BUREAU hhm
ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Website** www.hhm.nl
E-mail info@hhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Casemanagement dementie

Stand van zaken, knelpunten en oplossingen

Enschede, 6 juni 2016
ER/16/1203/evinkdem

drs. Evelien Rijken
dr. Patrick Jansen
drs. Ina Diermanse
drs. Sophie ten Hove

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1. Inleiding 5
1.1 Aanleiding 5
1.2 Onderzoeksvragen 5
1.3 Terminologie 5
1.4 Leeswijzer 6

2. Aanpak 7

3. Invulling casemanagement dementie in de praktijk 11
3.1 Beschikbaarheid casemanagement dementie 11
3.2 Opleiding en achtergrond uitvoerders casemanagement dementie 13
3.3 Kwaliteit casemanagement dementie 15
3.4 Waarborg kwantiteit én kwaliteit casemanagement dementie 17
3.5 Inkoop casemanagement dementie 18

4. Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen 21
4.1 Scholing, expertise en ervaring 23
4.2 Uitvoering casemanagement 24
4.3 Ketenregie 27
4.4 Zicht op capaciteit en populatie 28
4.5 Regie op budget 30
4.6 Schotten in de financiering 32

5. Conclusies 34
5.1 Uitvoering van casemanagement dementie 34
5.2 Knelpunten in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie 34
5.3 Oplossingen voor casemanagement dementie in de toekomst 35
5.4 Tot slot 37

Bijlage 1. Deelnemers en topiclijsten bijeenkomsten en interviews 38
Bijlage 2. Vragenlijst ketenregisseurs 41
Bijlage 3. Vragenlijst aanbieders 48

Samenvatting

Er zijn signalen dat casemanagement dementie niet overal in Nederland even goed geregeld en/of beschikbaar is. Dit heeft geleid tot een onderzoek waar de volgende onderzoeksvragen centraal staan:

1. Op welke manier wordt op dit moment invulling gegeven aan casemanagement dementie?
    a. Is casemanagement dementie beschikbaar voor hen die het nodig hebben?
    b. Welke opleiding en achtergrond hebben casemanagers dementie?
    c. Leveren casemanagers dementie de kwaliteit die verwacht mag worden?
    d. Hoe kunnen organisaties de kwantiteit én kwaliteit van het casemanagement dementie waarborgen?
    e. Hoe wordt casemanagement dementie momenteel ingekocht?
2. Welke knelpunten zijn er in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie?
3. Hoe kan VWS samen met de betrokken veldpartijen tot gedragen oplossingen komen voor deze knelpunten?

In antwoord op de eerst onderzoeksvraag blijkt uit antwoorden op digitale vragenlijsten, verspreid onder ketenregisseurs en zorgaanbieders, dat:

- Casemanagement dementie niet overal beschikbaar is voor hen die het nodig hebben.
- Het grootste deel van de ketens professionals met een eigenstandige functie casemanagement dementie heeft. Het aantal wijkverpleegkundigen dat de functie casemanagement uitvoert is gestegen ten opzichte van 2015.
- De kwaliteit van het casemanagement door zowel aanbieders als ketenregisseurs divers wordt ervaren. De ketenregisseurs schatten het behalen van de doelen van casemanagement (zoals genoemd in de zorgstandaard) positiever in dan de aanbieders.
- Zowel aanbieders als ketenregisseurs scholing en samenwerking de belangrijkste maatregelen vinden om de *kwaliteit* van het casemanagement te waarborgen. Voor het waarborgen van de *kwantitei*t zijn maatregelen rondom formatie en gesprekken met financiers over de invulling van het casemanagement en de hoogte van het beschikbare budget de belangrijkste maatregelen.
- Casemanagement vooral uit de aanspraak wijkverpleging wordt gefinancierd. Zowel aanbieders als ketenregisseurs hebben beperkt zicht op welk deel van het budget wijkverpleging voor casemanagement dementie beschikbaar is. De meeste zorgverzekeraars en/of de aanbieders hebben geen budget voor casemanagement dementie geoormerkt.

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag benoemen ketenregisseurs, professionals die de functie casemanagement uitvoeren, zorgverzekeraars en andere stakeholders zes knelpunten in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie:

1. Er is geen overeenstemming over de benodigde scholing, expertise en ervaring die nodig is bij professionals met de functie casemanagement;
2. Er is geen overeenstemming over welke professional in welke fase van de ziekte uit welke financieringsbron ingezet moet worden in de functie casemanagement dementie.

3. Er is geen overeenstemming over de mate van benodigde ketenregie en de aangewezen financieringsbron voor ketenactiviteiten.
4. De gegevens over de benodigde inzet versus de beschikbaarheid van casemanagement dementie zijn niet aanwezig of weinig betrouwbaar.
5. Er is onvoldoende regie op de besteding van het budget wijkverpleging ten behoeve van casemanagement dementie.
6. Er zijn schotten aanwezig tussen de financieringsbronnen voor dementiezorg vanuit de Wmo, Zvw en Wlz.

In antwoord op de derde onderzoeksvraag blijkt uit gesprekken met bovengenoemde partijen dat een veelvoud aan oplossingen mogelijk is, waarbij verschillende stakeholders aan zet zijn om actie te nemen. Daarom geven we drie scenario's voor het beleggen van verantwoordelijkheid en sturing in de gegeven oplossingen:

1. De regie en verantwoordelijkheid voor casemanagement dementie ligt bij aanbieders.
2. Financiers stellen kaders en geven sturing aan casemanagement dementie.
3. De overheid stelt kaders en geeft invulling aan casemanagement dementie.

Het belang van samenwerken op meerdere fronten staat bovenaan. Zonder samenwerking ontstaat geen duurzame oplossing om de zorg voor dementie beschikbaar en betaalbaar te houden voor ieder die dat nodig heeft. Dat vraagt zowel samenwerking tussen aanbieders onderling als tussen aanbieders en financiers. Hierin hebben in feite alle partijen een gedeelde verantwoordelijkheid. De oplossing kan dan ook liggen in het combineren van scenario's.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Er zijn signalen dat casemanagement dementie niet overal in Nederland even goed geregeld en/of beschikbaar is. Er bestaat een grote lokale variatie in de uitvoering. De dementieketens die in Nederland actief zijn, verschillen bijvoorbeeld in omvang, organisatie, betrokken stakeholders en taken van de casemanager. Dit is onder andere beschreven in het evaluatieonderzoek dat het ministerie van VWS in het voorjaar van 2015 heeft laten uitvoeren naar de inkoop, uitvoering en borging van ketenzorg en casemanagement bij dementie vanuit het perspectief van de ketenregisseur (Francke & Peeters. Ketenzorg en casemanagement bij dementie: ketenregisseurs over inkoop, uitvoering en borging in 2015. Nivel, 2015). Doordat de financiering van casemanagement sinds 1 januari 2015 onder de aanspraak wijkverpleging (Zvw) valt, zijn in de inkoop en uitvoering veranderingen opgetreden.

Na ruim een jaar financiering van casemanagement binnen de Zvw heeft het ministerie van VWS behoefte aan inzicht in de wijze waarop de verschillende ketens op dit moment invulling geven aan casemanagement dementie en hoe dit wordt ingekocht. Zowel vanuit het perspectief van de ketenregisseurs als het perspectief van de aanbieders. En specifiek: waar knelpunten bestaan, zodat de veldpartijen met die informatie gericht kunnen werken aan duurzame oplossingen.

1.2 Onderzoeksvragen

In deze rapportage beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Op welke manier wordt op dit moment invulling gegeven aan casemanagement dementie?
    a. Is casemanagement dementie beschikbaar voor hen die het nodig hebben?
    b. Welke opleiding en achtergrond hebben casemanagers dementie?
    c. Leveren casemanagers dementie de kwaliteit die verwacht mag worden?
    d. Hoe kunnen organisaties de kwantiteit én kwaliteit van het casemanagement dementie waarborgen?
    e. Hoe wordt casemanagement dementie momenteel ingekocht?

2. Welke knelpunten zijn er in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie?

3. Hoe kan VWS samen met de betrokken veldpartijen tot gedragen oplossingen komen voor deze knelpunten?

1.3 Terminologie

Begrippen als casemanager, casemanagement, wijkverpleegkundige (generalistisch/ specialistisch), specialist, generalist en regievoerder hebben niet voor iedereen dezelfde betekenis. Wij maken in dit rapport nadrukkelijk onderscheid tussen de begrippen ‘casemanager’ (professional) en ‘casemanagement’ (functie). Wij hanteren hierbij de volgende omschrijvingen:

- Casemanager dementie: de professional die de functie casemanagement (zoals omschreven in de zorgstandaard dementie) als eigenstandige functie uitvoert, dat wil zeggen: alléén casemanagement bij dementie. Deze professional is altijd HBO-opgeleid en kan verschillende achtergronden hebben.
- Casemanagement: de functie (zoals omschreven in de zorgstandaard), die uitgevoerd kan worden door verschillende type professionals.
- Wijkverpleegkundige: de professional die een wijkverpleegkundige opleiding (niveau 5) heeft en wijkverpleegkundige taken uitvoert. Dit omvat het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale (de Bont, van Haren, et. al. Expertisegebied wijkverpleegkundige. V&VN, 2012). Mogelijk behoort het vervullen van de functie casemanagement dementie tot deze taken, maar dit is niet de enige taak.
- Generalistisch wijkverpleegkundige: de professional die generieke wijkverpleegkundige taken uitvoert en geen aanvullende specialisatie voor geriatrie en/of dementie heeft.
- Specialistisch wijkverpleegkundige: de professional met het aandachtsgebied geriatrie die wijkverpleegkundige taken uitvoert en een aanvullende opleiding gericht op geriatrie en/of dementie heeft.
- Generalist: de rol als professional met een brede blik, zonder specialisatie op dementie.
- Specialist: de rol als professional met het specifieke aandachtsgebied dementie.
- Regievoerder: de rol als professional die alle zorg en hulp rondom een cliëntsysteem coördineert.

In voorliggende rapportage gebruiken we de begrippen regio en keten als volgt:

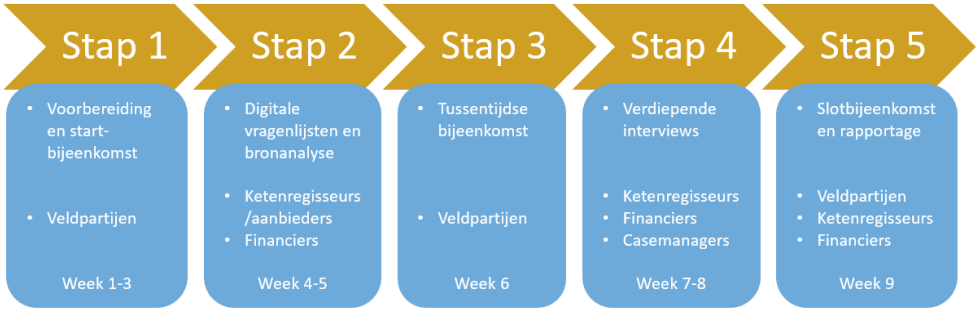
- Onder een regio verstaan we het gebied waarin het op basis van een geografische indeling logisch is dat partijen met elkaar samenwerken.
- Onder een keten verstaan we een formeel samenwerkingsverband op het thema dementie in een bepaalde regio.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de aanpak van dit onderzoek: de wijze waarop we informatie hebben verzameld bij ketenregisseurs, zorgaanbieders en stakeholders. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de wijze waarop momenteel invulling wordt gegeven aan casemanagement dementie. Het betreft de uitvoering (kwaliteit en kwantiteit) en inkoop. Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan de knelpunten en mogelijke oplossingen. Tot slot formuleren we in hoofdstuk 5 enkele conclusies waarbij we ook ingaan op de regie en verantwoordelijkheid van de diverse stakeholders.

2. Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de vijf stappen van onze aanpak. Figuur 1 geeft aan welke activiteiten we wanneer hebben verricht en welke personen en partijen daarbij betrokken waren. De figuur maakt duidelijk dat we binnen een beperkte doorlooptijd bij diverse betrokken partijen veel informatie hebben verzameld.



Figuur 1. Stappenplan onderzoeksactiviteiten

Stap 1: voorbereiding en startbijeenkomst

In stap 1 hebben we ons inhoudelijk voorbereid op de verschillende onderdelen, te weten de digitale vragenlijst, bijeenkomsten en interviews. Op 13 april 2016 vond de startbijeenkomst met de relevante veldpartijen plaats. Een lijst van aanwezigen is te vinden in bijlage 1.

In de startbijeenkomst hebben we:

- de veldpartijen geïnformeerd over het onderzoek;
- commitment gekregen van de veldpartijen voor de onderzoeksopzet;
- van de veldpartijen input gekregen voor de vragenlijsten;
- een eerste indruk gekregen van de knelpunten die de veldpartijen signaleren.

Stap 2: bronanalyse en dataverzameling via vragenlijsten

In stap 2 hebben we gegevens verzameld om de eerste onderzoeksvraag (en deels onderzoeksvraag 2) te beantwoorden:

1. Op welke manier wordt op dit moment invulling gegeven aan casemanagement dementie?
2. Welke knelpunten zijn er in de uitvoering van casemanagement dementie?

Hierbij hebben we zowel gebruik gemaakt van bestaande gegevens (bronanalyse) als van digitale vragenlijsten.

Bronanalyse

In de bronanalyse hebben we, in overleg met de opdrachtgever, de volgende documenten bestudeerd:

- Zorgstandaard Dementie,
- De inkoopvoorwaarden wijkverpleging uit 2016 en 2017 van de negen concerns[1],
- Expertisegebied casemanager dementie (Verkade, Kuipers, et. al. Expertise-gebied casemanager. V&VN, 2012),

[1] Verzekeringsconcerns inclusief marktaandeel: Achmea (31,2%), VGZ (24,7%), CZ (20,5%), Menzis (12,6%), DSZ Zorgverzekeraar (3,1%), ONVZ (2,7%), Zorg en Zekerheid (2,5%), ASR Nederland (1,8%), ENO (0,9%).

- Diverse eerdere onderzoeken naar uitvoering en inkoop van casemanagement bij dementie.

Opstellen digitale vragenlijst
De scope van dit onderzoek vraagt, naast bronanalyse, om aanvullende data-verzameling. We hebben gekozen voor digitale vragenlijsten, die snel (binnen één week) en eenvoudig in te vullen zijn. Voor de opzet van de vragenlijst hebben we gebruikgemaakt van bestaande vragenlijsten en indicatoren: de indicatoren uit de zorgstandaard dementie (Alzheimer Nederland & Vilans. Zorgstandaard Dementie. Alzheimer Nederland, 2013), de netwerkindicatoren (Vilans. Ketens dementie goed op koers, met de Zorgstandaard Dementie als kompas. Vilans, 2014) en de Nivel-enquête (Francke & Peeters. Ketenzorg en casemanagement bij dementie: ketenregisseurs over inkoop, uitvoering en borging in 2015. Nivel, 2015). Deze zijn herkenbaar voor respondenten en daarom makkelijk in te vullen. Bij het opstellen van de vragenlijst hebben we specifiek aandacht besteed aan het operationaliseren van de kwaliteit van het casemanagement aan de hand van de Zorgstandaard Dementie.

