerstuk Herziening Zorgstelsel. 2016/17, 29689-844. 's-Gravenhage: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2017.
- 13 Monitor wijkverpleging contracteerproces 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2016.
- 14 Dementiezorg voor elkaar. www.dementiezorgvoorelkaar.nl, geraadpleegd op 22 augustus 2017.
- 15 Trendscenari VTV-2018 identificeert maatschappelijke opgaven voor de toekomst. Bilthoven: RIVM; 2017.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

In verschillende regio's blijkt de toegang tot casemanagement bij dementie lang te zijn. De NZa wil samen met Alzheimer Nederland een beter beeld krijgen van de knelpunten. De NZa vraagt mensen die langer dan 6 weken moeten wachten om dat aan haar te melden. De NZa wil dan onder

meer weten over welke regio en zorgverzekeraar het gaat, zodat ze die kan aanspreken. Ook hulpverleners kunnen een melding maken. Melden kan via www.nza.nl/organisatie/Contact/Meldpunt.