De vragenlijst hebben we in concept voorgelegd aan de veldpartijen en de opdrachtgever alvorens deze is uitgezet bij de casemanagers en zorgaanbieders. De vragenlijst voor de zorgaanbieders komt overeen met de vragenlijst voor de casemanagers, maar is korter. Keten-overstijgende vragen, zoals de cijfermatige vragen over het aantal mensen met dementie en de partijen die vertegenwoordigd zijn in de keten, zijn niet opgenomen in de vragenlijst voor de aanbieders (veel aanbieders beschikken niet over een overkoepelend beeld over de keten).

Digitale vragenlijsten
De digitale vragenlijsten zijn uitgezet bij:
- De ketenregisseurs van alle 84 ketens (zie bijlage 2 voor de vragenlijst) via overzichten met contactgegevens van Alzheimer Nederland en het Landelijk Netwerk Dementie;
- Alle thuiszorgaanbieders (zie bijlage 3 voor de vragenlijst) via een ledenbericht aan alle leden met extramurale productie van ActiZ en BTN.

Respons
De vragenlijst voor ketenregisseurs is verstuurd aan 84 ketens. Om voldoende respons te realiseren hebben we de ketenregisseurs gebeld die na één week de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Van 10 ketens kregen we bericht dat de keten niet meer bestaat of niet meer centraal gecoördineerd wordt. De overgebleven 74 ketens worden aangestuurd door 54 verschillende ketenregisseurs. Sommige ketens worden namelijk door dezelfde regisseur aangestuurd, of zijn samengevoegd. Van deze 54 ketenregisseurs hebben we van 36 ketens een ingevulde vragenlijst ontvangen, waarvan drie onvolledig; drie ketenregisseurs hebben de vragenlijst na de sluitingsdatum aangeleverd. De respons onder ketenregisseurs is daarmee 72%. Van de overige 15 regisseurs kregen we van zes regisseurs een afwezigheidsbericht en met negen kregen we geen contact.

De vragenlijst voor de zorgaanbieders is door ActiZ en BTN verstuurd naar al hun leden (118 leden van BTN en 354 leden van ActiZ met extramurale productie, totaal 472 aanbieders). In de instructie is nadrukkelijk aangegeven dat de vragenlijst alleen

bedoeld is voor aanbieders die casemanagement dementie leveren. Het is bij ons onbekend hoeveel aanbieders dit betreft. Deze vragenlijst is 105 keer ingevuld. 91 aanbieders hebben ingevuld bij welke dementieketen ze betrokken zijn. Van hen horen er 33 bij een keten waarvan de ketenregisseur geen vragenlijst heeft ingevuld. Het gaat in totaal om 17 verschillende ketens waarvan we via de aanbieders alsnog informatie hebben ontvangen (vijf ketens waar geen ketenregisseur meer aanwezig is, 12 waarvan de ketenregisseur de vragenlijst niet heeft ingevuld). Hiermee hebben we van 71 van de 84 ketens gegevens gekregen via de ketenregisseur of via één of meerdere zorgaanbieders. De respons onder de ketens is daarmee 85%. De respons onder aanbieders is 22%. Dit is een onderschatting, omdat niet alle geadresseerden tot de doelgroep behoren (het is niet bekend hoeveel aanbieders wel case-management dementie leveren en hoeveel niet).

Bevragen van cliënten/naasten en financiers
In het aanvankelijke plan van aanpak was opgenomen dat we onder de financiers ook een vragenlijst zouden uitzetten in stap 2. In overleg met de opdrachtgever en ZN zijn we tot de conclusie gekomen dat we in een bijeenkomst met de zorgverzekeraars op concernniveau meer gerichte en verdiepende informatie op konden halen. Voordeel van deze aanpak was dat verzekeraars konden aangeven op welke wijze er overeenkomsten en verschillen bestaan in de contractering betreffende het onderwerp casemanagement. Tevens hadden we tijdens deze bijeenkomst de mogelijkheid om verzekeraars op elkaar te laten reageren en verdiepende vragen te stellen.

In het aanvankelijke plan van aanpak was opgenomen dat een cliëntpanel georganiseerd zou worden met cliënten/naasten. In overleg met Alzheimer Nederland en de opdrachtgever is gekozen hiervan af te zien. Om voldoende diverse informatie op te halen zouden meerdere panels georganiseerd moeten worden met voldoende geografische spreiding. Dit vraagt een zorgvuldige voorbereiding en ruime doorlooptijd om de doelgroep te benaderen op een manier die niet belastend is. Binnen de beperkt beschikbare doorlooptijd van voorliggend onderzoek was dit niet mogelijk. Bovendien is bekend uit eerdere enquêtes onder cliënten/naasten dat de tevredenheid over case-management over het algemeen erg hoog is met weinig variatie in de antwoorden.

Stap 3: tussentijdse bijeenkomst

Met de veldpartijen/stakeholders (zie bijlage 1) vond op 11 mei 2016 een tussentijdse bijeenkomst plaats. In deze bijeenkomst hebben we:

- de veldpartijen geïnformeerd over de resultaten van stap 2;
- van de aanwezigen aanvullingen gekregen op de topiclijsten voor vervolg-interviews in stap 4;
- de knelpunten die uit de antwoorden op de vragenlijsten naar voren kwamen getoetst op herkenbaarheid en volledigheid.

Stap 4: verdiepende interviews

In deze stap hebben we de cijfers en kwalitatieve gegevens over de huidige invulling (onderzoeksvraag 1) 'gekleurd': doorgevraagd op de benoemde knelpunten (onderzoeksvraag 2) en een eerste inzicht gekregen in mogelijke oplossingsrichtingen (onderzoeksvraag 3).

Verdiepende interviews met ketenregisseurs

In totaal hebben we elf ketenregisseurs gesproken (zie bijlage 1). De ketenregisseurs hebben we geselecteerd op basis van geografische spreiding en de situatie van de keten zoals die in de antwoorden op de vragenlijst is benoemd. We hebben drie groepen onderscheiden:

- Ketens die niet meer functioneren als keten en waarbij geen ketenregisseur meer betrokken is of waar de ketenregisseur dreigt te verdwijnen;
- Ketens met eigenstandige casemanagers (als functie), eventueel ondersteund door wijkverpleegkundigen die ook casemanagement uitvoeren (als rol);
- Ketens zonder eigenstandige casemanagers (als functie), waar het casemanagement door verschillende functies wordt uitgevoerd (als rol).

Twee ketenregisseurs konden informatie geven over meerdere (typen) ketens waarbij ze betrokken zijn (geweest). De topiclijst is opgenomen in bijlage 1.

Groepsinterview met zorgverzekeraars

Met de zorgverzekeraars is een groepsinterview gehouden, georganiseerd door ZN, op 12 mei 2016. Bij het interview waren vijf zorgverzekeraars (voornamelijk inkopers wijkverpleging) en ZN vertegenwoordigd (zie bijlage 1 voor de deelnemerslijst). De topiclijst is voorafgaand aan de bijeenkomst verstuurd naar de deelnemers (zie bijlage 1). De hoofdonderwerpen waren inkoop, kwantiteit en kwaliteit van casemanagement.

Groepsinterview met casemanagers

Met de casemanagers hebben we een groepsinterview gehouden, georganiseerd door de werkgroep casemanagement dementie (V&VN) op 19 mei 2016. De werkgroep heeft in haar nieuwsbrief een uitnodiging voor de bijeenkomst verstuurd. Bij het interview waren zowel leden van de werkgroep als overige casemanagers aanwezig (bijlage 1). Ook was een inkoper wijkverpleging aanwezig om eventuele vragen van casemanagers te beantwoorden. De topiclijst is voorafgaand aan de bijeenkomst verstuurd aan de deelnemers (bijlage 1). De hoofdonderwerpen waren de invulling van de functie casemanagement en consequenties van huidige financieringsvormen.

Stap 5: slotbijeenkomst & rapportage

In deze stap hebben we meer inzicht gekregen in mogelijke oplossingsrichtingen (onderzoeksvraag 3), door met de veldpartijen in gesprek te gaan. Op 24 mei 2016 vond de slotbijeenkomst plaats met de betrokken veldpartijen en een afvaardiging van de geïnterviewde ketenregisseurs en zorgverzekeraars (bijlage 1). In de bijeenkomst hebben we de resultaten van de voorgaande stappen gepresenteerd. Vervolgens zijn de aanwezigen in drie groepen met elkaar in gesprek gegaan om oplossingsrichtingen te formuleren voor zes gesignaleerde knelpunten. Na de slotbijeenkomst hebben we de eindrapportage aangeboden aan het ministerie van VWS, een reactie ontvangen en (delen van) de reactie gebruikt om de definitieve versie vast te stellen.

3. Invulling casemanagement dementie in de praktijk

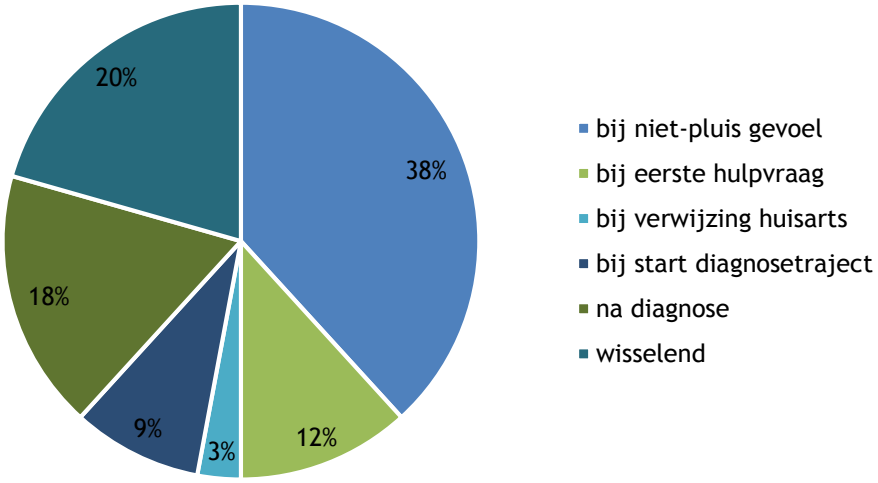
In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de online vragenlijsten onder ketenregisseurs en aanbieders. Hiermee geven we antwoord op de eerste onderzoeksvraag: *Op welke manier wordt op dit moment invulling gegeven aan casemanagement dementie?* Aangezien niet alle respondenten alle vragen hebben ingevuld, staat bij de resultaten steeds het aantal respondenten vermeld. Daarnaast bevatte de vragenlijst voor de ketenregisseurs meer vragen dan die voor de aanbieders. Als gevolg hiervan staat bij sommige onderwerpen alleen het resultaat van de ketenregisseurs vermeld.

3.1 Beschikbaarheid casemanagement dementie

Om een beeld te geven van de mate waarin casemanagement dementie beschikbaar besteden we aandacht aan het moment waarop het casemanagementtraject start, de cliënten die casemanagement ontvangen, de mate waarin sprake is van wachtlijsten en de capaciteit van het casemanagement.

Start van het casemanagementtraject

Tussen de verschillende ketens is sprake van diversiteit in het moment waarop het casemanagementtraject start. Figuur 2 geeft de antwoorden weer van 33 keten-regisseurs op de vraag “Wanneer start het casemanagement?”



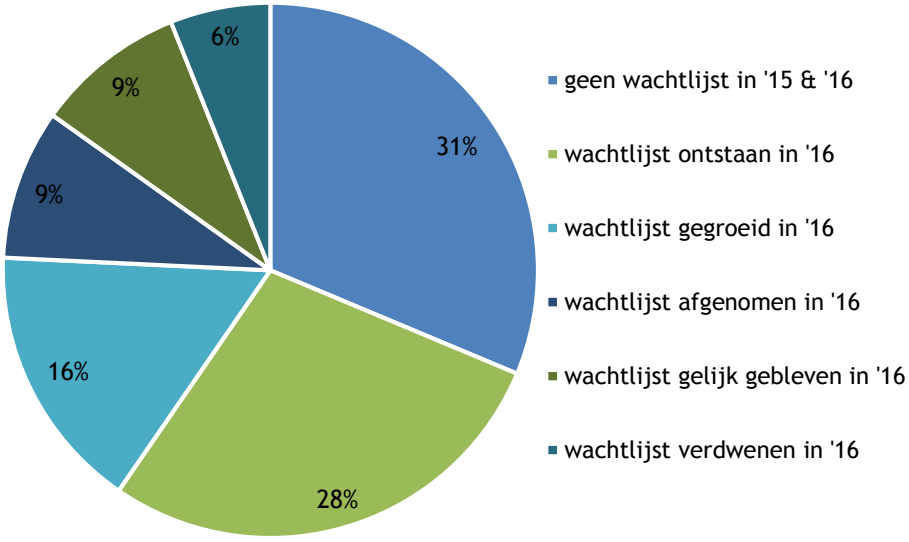
Figuur 2. Start casemanagement (antwoorden ketenregisseurs)

Cliënten met casemanagement

Het antwoord op de vraag “Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie heeft casemanagement?”, was gemiddeld 59%. 25 van de 36 ketenregisseurs konden deze vraag beantwoorden voor hun keten. Op de vervolgvraag “Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie kreeg binnen vier weken na start van een diagnosetraject, casemanagement toegewezen?”, konden veel ketenregisseurs geen betrouwbaar antwoord geven.

Wachtlijsten

In 20 van de 32 ketens (63% van de onderzochte ketens) geven de ketenregisseurs aan dat er in 2016 “mensen op de wachtlijst voor casemanagement dementie” staan. Het aantal ketens met een wachtlijst is gegroeid. Figuur 3 geeft de antwoorden weer van 32 ketenregisseurs op de vraag “Is het aantal mensen op de wachtlijst voor casemanagement in uw dementieketen het afgelopen half jaar toegenomen, afgenomen of gelijk gebleven?”



Figuur 3. Wachtlijsten voor casemanagement (antwoorden ketenregisseurs)

In 44% van deze ketens is in 2016 een wachtlijst ontstaan of is de wachtlijst uit 2015 gegroeid. Hierbij maken we de kanttekening dat niet iedere keten het concept wachtlijst op dezelfde manier hanteert en er dus variatie is in hoe de ketenregisseurs de vraag hebben geïnterpreteerd. Ter illustratie: er is variatie in het moment waarop een casemanagementtraject start (en dus ook: vanaf wanneer iemand op een eventuele wachtlijst staat). Er is variatie in het wel of niet hanteren van een maximale caseload. En er is variatie in de mate waarin organisaties cliënten doorverwijzen naar andere aanbieders in het geval van een wachtlijst binnen hun eigen organisatie. Ten slotte weten we niet of het gaat om wenswachtenden: mensen die wachten op een specifieke aanbieder van voorkeur met een wachtlijst, terwijl ze wel bij andere aanbieders terecht zouden kunnen.

De vraag “Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie staat op de wachtlijst voor casemanagement?”, is door 12 ketenregisseurs beantwoord. Uit hun antwoorden blijkt dat gemiddeld 5% van de thuiswonende cliënten op de wachtlijst staat.

Capaciteit casemanagement

De capaciteit van casemanagement is onvoldoende om alle cliënten met (een vermoeden op) dementie te ondersteunen. Op sommige plekken worden casemanagers ontslagen, op sommige plekken zijn te weinig mensen met de functie casemanagement. Op de vraag “Zijn er in het afgelopen half jaar in uw

dementieketen casemanagers ontslagen of overgegaan naar een andere functie om budgettaire redenen?", antwoordden 7 van de 33 ketenregisseurs "ja" (21%). Op de vraag "Zijn er in het afgelopen half jaar in uw *organisatie* casemanagers ontslagen of overgegaan naar een andere functie om budgettaire redenen?", antwoordden 14 van de 100 aanbieders "ja" (14%). Slechts 11% van de ketenregisseurs en 13% van de aanbieders heeft het aantal FTE dat is ontslagen ingevuld; die respons is te laag om hierover betrouwbare resultaten te kunnen presenteren.

Wanneer we de antwoorden van de ketenregisseurs op "het totale aantal thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie bekend in de dementieketen begin 2016" vergelijken met "het totaal aantal FTE casemanagers in de keten" en "de gemiddelde caseload per casemanager op basis van 1 FTE" zien we het volgende beeld: 20 van de 36 ketenregisseurs (56%) kon deze cijfers aanleveren. In 13 van de 20 ketens (65%) is de gerapporteerde capaciteit te laag om het gerapporteerd aantal cliënten van een casemanager te voorzien.

Beschikbaarheid aantal cliënten en aantal casemanagers

Een zorgelijk signaal is dat niet alle ketenregisseurs (meer) goed zicht hebben op het aantal mensen met (een vermoeden van) dementie in de regio en op het aantal mensen met de functie casemanagement in de regio. Op de vraag "Wat was begin 2016 het totale aantal thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie bekend in uw dementieketen?" konden 11 van de 36 ketenregisseurs geen antwoord geven (31%).

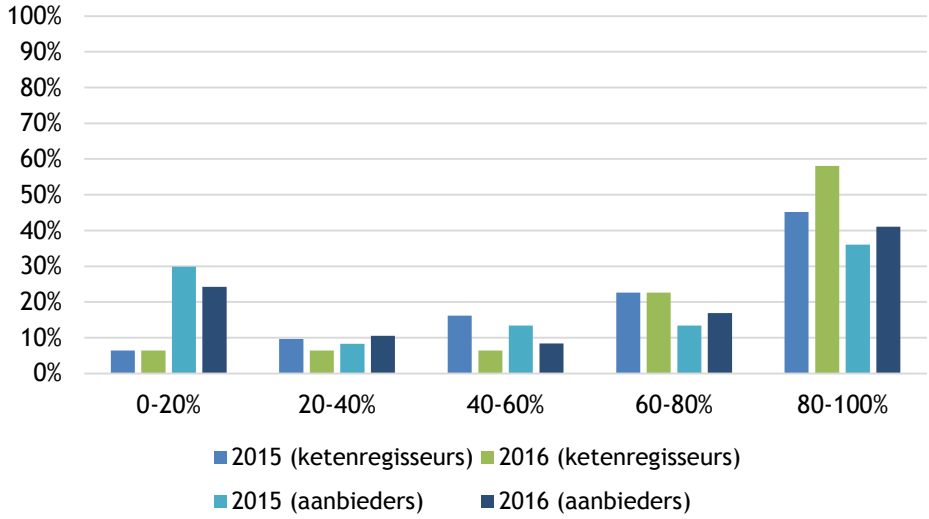
3.2 Opleiding en achtergrond uitvoerders casemanagement dementie

In deze paragraaf beschrijven we de opleiding en achtergrond van de diverse professionals die casemanagement dementie leveren.

Opleiding

Figuur 4 geeft de antwoorden van de ketenregisseurs en aanbieders op de vragen "Hoeveel procent van de casemanagers dementie in uw organisatie *had in 2015* de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie?" en Hoeveel procent van de casemanagers dementie in uw organisatie *heeft momenteel* de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie?".

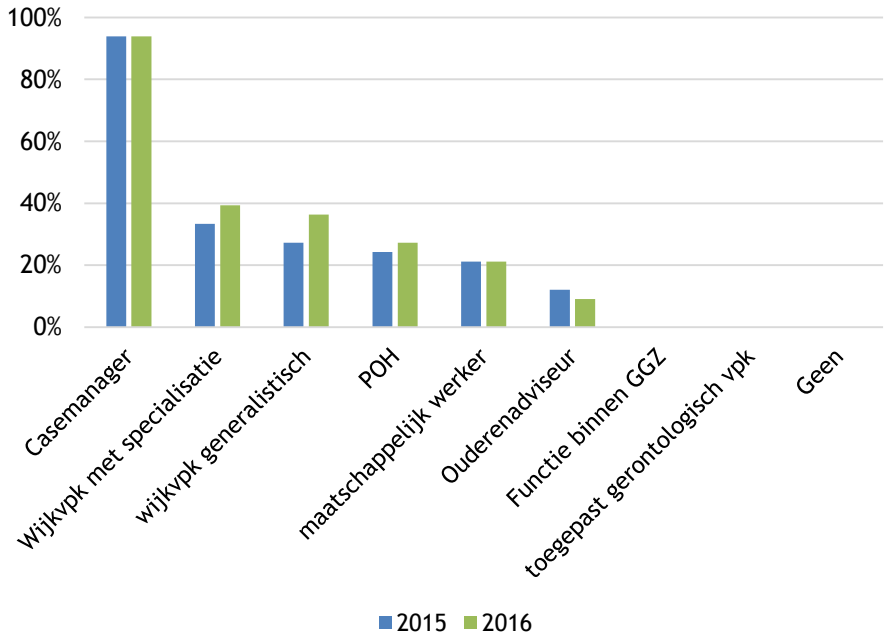
Het percentage casemanagers dat per keten voldoet aan de opleidingswensen van de V&VN wordt door de ketenregisseurs (antwoorden voor de gehele keten) positiever beoordeeld dan door de aanbieders (antwoorden voor de eigen organisatie). Zowel de ketenregisseurs als de aanbieders geven aan dat dit percentage is toegenomen.



Figuur 4. Percentage casemanagers per keten dat voldoet aan de opleidingseisen van de V&VN

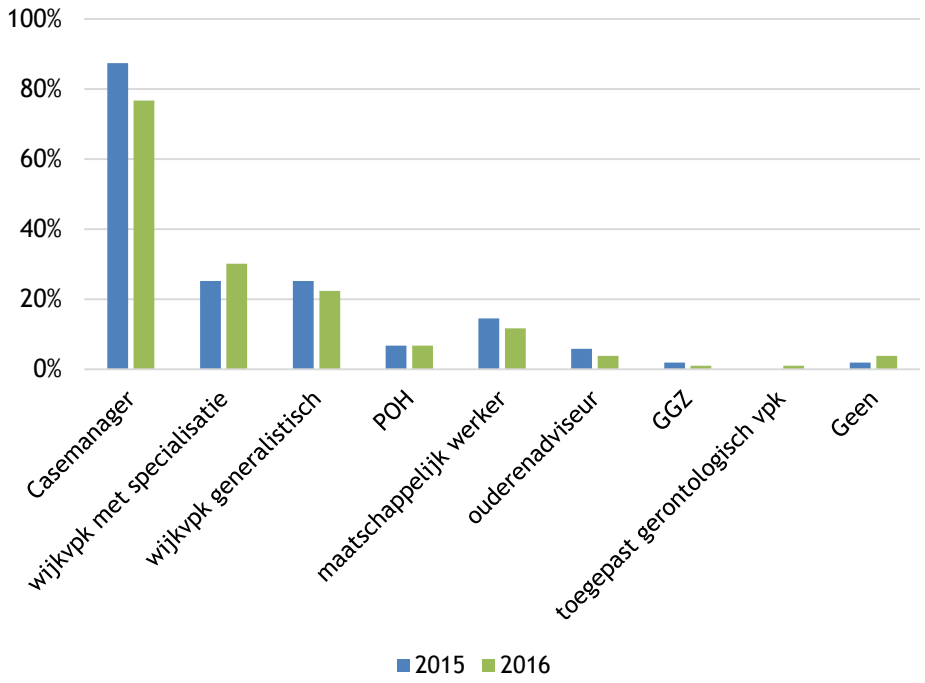
Achtergrond

Figuur 5 geeft de antwoorden weer van 33 ketenregisseurs op de vragen "Wie voerden *in 2015* het casemanagement dementie uit binnen uw keten?" en "Wie voeren *momenteel* het casemanagement dementie uit binnen uw keten?". Het grootste deel van de ketenregisseurs en aanbieders geeft aan een "casemanager dementie (met een eigenstandige gespecialiseerde functie)" te hebben. 16 van de 31 ketenregisseurs (52%) noemt meer dan 1 type professional die *momenteel* het casemanagement uitvoert. 13 van de 31 ketenregisseurs (42%) geeft aan dat *in 2015* meer dan 1 type professional het casemanagement uitvoerde.



Figuur 5. Uitvoering functie casemanagement (antwoorden ketenregisseurs)

Figuur 6 geeft de antwoorden weer van 103 aanbieders op de vragen “Wie voerden *in 2015* het casemanagement dementie uit binnen uw keten?” en “Wie voeren *momenteel* het casemanagement dementie uit binnen uw keten?”. Hieruit komt het beeld naar voren dat casemanagement dementie minder vaak wordt verricht door casemanagers.



Figuur 6. Uitvoering functie casemanagement (antwoorden aanbieders)

3.3 Kwaliteit casemanagement dementie

Uitgangspunt voor de kwaliteit van casemanagement is de zorgstandaard dementie. In de zorgstandaard dementie komen onder het hoofdstuk casemanagement de volgende onderwerpen aan de orde: indicatie (start en continuïteit), inhoud (doel, uitgangspunten, taken, beschikbaarheid, positionering, opleidingsniveau en financiering), zorgplan (doel en inhoud) en elementen van de organisatie.

Omdat voorliggend onderzoek is afgebakend tot het casemanagement (niet de organisatie van de keten) en deze onderzoeksvraag specifiek gaat over de kwaliteit, hebben we de kwaliteit van casemanagement afgebakend tot de onderwerpen: continuïteit, beschikbaarheid en doel. De start van het traject, het opleidingsniveau en de financiering komen elders in de rapportage aan de orde. De taken van de casemanager en het zorgplan zijn te specifiek voor dit onderzoek. De organisatie en positionering van de keten vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Continuïteit

Op de vraag “Is bij mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten, in elke fase van het ziekteproces (in de thuissituatie) dezelfde casemanager betrokken?”, antwoordden 29 van de 33 ketenregisseurs (88%) “ja”. Op de stelling “De casemanager besteedt ondersteuningsactiviteiten uit aan bijvoorbeeld een

wijkverpleegkundige, ouderenadviseur of maatschappelijk werker", antwoordde negen van de 33 ketenregisseurs (27%) "ja". Op de stelling "Er zit een knip in het casemanagement", antwoordde acht van de 33 ketenregisseurs (24%) "ja".

Beschikbaarheid

Op de vraag "Wanneer zijn de casemanagers in uw keten beschikbaar voor vragen van cliënten?", antwoordde 32 van de 33 ketenregisseurs (97%) "alleen overdag" en één ketenregisseur antwoordde "overdag en 's avonds".

Doel

De zorgstandaard formuleert vier doelen van casemanagement:

1. Welbevinden en de kwaliteit van leven optimaliseren van mensen met dementie en hun naasten.
2. Stemmings- en gedragsproblemen signaleren bij mensen met dementie en adequaat handelen.
3. Emotionele problemen en overbelasting van naasten minimaliseren.
4. Opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen uitstellen.

Aan de ketenregisseurs en aanbieders is voorgelegd of "de casemanagers in de keten in hun ogen deze doelen behalen?" 23 van de 32 ketenregisseurs (72%) antwoordt dat alle vier doelen worden behaald. 55 van de 103 aanbieders (55%) antwoordt dat alle vier doelen worden behaald. Als toelichting verwijzen ze bijvoorbeeld naar de hoge mate van tevredenheid van cliënten en benoemen een goede samenwerking met ketenpartners.

Zowel ketenregisseurs als aanbieders zijn het meest positief over het behalen van doelen 1 en 2. 88% van de ketenregisseurs en 83% van de aanbieders meent dat deze doelen worden behaald. De ketenregisseurs zijn het minst positief over het behalen van doel 3: 73% meent dat dit doel wordt behaald. Zij geven aan dat casemanagers voor het minimaliseren van de belasting van mantelzorgers mede afhankelijk zijn van het aanbod in de regio (zoals respijtzorg), dat de expertise en ervaring van case-managers niet meer overal is gewaarborgd, dat generalisten kennis missen (met name van de sociale kaart en specialistische mogelijkheden) en dat de casemanager niet meer overal het vertrouwde gezicht is en vooral in beeld komt bij 'regelzaken'.

De aanbieders zijn het minst positief over het behalen van doel 4: 68% meent dat dit doel wordt behaald. Ze zeggen hierover vooral dat uitstel van opnames geen doel op zich is. Bij sommige cliënten is een opname beter passend, de wens van de cliënt is leidend. Ook wordt geantwoord dat ze het moeilijk te beoordelen vinden. Eén aanbieder wil de mogelijkheden van domotica nog verder verkennen. Eén aanbieder geeft aan dat casussen door een gebrek aan casemanagers escaleren in de nulde en eerste lijn. De ketenregisseurs noemen als knelpunt bij doel 4 nog dat er druk vanuit de gemeente is om (eerder dan professionals denken dat nodig is) een Wlz-indicatie te regelen.

3.4 Waarborg kwantiteit én kwaliteit casemanagement dementie

Op de vraag “Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om de kwaliteit (ten aanzien van opleidingsniveau, competenties) van casemanagement binnen uw regio ook in 2016 te waarborgen?”, antwoordden 30 van de 33 *ketenregisseurs* (91%) “ja”. Veruit het meest genoemd zijn maatregelen die de keten heeft genomen om de deskundigheid te verbeteren in de vorm van scholing (als vereiste voor het mogen vervullen van de functie casemanagement of als bijscholing) en andere vormen van deskundigheidsbevordering. Verder wordt samenwerking met andere disciplines (wijkteams/multidisciplinaire teams en huisartsen) als maatregel genoemd om de kwaliteit te waarborgen en elkaar binnen de samenwerking aan kunnen spreken op noodzakelijke verbeteringen. Het derde onderwerp dat wordt genoemd is het maken van afspraken over een gestandaardiseerde manier van werken. Als laatste wordt gereflecteerd door middel van intervisie, jaargesprekken en mindfulness.

Op de vraag “Heeft uw organisatie specifieke maatregelen genomen om de kwaliteit (ten aanzien van opleidingsniveau, competenties) van casemanagement binnen uw regio ook in 2016 te waarborgen?”, antwoordden 75 van de 97 *aanbieders* (77%) “ja”. Veruit het meest genoemd zijn maatregelen om de deskundigheid binnen de organisatie te verbeteren. Casemanagers en wijkverpleegkundigen gaan een opleiding casemanagement dementie volgen of hebben die gevolgd. Ook andere typen scholing en intervisie worden genoemd. Bij sommigen aanbieders is casemanagement voorbehouden aan verpleegkundigen (niveau 5), andere kiezen juist voor een mix van achtergronden. Sommige aanbieders kiezen voor een eigenstandige functie, anderen kiezen voor wijkverpleegkundigen met casemanagementtaken. Casemanagers scholen af en toe wijkverpleegkundigen, POH’s of sociale wijkteams, of begeleiden wijk-verpleegkundigen bij casussen. Daarnaast worden allerlei samenwerkingsvormen genoemd: tussen casemanagers en wijkverpleegkundigen, met gemeenten en met maatschappelijk werk, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en psychologen. Tot slot noemen enkele aanbieders de rol van de casemanager: als (verpleegkundig) specialist, als brug tussen de huisarts en klinisch geriater, als onafhankelijk. Ook het toepassen van het Frieslab-model wordt genoemd om de kwaliteit binnen de organisatie te waarborgen.

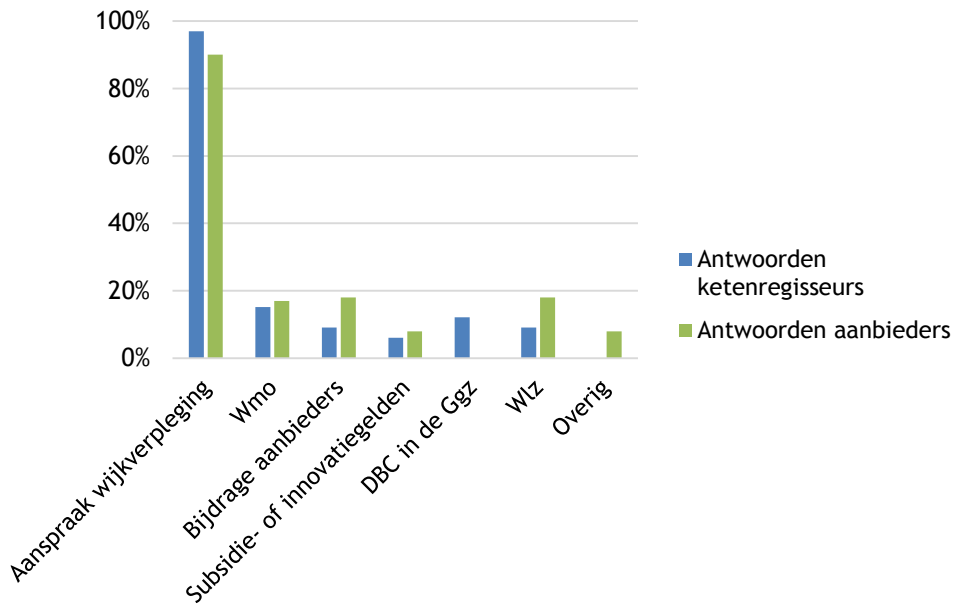
Op de vraag “Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om het aanbod (zoals het aantal casemanagers, het aantal uren) van casemanagement binnen uw regio ook vanaf 2016 te waarborgen?”, antwoordden 23 van de 33 *ketenregisseurs* (70%) “ja” en één ketenregisseur (3%) “ik weet het niet”. De rest (27%) antwoordde “nee”. Ketenregisseurs geven aan dat de ketens afspraken maken met andere aanbieders en met financiers. Ze noemen maatregelen om het aantal fte casemanagement te behouden of uit te breiden. Knelpunten die worden genoemd zijn: het aantal fte of het aantal vergoede uren is ontoereikend en er is discussie tussen aanbieders of casemanagement een aparte functie moet zijn en hoe het moet worden ingevuld.

Op de vraag “Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om het aanbod (zoals het aantal casemanagers, het aantal uren) van casemanagement binnen uw regio ook vanaf 2016 te waarborgen?”, antwoordden 60 van de 100 *aanbieders* “ja” (60%) en 26 van de 100 aanbieders (26%) “ik weet het niet”. De rest (14%) antwoordde “nee”.

Aanbieders noemen dat ze gesprekken aangaan en afspraken maken met verzekeraars en – in mindere mate – met gemeenten. Veel maatregelen gaan over de formatie: behouden of uitbreiden, afstemmen op productie en een normstelling voor de caseload. Een aantal aanbieders maakt afspraken om bij bepaalde cliënten of in bepaalde fasen andere professionals in te schakelen, zoals wijkverpleegkundigen. Een enkeling noemt efficiencymaatregelen, het monitoren van uren casemanagement en het behouden van een zelfstandige functie casemanagement. Genoemde knelpunten zitten vooral in de samenwerking: aanbieders zijn ieder weer zelf verantwoordelijk en bepalen hun eigen inzet (geen geoormerkt budget), ketens worden opgeheven of niet meer aangestuurd, de onafhankelijkheid van casemanagers dementie gaat verloren.

3.5 Inkoop casemanagement dementie

Figuur 7 geeft de antwoorden weer van ketenregisseurs en aanbieders op de vraag "Op welke wijze wordt het casemanagement gefinancierd?" (respectievelijk "in uw dementieketen" en "in uw organisatie").



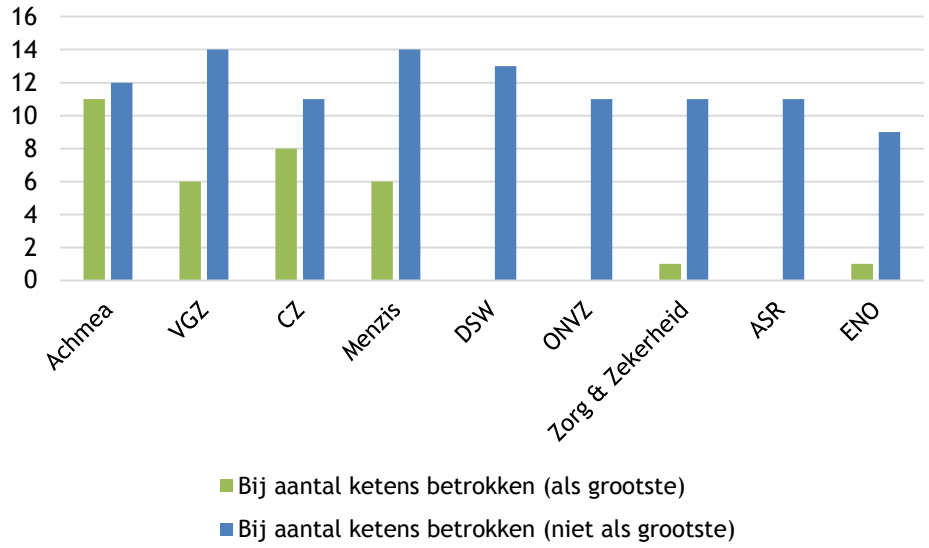
Figuur 7. Financierbronnen voor casemanagement

Op de vraag "Als er sprake is van financiering vanuit de aanspraak wijkverpleging: Is voor de keten inzichtelijk welk deel van het totale wijkverplegingsbudget, is bestemd voor (of kan worden ingezet voor) casemanagement dementie?", antwoordden 16 van de 33 *ketenregisseurs* (48%) "ja" en 3 van de 33 (9%) "niet van toepassing". De rest antwoordde "nee". Op dezelfde vraag antwoordden 41 van de 97 *aanbieders* (42%) "ja" en 13 van de 97 aanbieders (13%) "niet van toepassing". De rest antwoordde "nee".

Bij de vraag "Met welke zorgverzekeraars heeft uw dementieketen in 2016 te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement (op concernniveau)?", vulden de ketenregisseurs gemiddeld 4 van de 9 verschillende verzekeraarsconcerns in. Tien

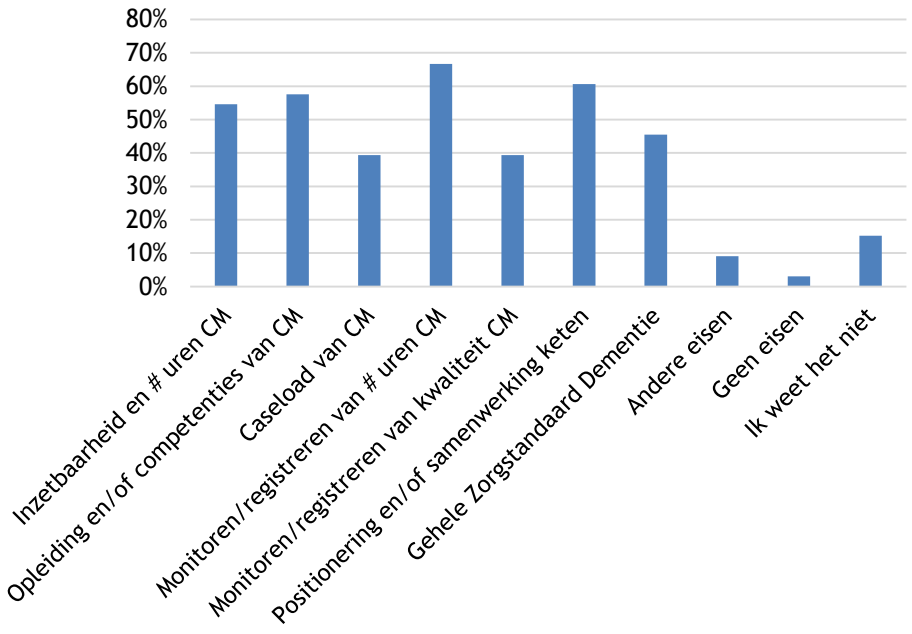
van de 33 ketenregisseur (30%) vulden slechts één zorgverzekeraarsconcern in. 14 van de 33 ketenregisseurs (42%) vulden vier of meer zorgverzekeraarsconcerns in.

Figuur 8 geeft de resultaten weer op de vragen “Met welke zorgverzekeraar heeft uw dementieketen in 2016 *het meest* te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement (op concernniveau)?” en “Met welke zorgverzekeraar heeft uw dementieketen in 2016 *nog meer* te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement (op concernniveau)?”.



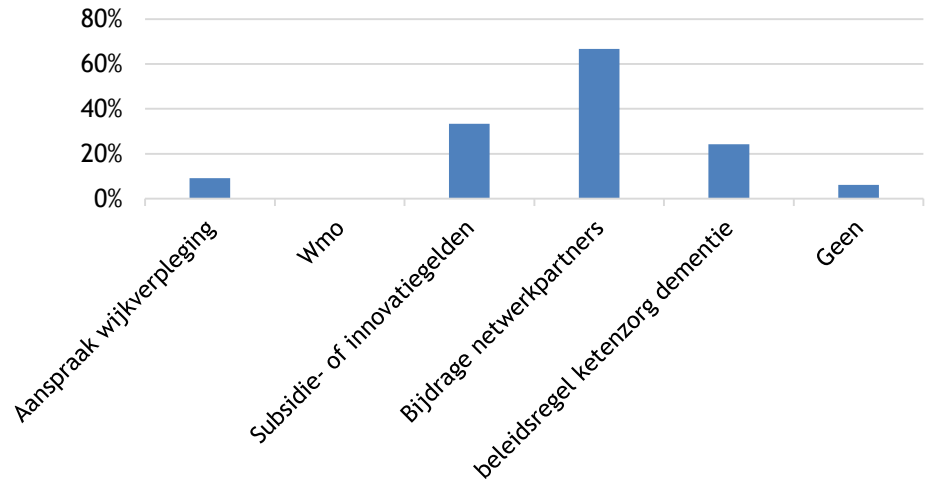
Figuur 8. Zorgverzekeraars waarmee dementieketens te maken hebben (antwoorden ketenregisseurs)

Figuur 9 geeft de antwoorden weer van ketenregisseurs op de vraag “Op welke eisen controleert de zorgverzekeraar uw keten?”. 27 ketenregisseurs hebben aangegeven op welke eisen de verzekeraar de keten controleert. Zij hebben gemiddeld vijf verschillende eisen ingevuld. De eisen die gesteld worden verschillen per zorgverzekeraarsconcern. Eén zorgverzekeraarsconcern stelt gemiddeld drie verschillende eisen, twee concerns stellen gemiddeld zes verschillende eisen. Van de ketenregisseurs die niet weten welke eisen de verzekeraar stelt, vallen de ketens grotendeels onder hetzelfde concern. Twee concerns stellen in grote lijnen dezelfde eisen bij elke keten. Twee concerns zijn hierin variabel.



Figuur 9. Eisen waarop de zorgverzekeraar controleert (antwoorden ketenregisseurs)

Naast de financiering van casemanagement, hebben we gevraagd naar de financiering van ketenactiviteiten. Figuur 10 geeft de antwoorden weer van ketenregisseurs op de vraag “Op welke wijze worden *de ketenactiviteiten* in uw dementieketen gefinancierd (zoals de ketenregisseur, secretariaat, werkgroepen, overleggen, projecten)?”. Bijdragen van netwerkpartners komen het meest voor als financieringsbron van ketenactiviteiten.



Figuur 10. Financiering van ketenactiviteiten (antwoorden ketenregisseurs)

4. Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de verdiepende interviews met 11 ketenregisseurs, 18 professionals die de functie casemanagement uitvoeren en zes representanten van zorgverzekeraars (met name inkopers wijkverpleging). Deze resultaten presenteren we in de vorm van zes gesignaleerde knelpunten.

Per knelpunt presenteren we ook de oplossingen die in de slotbijeenkomst zijn aangedragen door leden van de begeleidingscommissie, ketenregisseurs en inkopers. Deze oplossingen presenteren we in tekst en in tabelvorm.

We hebben met de deelnemers zoveel mogelijk vanuit gelijke beelden geredeneerd, door eerst de objectieve resultaten van het eerste deel van het onderzoek te presenteren (de huidige situatie en geconstateerde knelpunten) en vervolgens aandacht te besteden aan mogelijke oplossingen. Het is duidelijk dat niet alle partijen het met elkaar eens zijn over alle oplossingen. Men heeft bepaalde beelden over de praktijk en elkaars rol waardoor men op sommige punten fundamenteel van mening verschilt. De oplossingen die we hieronder beschrijven zijn ingebracht door de deelnemers in het onderzoek. Als deze niet breed gedragen worden, geven we dat aan.

Het hoofdstuk is daarom als volgt opgebouwd. We starten dit hoofdstuk met een figuur die de zes gesignaleerde knelpunten schematisch weergeeft op de thema's uitvoering van casemanagement, ketenregie en inkoop van casemanagement (zie figuur 11). Daarna geven we voor elk van de zes knelpunten:

- De mate van consensus: de punten waar de partijen het in grote lijnen over eens en oneens zijn.
- Toelichting van het knelpunt: waarom de geïnterviewden en veldpartijen dit als een knelpunt ervaren.
- Visies op het knelpunt: vanuit de drie stakeholders ketenregisseurs, professionals met functie casemanagement en zorgverzekeraars.
- Oplossingen per stakeholder: oplossingen zoals aangedragen door de veldpartijen en welke stakeholder ze aan zet zien om deze oplossingen te realiseren.

Daarmee beantwoorden we onderzoeksvragen 2 en 3:

- Welke knelpunten zijn er in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie?
- Hoe kan VWS samen met de betrokken veldpartijen tot gedragen oplossingen komen voor deze knelpunten?

Zoals hiervoor aangegeven kwam de visie van individuele personen binnen de groepen niet op elk punt overeen. Genoemde punten vormen de rode draad, maar representeren niet de visie van elk individu.

Figuur 11. Gesignaleerde knelpunten bij inkoop en uitvoering van casemanagement en bij ketenregie

4.1 Scholing, expertise en ervaring

Mate van consensus

In relatie tot de functie casemanagement is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over het volgende punt:

- Het uitvoeren van casemanagement dementie vraagt om specifieke kennis.

Men is het echter niet eens over het volgende punt:

- De inhoud en intensiteit van de benodigde scholing.

Toelichting van het knelpunt

Er is geen overeenstemming over de benodigde scholing, expertise en ervaring van professionals die de functie casemanagement uitvoeren. De zorgstandaard dementie (Alzheimer Nederland & Vilans. Zorgstandaard Dementie. Alzheimer Nederland, 2013) geeft inhoud aan de functie casemanagement: doel, uitgangspunten, taken en opleidingsniveau. Het beroepsprofiel Expertisegebied casemanager dementie (Verkade, Kuipers, et. al. Expertisegebied casemanager dementie. V&VN, 2012) geeft een visie op casemanagement en daarnaast de gewenste opleiding en gevraagde competenties. Beide documenten adviseren een HBO-opleiding (verpleegkundig/ psychosociaal) en een aanvullende opleiding. Ze stellen geen eisen aan de (inhoud) van de opleiding casemanagement dementie. Ook bestaat er geen landelijk keurmerk voor zo'n opleiding. Partijen zien hierin een risico. Namelijk dat niet iedere professional voldoende scholing, expertise en ervaring heeft. Ter illustratie: in de praktijk krijgen professionals "een cursus van twee dagdelen" en noemen dat een opleiding casemanagement dementie. De veldpartijen vinden dat een professional daarmee onvoldoende scholing, ervaring en expertise heeft.

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: organisaties hebben casemanagement weer in eigen beheer, wij hebben weinig zicht op de mate van scholing, expertise en ervaring.
Professionals met de functie casemanagement: niet alle generalisten zijn voldoende geschoold op dementie, ze schakelen te laat een specialist dementie in, waardoor je geen of minder crisissituaties kunt voorkomen.
Verzekeraars: wij kunnen eisen stellen aan een organisatie om gekwalificeerde professionals in dienst te hebben. Maar we kunnen niet controleren of de uitvoerend professional bij een individuele cliënt, daadwerkelijk het gevraagde opleidingsniveau heeft. We vermoeden dat het opleidingsniveau niet altijd voldoende is.

Oplossingen

Om het gewenste niveau voor elke professional te realiseren zijn de volgende oplossingen geformuleerd (zie ook tabel 1):

- Stel eisen aan de inhoud van de post-HBO-opleidingen voor casemanagement dementie of stel vast welke opleidingen wel en niet het gewenste niveau en de gewenste inhoud hebben. Deze eisen moeten opgesteld worden in dialoog tussen alle stakeholders (o.a. beroepsgroep en financiers). Het initiatief voor dialoog ligt bij de beroepsgroep (V&VN) en de werkgroep casemanagement dementie. Het Kwaliteitsinstituut zou hier een sturende rol in kunnen nemen. Het aanleren van een systeemanalyse, gesprekstechnieken en omgang met financiële vraag-stukken zijn voorbeelden van relevante scholing. De zorgstandaard dementie en

het expertisegebied casemanager dementie benoemen competenties en kunnen als kader worden gebruikt om de eisen voor de opleidingen te formuleren.

- Gebruik feedback van cliënt en mantelzorger – één-op-één en uit monitoring – om het eigen professionele handelen te verbeteren. De aanbieders hebben hier een belangrijke rol te vervullen, bijvoorbeeld door:
  - het vragen van feedback onderdeel te maken van het primaire hulpverleningsproces, dat geborgd is in de werkwijze;
  - met behulp van de mantelzorgmonitor inzichtelijk te maken waar witte vlekken zitten.
- Formuleer duidelijke contracteisen voor het inzetten van professionals met de juiste mate van scholing, expertise en ervaring. Hier ziet men een taak weggelegd voor de zorgverzekeraars. Een voorbeeld hiervan is om alleen organisaties met professionals die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep met betrekking tot dementie, het casemanagement dementie te laten uitvoeren.
- Kies bewust welke professionals je inzet bij welke cliënt, op basis van wat cliënt en mantelzorger(s) nodig hebben. De aanbieders dienen hiervoor zorg te dragen, bijvoorbeeld door:
  - professionals met weinig ervaring (weinig 'vlieguren') te laten starten bij laag-complexe cliënten of stabiele cliënten met beginnende dementie;
  - per cliënt bewust te kiezen voor een professional met een verpleegkundige en psychosociale achtergrond, afhankelijk van de hulpvragen.
- Gebruik de kennis en ervaring van specialistische casemanagers om andere professionals te begeleiden of te trainen. De aanbieders dienen hiervoor te zorgen, bijvoorbeeld door specialistische casemanagers wijkverpleegkundigen één-op-één en in casuïstiekoverleg te begeleiden.

Stakeholders aan zet	Oplossingen met betrekking tot scholing, expertise en ervaring
Aanbieders zorg	Feedback van cliënt en mantelzorger gebruiken om professioneel handelen te verbeteren
	De juiste professional bij elke cliënt
	Specialisten trainen en begeleiden generalisten
Beroepsgroep casemanagement	Eisen stellen aan opleidingen casemanagement
Zorgverzekeraars	Contracteisen voor opleiding en expertise

Tabel 1. Oplossingen voor het knelpunt scholing, expertise en ervaring

4.2 Uitvoering casemanagement

Mate van consensus

In relatie tot de functie casemanagement is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over het volgende punt:

- Casemanagement dementie moet uitgevoerd worden zoals beschreven in de zorgstandaard.

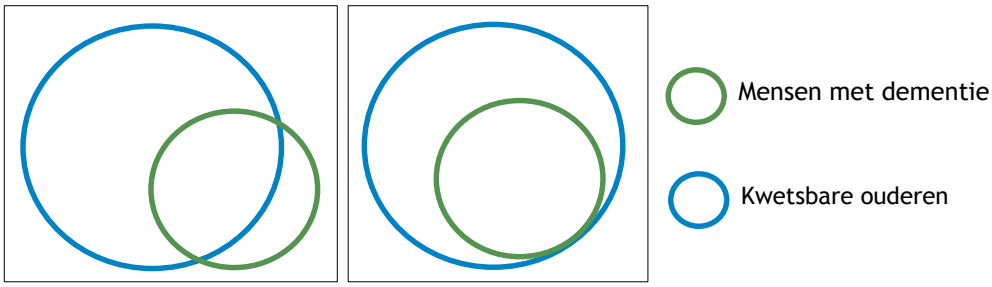
Men is het echter niet eens over de volgende punten:

- De vraag of casemanagement een taak kan zijn die een professional naast andere taken uitvoert.
- De breedte van de functie van de casemanager dementie en de mate van integraliteit die de casemanager kan leveren: problemen op meerdere levensterreinen en rondom meerdere complexe ziektebeelden kunnen hanteren.

Toelichting van het knelpunt

Er is veel discussie over wie het casemanagement dementie moet uitvoeren. We zien in de praktijk dan ook varianten. Deels is dit terug te voeren op verschillend gebruik van terminologie (zie paragraaf 1.3). Deels is dit terug te voeren op verschillende visies. Duidelijk is dat een professional de regie moet nemen, de 'aanvoerder' moet zijn: de functie casemanagement moet uitvoeren. Men is het niet eens over welke type professionals die rol allemaal kunnen vervullen: alleen casemanagers of ook specialistisch wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs of andere professionals. Men is het ook niet eens over of de regierol gesplitst kan of zelfs moet worden van de zorgrol. Duidelijk is ook dat het van meerwaarde is om een specialist die de functie casemanagement uitvoert in een vroeg stadium te betrekken (in ieder geval vanaf de diagnose). Deze professional is dan vanaf het begin een vertrouwd gezicht en blijft aanwezig rondom en na diagnostiek. Deze professional kan problemen helpen voorkómen.

Men is het niet eens over de breedte van de rol van de casemanager dementie en de mate van integraliteit die de casemanager kan leveren. Dit komt voort uit een verschil in perceptie in de mate van overlap tussen dementie en de kwetsbare oudere. Niet elke kwetsbare oudere heeft dementie. Of elke dementerende kwetsbaar is, is een punt waarop partijen van mening verschillen (zie standpunt 1 en 2 in onderstaande figuur). De algemene mening is dat regie moet worden ingezet vanuit de bovenliggende problematiek. Maar de verschillende standpunten maken dat er discussie is over het feit of dementie per definitie wel of niet de bovenliggende problematiek is.



Standpunt 1: niet elke dementerende is kwetsbaar

Standpunt 2: elke dementerende is kwetsbaar

Figuur 12. Standpunten over de relatie tussen dementerenden en kwetsbare ouderen

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: aanbieders gaan ieder hun eigen weg, er is veel diversiteit in welke professional in welke fase wordt ingezet. Het is van belang dat alle professionals rondom de cliënt goed samenwerken.

Professionals met functie casemanagement: wij zien graag één specialistisch aanspreekpunt voor de cliënt gedurende het hele traject. Casemanagers geven aan: professionals die naast hun casemanagementtaken nog andere taken hebben, komen te weinig aan het casemanagement dementie toe. Wij willen geen crisismanagers worden, omdat collega's werk laten liggen of ons te laat inschakelen.
Verzekeraars: casemanagement heeft een plek binnen de wijkverpleging, men moet een specialist kunnen inschakelen.

Oplossingen

Om handvatten te bieden in de keuze voor een bepaalde professional zijn de volgende oplossingen geformuleerd (zie ook tabel 2):

- De functie casemanagement moet altijd uitgevoerd worden door een professional die voldoet aan de opleidingseisen uit de zorgstandaard dementie en het profiel van de V&VN. Als in de regio meerdere type professionals de functie case-management kunnen uitvoeren, kies dan in het triageproces bewust welke professional je inzet bij welke cliënt, op basis van wat cliënt en mantelzorger(s) nodig hebben en de bovenliggende problematiek. De aanbieders hebben hierbij een belangrijke rol door bijvoorbeeld:
  - per cliënt bewust te kiezen voor professionals met een verpleegkundige of psychosociale achtergrond, afhankelijk van de hulpvragen;
  - maatschappelijk werkers met de functie casemanagement als onderaannemer in te zetten;
  - maatschappelijk werkers met de functie casemanagement hun uren te laten schrijven op S2 wijkverpleging.
- Vanaf welk moment een specialist nodig is, hangt af van zowel de cliënt als de expertise en ervaring van de betrokken generalist. Om op tijd een specialist - liefst iemand met de functie casemanagement – in te kunnen schakelen, moeten generalisten voldoende kennis/ervaring/begeleiding hebben. Enerzijds om de symptomen van (beginnende/verergerende dementie) te herkennen en anderzijds kennis van de mogelijkheden die een specialist kan bieden. De suggestie is om casemanagers in te zetten om generalisten te scholen, te begeleiden en te adviseren. De aanbieders hebben een belangrijke rol om dit te faciliteren.
- Om op tijd een specialist - liefst iemand met de functie casemanagement – in te kunnen schakelen, moeten generalisten ruimte krijgen van de eigen organisatie om door te verwijzen. Prikkels om bijvoorbeeld de zorg binnen de eigen organisatie te houden mogen hierbij geen rol spelen. De professionals die de functie casemanagement uitvoeren moeten onafhankelijk zijn. De aanbieders hebben hierbij een belangrijke rol. Er bestaan voorbeelden van regio's waar de casemanagers werkzaam zijn vanuit een stichting of andere vorm van een onafhankelijke organisatie.
- Vanuit het standpunt dat in ieder geval de meeste dementerenden kwetsbaar zijn, moet de professional die de functie casemanagement uitvoert, op tijd andere specialisten in kunnen schakelen als de eigen expertise niet alle problemen dekt. Van de aanbieders vraagt dit om hun professionals te stimuleren een goed netwerk te onderhouden. Van de beroepsgroep vraagt dit om hierin eenduidigheid te creëren, een breed gedeeld beeld. Een voorbeeld hiervan is een regio waar casemanagers doorverwijzen naar praktijkondersteuners van de huisarts in het geval van somatische problematiek, waarbij ze zelf ook betrokken blijven.

- Het moet mogelijk zijn om bij een cliënt meerdere professionals (al dan niet van dezelfde organisatie) zorg te laten verlenen vanuit de aanspraak wijkverpleging, zodat iemand met de functie casemanagement kan worden ingeschakeld, maar ook de wijkverpleegkundige betrokken kan blijven voor de lijfgebonden zorg. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dit binnen de financiering mogelijk te maken.

Stakeholders aan zet	Oplossingen met betrekking tot uitvoering casemanagement
Aanbieders zorg	Juiste professional bij elke cliënt
	Netwerk + voldoende kennis bij generalisten (signaleren/verwijzen)
	Prikkels die tijdig doorverwijzen stimuleren
Beroepsgroep casemanagement en wijkverpleging	Eenduidigheid creëren in generalistische versus specialistische taken
Zorgverzekeraars	Meerdere professionals vanuit aanspraak wijkverpleging inzetbaar bij een cliënt

Tabel 2. Oplossingen voor het knelpunt uitvoering casemanagement

4.3 Ketenregie

Mate van consensus

In relatie tot de ketenregie is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over de volgende punten:

- Een onafhankelijke ketenregisseur helpt bij het verbinden van partijen en heeft meerwaarde.
- Een onafhankelijk centraal meldpunt heeft meerwaarde.

Men is het echter niet eens over de volgende punten:

- De taken van de ketenregisseur, bijvoorbeeld wel of niet aansturen van professionals met functie casemanagement, wel of niet een centraal aanmeld-punt beheren.
- De gewenste ‘breedte’ van de keten: alleen voor dementie of ook voor andere thema’s rondom kwetsbare ouderen.

Toelichting van het knelpunt

Het feit dat er geen overeenstemming is over de mate van benodigde ketenregie en de taken die hierbij horen, maakt het financieren van deze functie ingewikkeld. In het veld is moeilijk overeenstemming te krijgen over de aangewezen financierings-bron. In 2015 werd de regiefunctie bij 33% van de ketens uit de beleidsregel ketenzorg dementie betaald (Francke & Peeters. Ketenzorg en casemanagement bij dementie: Ketenregisseurs over inkoop, uitvoering en borging in 2015. Nivel, 2015). Nu is dat nog 25%, zo blijkt uit ons onderzoek. De verwachting is dat dit verder af zal nemen. De meeste verzekeraars verwachten dat partijen de regiefunctie zelf betalen. In de praktijk ontstaan varianten: ketens waar geen regie meer is, ketens waar partijen een kleine bijdrage leveren om de regiefunctie in de lucht te houden

en (verschillende) ketens die meer gaan samenwerken of samengaan en daarmee de kosten van een regisseur delen.

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: sommige ketens gaan zonder coördinatie verder. Zonder onafhankelijke regie is het heel lastig. Sommige ketens willen graag verbinden met andere netwerken. Als aanbieders gezamenlijk de ketenregie financieren, getuigt dat van commitment.
Professionals met functie casemanagement: de concurrentie neemt weer toe, het is meer 'ieder voor zich'.
Verzekeraars: een keten is geen doel op zich, denk kritisch na over wat je wil met een keten en wat je daarvoor over hebt. Verbind met andere netwerken. Nadat wij vele jaren in ketenregie hebben geïnvesteerd, moeten de partijen het nu misschien zelf kunnen dragen.

Oplossingen

Met betrekking tot de ketenregie zijn de volgende oplossingen aangedragen (zie ook tabel 3):

- Ga met elkaar het gesprek aan over wat de toegevoegde waarde is van de samenwerking en wat nodig is om deze toegevoegde waarde te blijven houden. Voer daarna het gesprek over wat partijen ervoor over hebben. Het loont om te verkennen wat samenwerken met andere (dementie-)ketens kan bijdragen.
- Beschrijf in de inkoopvoorwaarden dat het leveren van dementiezorg in ketenverband een voorwaarde is. Het leveren van integrale zorg vraagt ook integrale inkoop. Verzekeraars hebben hierin een belangrijke rol.

Stakeholders aan zet	Oplossingen met betrekking tot ketenregie
Zorgverzekeraars	Ketensamenwerking is voorwaarde voor inkoop dementie
Stuurgroep ketens	Bepaal de toegevoegde waarde van ketenregie
	Verken de samenwerking met andere ketens en netwerken

Tabel 3. Oplossingen voor het knelpunt ketenregie

4.4 Zicht op capaciteit en populatie

Mate van consensus

In relatie tot het zicht op de capaciteit en populatie is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over het volgende punt:

- Onvoldoende zicht op de benodigde inzet van casemanagement dementie en op het beschikbare budget voor casemanagement dementie belemmert de uitvoering.

Men is het echter niet eens over het volgende punt:

- Bij wie de verantwoordelijkheid ligt om overzicht te brengen in de benodigde inzet in relatie tot het beschikbare budget.

Toelichting van het knelpunt

Om goed te kunnen bepalen hoeveel casemanagement dementie nodig is en of voldoende casemanagement wordt geboden, is inzicht nodig in de omvang van de populatie. In diverse regio's ontbreekt het zicht op de populatie. Er is voor elke

gemeente een schatting bekend van het aantal mensen met dementie, maar dit is voor de ketens niet voldoende om zicht te krijgen op het daadwerkelijk aantal mensen dat casemanagement nodig heeft en het daadwerkelijk aantal mensen dat casemanagement krijgt bij één van de aanbieders in de regio. Als aanbieders casemanagement inzetten zonder onderlinge afstemming, hebben ketenregisseurs geen zicht op de totale capaciteit van het casemanagement in de regio.

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: in een aantal ketens is geen overkoepelend beeld van het aantal mensen met (een vermoeden van) dementie. Aanbieders halen casemanagers en cliënten weer naar zichzelf toe. Aanbieders willen of kunnen geen centraal aanmeldpunt uit eigen middelen bekostigen. Er zijn ook ketens waar dit wel naar tevredenheid gebeurt.
Professionals met functie casemanagement: wij hebben over het algemeen geen zicht op het aantal mensen met (een vermoeden van) dementie in onze wijk.
Verzekeraars: wij hebben geen zicht op benodigde capaciteit casemanagement en de geleverde inzet casemanagement. Omdat alles onder de aanspraak wijkverpleging valt, en de meeste verzekeraars geen budget oormerken, is casemanagement bij dementie bij de meeste verzekeraars niet als zodanig herkenbaar in de declaraties. Voor sommige verzekeraars is die herkenbaar wel wenselijk, andere verzekeraars hebben daar geen behoefte aan.

Oplossingen

Om hier inzicht in te krijgen worden de volgende oplossingen genoemd (zie ook tabel 4):

- Maak gebruik van gegevens van het zorgkantoor en andere openbare databronnen in de gemeente, bij de provincie en op landelijk niveau (zoals de vraag en aanbod monitor van het Nivel). Denk hierbij aan gegevens over het vóórkomen van dementie, demografische ontwikkelingen en de sociaaleconomische status in de regio. Gebruik deze informatie om verschillende scenario's te schetsen met betrekking tot de ontwikkeling van (het casemanagement) dementie. Deze oplossing is gericht aan de ketens.
- Maak met elkaar afspraken over welke gegevens in het kader van het case-management dementie relevant zijn en kom tot standaarden, zodat alle partijen de gegevens op dezelfde wijze registreren en gezamenlijk meer inzicht krijgen. Binnen de keten dienen afspraken te worden gemaakt over de overzichten die op regionaal niveau worden gemaakt. Deze oplossing is in eerste instantie gericht aan de beroepsgroep, maar ook aan de ketens. Het kwaliteitsinstituut kan hierin een sturende rol nemen.
- Richt een centraal aanmeldpunt in waar gegevens worden verzameld over het aantal cliënten, casemanagers en caseload. Voor een succesvol meldpunt is het wel van belang dat de samenwerkende partijen in de keten de waarde inzien van een dergelijk meldpunt en gezamenlijk zorgdragen voor de inrichting van zo'n meldpunt. Deze oplossing is gericht aan de ketens.

Stakeholders aan zet	Oplossingen met betrekking tot zicht op capaciteit en populatie
Beroepsgroep casemanagement	Spreek af welke data te registreren
Stuurgroep ketens	Spreek af welke data te registreren
	Gebruik openbare databronnen
	Richt een centraal aanmeldpunt in
Kwaliteitsinstituut	Stuur aan op het vastleggen van een minimale dataset

Tabel 4. Oplossingen voor het knelpunt zicht op data capaciteit en populatie

4.5 Regie op budget

Mate van consensus

In relatie tot regie op het budget is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over het volgende punt:

- Doordat aanbieders zelf de regie over het budget wijkverpleging in handen willen houden, is de neiging sterk om het casemanagement vanuit de eigen organisatie uit te voeren, in plaats van in gezamenlijkheid met andere aanbieders, of vanuit een onafhankelijke organisatie.

Men is het echter niet eens over de volgende punten:

- Bij wie de verantwoordelijkheid ligt om de ketenregie te financieren.
- Bij wie de verantwoordelijkheid ligt om een centraal meldpunt te financieren.
- Of er een aparte betaaltitel voor casemanagement dementie moet komen binnen de wijkverpleging.

Toelichting van het knelpunt

De uitvoering van casemanagement dementie maakt deel uit van het budget voor wijkverpleging. Sommige verzekeraars oormerken een deelbudget voor dementie, andere verzekeraars vinden dit niet passen in de visie van de wijkverpleging en geven dit oormerk niet. Sommige aanbieders maken samen afspraken over deelbudgetten. Er zijn ook regio's waar geen regie is op het deelbudget voor dementie binnen de wijkverpleging en waar nauwelijks afspraken worden gemaakt. In die regio's is geen overzicht. Als oorzaak wordt genoemd dat aanbieders zelf regie willen houden op het budget voor wijkverpleging. Door een deel te oormerken voor de doelgroep dementie en dit bedrag in te brengen in de keten, komt het plafond van het budget van de individuele organisatie mogelijk sneller in zicht. Daardoor is aan het einde van het jaar onvoldoende budget over om alle cliënten zorg te bieden.

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: wij weten onvoldoende welk deel van het budget wijkverpleging ingezet wordt voor casemanagement dementie. In weinig ketens stemmen de aanbieders dit onderling af. We hebben zeer beperkt zicht op (de reden en omvang van) wachtlijsten. Of wachtlijsten ontstaan hangt mede af van het feit of er een maximale (flexibele) caseload wordt gehanteerd en van de mate waarin verwijzers en organisaties cliënten doorverwijzen als er een wachtlijst dreigt te ontstaan.

Professionals met functie casemanagement: de caseload is te hoog. Er ontstaan wachtlijsten.
Verzekeraars: wij verschillen van mening over het wel of niet oormerken van budget voor casemanagement dementie. Aanbieders lijken minder geld te declareren voor dementie dan in 2014 maar dat kunnen we niet met zekerheid zeggen omdat de declaraties niet als zodanig herkenbaar zijn. Er is zeer beperkt zicht op (de reden en omvang van) wachtlijsten.

Oplossingen

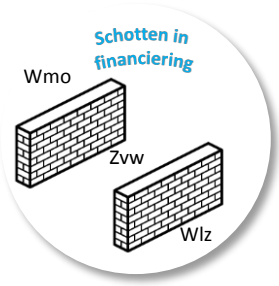
De volgende oplossingen zijn geformuleerd (zie ook tabel 5):

- Omschrijf het product 'casemanagement dementie', zodat het zowel voor de verzekeraar als aanbieder duidelijk wordt hoe te registeren en verantwoorden. Zorgverzekeraars Nederland kan hierin het voortouw nemen.
- Maak binnen de dementieketen afspraken met de gecontracteerde aanbieders voor wijkverpleging die een bijdrage leveren aan het casemanagement dementie. De afspraken gaan over zicht op het budget en zicht op de professionals die het casemanagement uitvoeren. De ketenregisseur heeft een belangrijke rol om de uitvoer van de afspraken te monitoren.
- Laat mensen met de functie casemanagement (beter) in een zorgplan omschrijven welke activiteiten worden ondernomen en met welk doel. Het werken met een classificatiesysteem kan helpen meer zicht en grip te krijgen op inzet en resultaat. Dit is aan de aanbieders.
- Maak binnen de ketens afspraken over de inzet van de verschillende professionals bij een cliënt met dementie, uitgaande van de zorgvraag van de cliënt. Het Frieslab-model kan hierbij als hulpmiddel worden gebruikt. Het casemanagement dementie is een expertfunctie. Casemanagement kan door verschillende functionarissen worden uitgevoerd. Het maken van afspraken over de inzet van zorg en begeleiding bij een cliënt, helpt om regie te houden op het budget. Naast afspraken tussen aanbieders onderling, betreft het bijvoorbeeld afspraken met gemeentes over activiteiten die vanuit de Wmo moeten worden gefinancierd, of afspraken over de financiering van het casemanagement voor iemand die (nog) thuis woont met een Wlz-indicatie.
- Maak een aparte prestatie of aparte aanspraak binnen de wijkverpleging op het gebied van dementie. Over deze oplossing is veel discussie. Tijdens de slotbijeenkomst pleitten een aantal partijen voor deze oplossing om het bestaansrecht van casemanagement te garanderen. Met een herkenbare prestatie staat de financiering van casemanagement niet meer ter discussie. Deze financiële zekerheid helpt aanbieders om voor langere termijn te investeren in casemanagement en kennis te behouden voor de organisatie. Waar nu de positie van casemanagement jaarlijks ter discussie staat.
  Een aantal andere partijen gaf juist het advies om eerst het stof van de transitie te laten neerdalen en de mogelijkheden binnen de huidige werkwijze en financiering aan te scherpen. Zij dragen als argument tegen een aparte aanspraak aan, dat dit het leveren van integrale zorg in de weg staat. En zij twijfelen of een aparte aanspraak helpt om de samenwerking te verbeteren. Bovendien zien ze het risico dat een aparte aanspraak leidt tot extra administratie, wat ten koste gaat van cliëntgebonden uren.

Stakeholders aan zet	Oplossingen met betrekking tot regie op budget
Aanbieders zorg	Zet activiteiten en doel in het zorgplan, gebruik van een classificatiesysteem
Beroepsgroep casemanagement	Beschrijf het zorgprofiel dementie
Beleidsmakers	Aparte aanspraak casemanagement dementie
Zorgverzekeraars Nederland	Beschrijf het product casemanagement dementie
Stuurgroep ketens	Afspraken over in te zetten budget en capaciteit
	Afspraken over welke professional bij welke (type) cliënt en uit welke financieringsbron

Tabel 5. Oplossingen voor het knelpunt regie op budget

4.6 Schotten in de financiering



Mate van consensus

In relatie tot de schotten in de financiering is onder de betrokken stakeholders in dit onderzoek in grote lijnen consensus over de volgende punten:

- De schotten tussen de Zvw en de Wlz belemmeren de uitvoering.
- Er worden op diverse plekken activiteiten uitgevoerd die qua aard onder de Wmo zouden moeten vallen, maar gefinancierd worden vanuit de Zvw.

Men is het echter niet eens over het volgende punt:

- Bij wie de verantwoordelijkheid ligt om de verschillende financieringsbronnen bij elkaar te brengen.

Toelichting van het knelpunt

Mensen met dementie kunnen gedurende hun ziekteperiode te maken krijgen met zorg en ondersteuning vanuit de Wmo, Zvw en Wlz. Gedurende het gehele dementie-proces is het van belang dat de cliënt de juiste begeleiding ontvangt en geen last heeft van de schotten tussen de wetten. Helaas hebben mensen met dementie daar in de praktijk wel last van, zo gaven de partijen aan. Bijvoorbeeld doordat cliënten in bepaalde gemeenten geen casemanagement onder de Wmo kunnen ontvangen. Of omdat het casemanagement bij de overgang van de Zvw naar de Wlz ten koste gaat van (het budget van) de persoonlijke verzorging die een cliënt nodig heeft. Dat leidt ertoe dat mensen hun vertrouwde gezicht kwijtraken of niet voldoende uren ondersteund kunnen worden.

Visies op het knelpunt

Ketenregisseurs: begeleidingstaken binnen het casemanagement zouden vanuit de Wmo bekostigd moeten worden, dat gebeurt nu onvoldoende. Gemeenten geven bijvoorbeeld aan dat ze niet meebetalen aan casemanagement dementie omdat ze ‘geen doelgroepenbeleid voeren’. Aanbieders ontvangen in sommige gevallen wel Wmo-budget voor begeleiding maar zetten dit niet in ten behoeve van case-management dementie. In plaats daarvan worden deze taken vanuit de Zvw bekostigd, wat drukt op het totale budget. Daarnaast is de knip tussen de Zvw en de

Wlz een groot probleem, omdat de casemanager binnen de Wlz in de thuissituatie niet altijd meer ingezet kan worden.
Professionals met functie casemanagement: bij de start van een Wlz-indicatie gaat het budget omlaag, onze inzet loopt daardoor terug, juist in een periode dat cliënten ons hard nodig hebben. De eigen bijdrage die dan ingaat is ook een probleem.
Verzekeraars: vermoedelijk worden binnen de Zvw ook Wmo-taken uitgevoerd, maar daar hebben we geen zicht op, omdat de aard van de activiteiten niet is gespecificeerd in declaraties. We herkennen de knip tussen Zvw en Wlz als een probleem, maar zien dit niet specifiek als een probleem voor dementie, maar als een systeemvraagstuk.

Oplossingen

De volgende oplossingen zijn genoemd (zie ook tabel 6):

- Gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren en aanbieders maken met elkaar afspraken over hoe zij ervoor kunnen zorgen dat cliënten gedurende het gehele dementieproces het casemanagement kunnen ontvangen dat ze nodig hebben. Het casemanagement dementie wordt betaald met de financiële middelen die de partijen gezamenlijk bijeenbrengen vanuit de verschillende wettelijke kaders.
- (Een deel van het traject) casemanagement dementie wordt binnen de Wmo ingezet en gefinancierd onder de noemer 'mantelzorgondersteuning'. Gemeenten stellen hiervoor middelen beschikbaar. Aanbieders wenden de middelen aan die ze vanuit de Wmo beschikbaar hebben.
- De casemanager dementie voert binnen de Wmo keukentafelgesprekken met mensen met dementie en wordt op die manier via de Wmo betaald voor (een deel van) het casemanagement. Zo kennen we voorbeelden van regio's waar professionals met de functie casemanagement dementie het sociale wijkteam op deze manier werk uit handen neemt.
- Binnen de Zvw wordt het mogelijk gemaakt om casemanagement dementie in te zetten gedurende het gehele dementieproces, naast de begeleiding en zorg die de cliënt ontvangt binnen de Wmo, Zvw en Wlz.

Stakeholders aan zet	Oplossingen voor schotten in de financiering
Aanbieders zorg	Gezamenlijke afspraken over de inzet van financiële middelen voor casemanagement
	Wmo aanwenden voor casemanagement dementie
Verzekeraars	Gezamenlijke afspraken over de inzet van financiële middelen voor casemanagement
Gemeenten	Gezamenlijke afspraken over de inzet van financiële middelen voor casemanagement
	Financiering van casemanagement vanuit mantelzorgondersteuning
	Keukentafelgesprekken door de casemanager dementie gefinancierd vanuit de Wmo.
Beleidsmakers	Casemanagement volledig binnen de Zvw aanbieden

Tabel 6. Oplossingen voor het knelpunt schotten in de financiering

5. Conclusies

In dit hoofdstuk formuleren wij op basis van de bevindingen enkele conclusies. Per onderzoeksvraag benoemen wij de bevindingen en geven een aanzet voor een toekomstbestendige invulling van het casemanagement dementie. Dit doen we door het benoemen van drie scenario's.

5.1 Uitvoering van casemanagement dementie

Uit de antwoorden van ketenregisseurs en aanbieders op de vragenlijst blijkt dat:

- Casemanagement dementie niet overal beschikbaar is voor hen die het nodig hebben.
- Het grootste deel van de ketens professionals met een eigenstandige functie casemanagement dementie heeft. Het aantal wijkverpleegkundigen dat de functie casemanagement uitvoert is gestegen ten opzichte van 2015.
- De kwaliteit van het casemanagement door zowel aanbieders als ketenregisseurs divers wordt ervaren. De ketenregisseurs schatten het behalen van de doelen van casemanagement (zoals genoemd in de zorgstandaard) positiever in dan de aanbieders.
- Zowel aanbieders als ketenregisseurs scholing en samenwerking de belangrijkste maatregelen vinden om de kwaliteit van het casemanagement te waarborgen. Voor het waarborgen van de kwantiteit zijn maatregelen rondom formatie en gesprekken met financiers over de invulling van het casemanagement en de hoogte van het beschikbare budget de belangrijkste maatregelen.
- Casemanagement vooral uit de aanspraak wijkverpleging wordt gefinancierd. Zowel aanbieders als ketenregisseurs hebben beperkt zicht op welk deel van het budget wijkverpleging voor casemanagement dementie beschikbaar is. Omdat de meeste zorgverzekeraars en/of de aanbieders geen budget voor casemanagement dementie geoormerkt hebben.

5.2 Knelpunten in de uitvoering en inkoop van casemanagement dementie

Uit de verdiepende interviews met 11 ketenregisseurs, 18 professionals die de functie casemanagement uitvoeren en 6 representanten van zorgverzekeraars (met name inkopers wijkverpleging) en de bijeenkomsten met veldpartijen komen de volgende knelpunten naar voren:

- Er is geen overeenstemming over de benodigde scholing, expertise en ervaring die nodig is bij professionals met de functie casemanagement;
- Er is geen overeenstemming over welke professional in welke fase uit welke financieringsbron ingezet moet worden in de functie casemanagement dementie.
- Er is geen overeenstemming over de mate van benodigde ketenregie en de aangewezen financieringsbron voor ketenactiviteiten.
- De gegevens over de benodigde inzet versus de beschikbaarheid van case-management dementie zijn niet aanwezig of weinig betrouwbaar.
- Er is onvoldoende regie op het budget wijkverpleging ten behoeve van case-management dementie.
- Er zijn schotten tussen de financieringsbronnen voor dementiezorg Wmo, Zvw en Wlz.

5.3 Oplossingen voor casemanagement dementie in de toekomst

We concluderen dat alle veldpartijen en geïnterviewden enorm betrokken zijn om zorg te dragen voor een verantwoord casemanagement dementie. Iedereen was erg gemotiveerd om na te denken over oplossingen voor de geconstateerde knelpunten. Er is dan ook een grote variatie aan oplossingen aangedragen (zie hoofdstuk 4). Tijdens het benoemen van oplossingen was er onder andere de roep om meer budget. Het vaststellen van de omvang van het budget dat nodig is voor casemanagement dementie behoort niet tot de scope van dit onderzoek. Daarom hebben we de oplossing 'uitbreiding van het budget' buiten beschouwing gelaten. Uitgangspunt in het gesprek met veldpartijen en geïnterviewden was steeds: wat kan bereikt worden met en binnen de huidige middelen? Vanuit dat uitgangspunt gaan veel van de genoemde oplossingen over aan de ene kant goed of beter samenwerken en slim organiseren en aan de andere kant over de juiste kaders en sturing. Over de vraag wie hierin de eerste verantwoordelijkheid draagt, verschillende de partijen van mening. Dit verantwoordelijkheidsvraagstuk is een cruciale factor in het komen tot gedragen oplossingen. Daarom geven we drie scenario's voor het beleggen van verantwoordelijkheid en sturing in de gegeven oplossingen. Van elk scenario geven we de voor- en nadelen. De scenario's zijn:

1. De regie en verantwoordelijkheid voor casemanagement dementie ligt bij aanbieders.
2. Financiers stellen kaders en geven sturing aan casemanagement dementie.
3. De overheid stelt kaders en geeft invulling aan casemanagement dementie.

Scenario 1: Regie en verantwoordelijkheid bij aanbieders

Aanbieders zorgen dat alle mensen met dementie die binnen hun werkgebied casemanagement nodig hebben, dat krijgen. Het casemanagement dementie is binnen de Zvw onderdeel van de wijkverpleging. Aanbieders maken ook afspraken met gemeenten en zorgkantoren over welk deel van de casemanagementtaken vallen binnen de Wmo en Wlz. Aanbieders maken met elkaar afspraken over de registratie en uitwisseling van relevante gegevens, ook richting en met gemeentes. Binnen een regio wordt onderling samengewerkt zodat elke cliënt de best passende zorg krijgt, passend bij het bovenliggende probleem. Dat vraag om afstemming over welke ondersteuning op welke moment door welke professional en welke organisatie.

Voordelen:

- Er is ruimte voor lokale variatie en voor het kiezen van een oplossing die lokaal het beste past.
- Er is op cliëntniveau ruimte voor oplossingen op maat.
- Dit scenario sluit het beste aan bij het beleid van decentralisatie dat reeds is ingezet.

Nadelen:

- Elke regio vindt zelf het wiel uit.
- Grote lokale variatie kan in de praktijk betekenen: hele goede en hele slechte regio's. De kwaliteit van de zorg hangt af van iemands woonplaats.
- Risico dat aanbieders sturen op het minimaliseren van kosten in plaats van het maximaliseren van kwaliteit en resultaten.
- Risico dat door het ontbreken van regie de samenwerking juist vermindert en de concurrentie toeneemt, omdat iedere aanbieder primair het eigen belang volgt.

- Risico dat het afstemmen tussen verschillende partijen veel tijd vraagt, die ten koste gaat van cliëntgebonden tijd.

Scenario 2: Kaders en sturing van financiers

Verzekeraars hebben zicht op het feit of alle mensen met dementie die case-management nodig hebben, dat ook krijgen. Zij nemen het voortouw en stimuleren het behouden van/de vorming van netwerken waarbinnen casemanagement dementie op een verantwoorde manier wordt aangeboden. Ze stellen hiervoor kwaliteitseisen en inkoopcriteria op. Waar relevant zorgen zij voor verbindingen tussen expertise-gebieden, bijvoorbeeld door het opzetten van expertisecentra.

Voordelen:

- Mogelijkheid om zowel op kwaliteitsverhoging als kostenreductie te sturen.
- Mogelijkheid om landelijk een minimale kwaliteitseis neer te zetten.
- Mogelijkheid om integrale zorg en ketensamenwerking te stimuleren.
- Het hebben van kwaliteitseisen biedt de mogelijkheid om te meten op uitkomsten, ingebed in het primaire proces.

Nadelen:

- Bij variatie tussen verzekeraars moeten aanbieders met verschillende modellen naast elkaar werken.
- Minder ruimte voor lokale variatie.
- Meer sturing en controle vraagt meer administratie, dat ten koste kan gaan van cliëntcontact.
- Het meten en monitoren van uitkomsten van zorg vraagt inbedding in het zorg-proces. Dit kunnen professionals als belastend ervaren.

Scenario 3: Kaders en invulling van de overheid

De overheid stuurt op de beschikbaarheid van casemanagement voor alle mensen met dementie die dat nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan financiële sturing: een aparte aanspraak casemanagement dementie binnen de Zvw. De NZa monitort vanuit haar toezichthoudende rol de besteding van de aanspraak wijkverpleging. Of denk aan inhoudelijke sturing: het kwaliteitsinstituut neemt, vanuit haar kwaliteitsrol, positie of helpt om tot afspraken te komen.

Voordelen:

- Mogelijkheid om landelijk een minimale kwaliteitseis neer te zetten.
- Sturing op macro-budgettair kader mogelijk, waardoor de dementiezorg niet ten koste gaat van andere zorgtypen of andersom.
- Monitoring mogelijk van het op de juiste wijze besteden van de aanspraak casemanagement.

Nadelen:

- Minder ruimte voor lokale variatie.
- Het stellen van kaders voor een specifieke doelgroep belemmert integrale zorg. Het risico is dat ook voor andere doelgroepen een aparte prestatie casemanagement wordt gevraagd, waardoor het systeem complex wordt en dubbelingen en/of schotten ontstaan.
- Kans op administratieve lastenverhoging door extra monitoring.

- Dit gaat mogelijk in tegen het beleid van decentralisatie dat reeds is ingezet om meer lokaal te organiseren en centrale overheidssturing te verminderen.

5.4 Tot slot

De hierboven geformuleerde scenario's schetsen drie richtingen waarin verschillende partijen verantwoordelijk zijn en sturing geven. Een duurzame oplossing vraagt om aansluiting bij nieuwe ontwikkelingen zoals het verder verminderen van administratieve lasten, het inzetten van persoonsvolgende bekostiging en het beschrijven van de zorgprofielen in de wijkverpleging. Dit zijn modellen die door voortschrijdend inzicht zijn ontstaan. Ze beogen prikkels af te geven voor zowel kwaliteitsverbetering als kostenbeheersing. Hoe dan ook, het belang van samenwerken op meerdere fronten staat bovenaan. Zonder samenwerking ontstaat geen duurzame oplossing om de zorg voor dementie beschikbaar en betaalbaar te houden voor ieder die dat nodig heeft. Dat vraagt zowel samenwerking tussen aanbieders onderling als tussen aanbieders en financiers. Hierin hebben in feite alle partijen een gedeelde verantwoordelijkheid. De oplossing kan dan ook liggen in het combineren van elementen uit de drie geschetste scenario's.

Bijlage 1. Deelnemers en topiclijsten bijeenkomsten en interviews

Startbijeenkomst 13 april

- Julie Meerveld, Alzheimer Nederland
- Lindy Hilgerdenaar, BTN
- Mariska de Bont, V&VN
- Gerben Jansen, TWB
- Caspar Lombaers, VWS
- Patrick Jansen, bureau HHM
- Evelien Rijken, bureau HHM

Geïnterviewde ketenregisseurs

- Judith Kroes, Twente Zuid Oost & Deventer
- Marian Salari, Eindhoven en omgeving
- Wies Wagenaar, Noord en Oost Flevoland
- Janet Zwanenburg, Gooi & Vechtstreek
- Dieuwke Biesma, Noord West Veluwe
- Judith Lansink, Maastricht Heuvelland
- Louwke Polman, West Groningen
- Martien Briët, Amsterdam Nieuw West
- Els van de Veen, Netwerk Dementie Drenthe
- Yvonne Schoenmakers, Delft Westland Oost & Nieuwe Waterweg Noord
- Corien Gosker, Team 290, Groningen

Bijeenkomst financiers 12 mei

- Manon IJzerman, ONVZ
- Kim Luijten, CZ
- Olivier van Noort, Menzis
- Charlotte van der Ziel, Zilveren Kruis
- Jelle Vrijsen, VGZ
- Monique Elemans, VGZ
- Angela Bransen, ZN
- Patrick Jansen (bureau HHM)
- Evelien Rijken (bureau HHM)

Topiclijst 12 mei

- Inkoop
  - Aandacht voor (casemanagement) dementie bij inkoop
  - Inkoop van dementiezorg in relatie tot integrale inkoop
- Kwantiteit
  - (Borgen van) kwantiteit
  - Wachtlijsten
  - Controleren/afrekenen (incl. consequenties)
  - Verhouding informatie over kwaliteit en administratieve lasten
- Kwaliteit
  - (Borgen van) kwaliteit
  - Veranderingen in kwaliteit
  - Verschil generalisten en specialisten
  - controleren/afrekenen (incl. consequenties)
  - Verhouding informatie over kwaliteit en administratieve lasten

Bijeenkomst casemanagers 19 mei

- Alexandra Kaal, ZNWV
- Clarie Spelmink - Veldkamp, ZNWV
- Karin Linsen, Pantein
- Klaske Suurd, Icare
- Annemarie Keij, Stichting Groenhuysen
- Neeltje Friebel, Geriant
- Nancy Kwinten, ID-team
- Liesbeth Machielsen, Liesbeter
- Anja Niggebruge, Zorgcirkel
- Sandra Grashoff, Vivium
- Karla Hofman, Zorggroep Solis
- Xandra Hilgers, Zorgbalans
- Daan van Delden, Thebe
- Astrid Rietdijk, Cordaan
- Claire v. Wesel, Zorgbalans
- Paul Jeroen Verkade, Geriant
- Rika Rofelsen, Icare
- Gerben Jansen, TWB, Thuiszorg met Aandacht

Topiclijst 19 mei

- Inkoop
  - Start casemanagementtraject: gewenst en werkelijk
  - Ervaringen schotten Zvw, Wlz, Wmo
  - Capaciteit van casemanagement (incl. caseload, wachtlijsten)

- Invulling van de functie casemanagement
  - Beschikbaarheid voldoende casemanagers
  - Samenwerking/afstemming generalisten en specialisten, verschil in uitvoering/kwaliteit
  - Scholing en kwaliteitskenmerken
  - Herkenning dementie/doorverwijzing door generalisten
  - Omgang met multi-morbiditeit door generalisten versus specialisten
  - Continuïteit casemanagementtraject
  - Mate van autonomie om benodigde inzet te bepalen

Slotbijeenkomst 24 mei

- Wimjan Vink, ActiZ
- Mariska de Bont, V&VN
- Ronald Bellekom, VNG
- Angela Bransen, ZN
- Lindy Hilgerdenaar, BTN
- Julie Meerveld, Alzheimer Nederland
- Meltum Kaya, NZa
- Paulie vd Bosch, stuurgroep LND
- Janet Zwanenburg-Hoogendijk, Amaris Zorggroep
- Sebastiaan Scholten, Senioren Zorg Plan
- Marian Salari, GGZE
- Gerben Jansen, TWB
- Martin Brouwers, Surplus

- Judith Kroes, dementie Twente
- Dieuwke Biesma, DementieD
- Jelle Vrijssen, VGZ
- Kim Luijten, CZ
- Caspar Lombaers, VWS
- Patrick Jansen, bureau HHM
- Ina Diermanse, bureau HHM
- Evelien Rijken, bureau HHM

Bijlage 2. Vragenlijst ketenregisseurs

Deze vragenlijst richt zich op de kwaliteit en inkoop van casemanagement dementie in uw keten. Mogelijk valt de zorg voor dementerenden en hun naasten in uw regio niet meer onder de noemer 'keten' of 'casemanagement'. Ook dan zijn uw antwoorden relevant!
Lees hier meer over het onderzoek en de vragenlijst.

De resultaten van deze vragenlijst presenteren we op groepsniveau. Dat wil zeggen: we geven geen resultaten van individuele ketens, maar presenteren de uitkomsten voor de hele groep respondenten of voor subgroepen. We zijn namelijk geïnteresseerd in de knelpunten die u signaleert, niet in het functioneren van individuele ketens. We vragen om uw contactgegevens zodat we eventueel kunnen benaderen bij onduidelijkheden.

Dit is de printversie van de vragenlijst. Deze moet altijd in deze webapplicatie worden ingevuld. De link naar de vragenlijst vindt u in de mail.
U kunt tussentijds een conceptversie van de vragenlijst opslaan en op een later tijdstip verder gaan.

Wij verzoeken u de vragenlijst **uiterlijk vrijdag 22 april** in te vullen.

Voor vragen zijn Evelien Rijken en Sophie ten Hove van bureau HHM beschikbaar via telefoonnummer 053 433 05 48.
Alvast bedankt voor uw tijd.

Nr.	Vraag
1.	Wat is uw naam? *Open vraag*
2.	Wat is uw functie? *Open vraag*
3.	Op welk telefoonnummer bent u bereikbaar? (Zodat wij u kunnen benaderen als we vragen hebben over uw antwoorden)
4.	Voor welke dementieketen bent u werkzaam? *Keuzelijst*
5.	Welke partijen zijn vertegenwoordigd in de keten? • Gemeenten • Zorgaanbieders VVT • Zorgverzekeraar/zorgkantoor • Ziekenhuizen • Welzijnsorganisatie • Vrijwilligersorganisaties • Belangenbehartigers (cliëntorganisaties) • GGZ-organisatie • Eerstelijnszorgaanbieder • Anders, namelijk *Meerdere antwoorden mogelijk*

Nr.	Vraag
6.	Wat was begin 2016 het totale aantal thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie bekend in uw dementieketen? *[Aantal]*
7.	Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie heeft casemanagement? (of als u het percentage niet weet: om hoeveel cliënten gaat het in totaal?) *[%] en/of [n]*
8.	Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie kreeg binnen vier weken na start van een diagnosetraject, casemanagement toegewezen? (of als u het percentage niet weet: om hoeveel cliënten gaat het in totaal?) *[%] en/of [n]*
9.	Hoeveel procent van de thuiswonende cliënten met (een vermoeden van) dementie staat op de wachtlijst voor casemanagement? (of als u het percentage niet weet: om hoeveel cliënten gaat het in totaal?) *[%] en/of [n]*
10.	Is het aantal mensen op de wachtlijst voor casemanagement in uw dementieketen het afgelopen half jaar toegenomen, afgenomen of gelijk gebleven? • Toegenomen (er waren geen wachtlijsten, die zijn er nu wel) • Toegenomen (er waren wachtlijsten, daar staan nu meer mensen op) • Afgenomen (er waren wachtlijsten, nu niet meer) • Afgenomen (er waren wachtlijsten, daar staat nu minder mensen op) • Gelijk gebleven (er waren geen wachtlijsten, die zijn er nog steeds niet) • Gelijk gebleven (er waren wachtlijsten, die zijn er nog steeds) *Eén antwoord mogelijk*
11.	In geval van wachtlijsten, heeft u met de zorgverzekeraar gesproken over het terugdringen hiervan? • Ja • Nee • N.v.t. (geen wachtlijsten) *Eén antwoord mogelijk*
	Kunt u deze afspraken kort toelichten? *Open vraag*
12.	Wat is het totaal aantal FTE casemanagers in uw dementieketen (inclusief professionals die formeel geen casemanager heten maar wel deze taken vervullen, namelijk: de gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten)? *[aantal]*
13.	Wat is de gemiddelde caseload per casemanager op basis van 1 FTE? *[aantal]*
14.	Wanneer start het casemanagement? • Bij eerste niet pluisgevoel • Bij eerste hulpvraag van de cliënt/naaste • Bij start diagnosetraject

Nr.	Vraag
	• Bij daadwerkelijke diagnose • Anders, namelijk *Eén antwoord mogelijk*
15.	Wanneer zijn de casemanagers in uw keten beschikbaar voor vragen van cliënten? • Overdag • Overdag en 's avonds • 24 uur per dag *Eén antwoord mogelijk*
16.	Wie voerden in 2015 het casemanagement dementie uit binnen uw keten? • Casemanagers dementie (met een eigenstandige gespecialiseerde functie) • Wijkverpleegkundigen met specialisatie dementie/geriatrie • Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen • Praktijkondersteuners van de huisarts (POH's) • Zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers) • Ouderenadviseurs • Overig, namelijk: *Meerdere antwoorden mogelijk*
17.	Wie voeren momenteel het casemanagement dementie uit binnen uw keten? • Casemanagers dementie (met een eigenstandige gespecialiseerde functie) • Wijkverpleegkundigen met specialisatie dementie/geriatrie • Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen • Praktijkondersteuners van de huisarts (POH's) • Zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers) • Ouderenadviseurs • Overig, namelijk: *Meerdere antwoorden mogelijk*
18.	Bij welke organisaties zijn de casemanagers in uw dementieketen formeel in dienst? • Gemeenten • Zorgaanbieder VVT • Netwerkorganisatie • GGZ-organisatie • Huisartsenpraktijk • Anders, namelijk *Meerdere antwoorden mogelijk*
19.	Is bij mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten, in elke fase van het ziekteproces (in de thuissituatie) dezelfde casemanager het aanspreekpunt? • Ja, de casemanager is in elke fase het aanspreekpunt • De casemanager besteedt ondersteuningsactiviteiten uit aan bijv. een wijkverpleegkundige, ouderenadviseur of maatschappelijk werker • Er zit een 'knip' in het casemanagement: op een zeker moment wordt het casemanagement overgedragen. *Meerdere antwoorden mogelijk*

Nr.	Vraag
20.	Hoeveel procent van de casemanagers dementie had in 2015 de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie? (Bron: V&VN, 2012 – expertisegebied casemanagement dementie) • 0 - 20% • 20 - 40% • 40 - 60% • 60 - 80% • 80 - 100% *Eén antwoord mogelijk*
21.	Hoeveel procent van de casemanagers dementie heeft momenteel de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie? (Bron: V&VN, 2012 – expertisegebied casemanagement dementie) • 0 - 20% • 20 - 40% • 40 - 60% • 60 - 80% • 80 - 100% *Eén antwoord mogelijk*
22.	Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om de kwaliteit (zoals t.a.v. opleidingsniveau, competenties) van casemanagement binnen uw regio ook in 2016 te waarborgen? • Ja • Nee *Eén antwoord mogelijk*
	Zo ja, kunt u deze maatregelen kort toelichten? Zo nee, waarom heeft u dat niet gedaan? *Open vraag*
23.	Zijn er in het afgelopen half jaar in uw dementieketen casemanagers ontslagen of overgegaan naar een andere functie om budgettaire redenen? • Ja • Nee *Eén antwoord mogelijk*
	Zo ja, hoeveel FTE casemanagement is vanwege problemen met de inkoop ontslagen of overgegaan naar een andere functie? *[aantal]*
24.	Heeft uw dementieketen specifieke maatregelen genomen om het aanbod (zoals het aantal casemanagers, het aantal uren) van casemanagement binnen uw regio ook vanaf 2016 te waarborgen? • Ja • Nee • Ik weet het niet *Eén antwoord mogelijk*

Nr.	Vraag
	Zo ja, kunt u deze maatregelen kort toelichten? Zo nee, wat belemmert u dan? *Open vraag*
25.	Optimaliseren de casemanagers in uw keten naar uw mening het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten? • Ja • Deels • Nee *Eén antwoord mogelijk*
26.	Signaleren de casemanagers in uw keten naar uw mening de stemmings- en gedragsproblemen en handelen zij adequaat? • Ja • Deels • Nee *Eén antwoord mogelijk*
27.	Minimaliseren de casemanagers in uw keten naar uw mening de emotionele problemen en overbelasting van naasten (spanning, angst, depressie)? • Ja • Deels • Nee *Eén antwoord mogelijk*
28.	Stellen de casemanagers in uw keten de opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen in voldoende mate uit? • Ja • Deels • Nee *Eén antwoord mogelijk*
29.	Kunt u voor de bovenstaande vier vragen kort toelichten waarom u vindt van wel of niet?
30.	Met welke zorgverzekeraar heeft uw dementieketen in 2016 HET MEEST te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement (op concernniveau)? • Achmea • VGZ • CZ • Menzis • DSW • ONVZ • Zorg & Zekerheid • ASR • ENO *Eén antwoord mogelijk*
31.	Met welke zorgverzekeraars heeft uw dementieketen in 2016 nog meer te maken voor de inkoop van ketenzorg en/of casemanagement? • Achmea • VGZ • CZ

Nr.	Vraag
	• Menzis • DSW • ONVZ • Zorg & Zekerheid • ASR • ENO *Meerdere antwoorden mogelijk*
32.	Op welke wijze wordt het casemanagement in uw dementieketen gefinancierd? • Aanspraak wijkverpleging (Zvw) • Wmo • Subsidie- of innovatiegelden • Bijdrage netwerkpartners (in uren/geld) • Overig, namelijk… *Meerdere antwoorden mogelijk*
33.	Op welke wijze worden de KETENACTIVITEITEN in uw dementieketen gefinancierd (zoals de ketenregisseur, secretariaat, werkgroepen, overleggen, projecten)? • Aanspraak wijkverpleging (Zvw) • Wmo • Subsidie- of innovatiegelden • Bijdrage netwerkpartners (in uren/geld) • Overig, namelijk… *Meerdere antwoorden mogelijk*
34.	Als er sprake is van financiering vanuit de aanspraak wijkverpleging: Is voor de keten inzichtelijk welk deel van het totale wijkverplegingsbudget, is bestemd voor (of kan worden ingezet voor) casemanagement dementie? • Ja • Nee • Niet van toepassing
35.	Deze vraag gaat over de zorgverzekeraar waar u het meest mee te maken heeft bij de inkoop van wijkverpleging. Op welke eisen controleert de zorgverzekeraar uw keten? Zijn dat eisen t.a.v.: • Inzetbaarheid en aantal uren casemanagement • Opleiding en/of competenties van de casemanagers • Caseload van casemanagers • Monitoren/registreren van het aantal uren casemanagement • Monitoren/registreren van de kwaliteit van casemanagement • Positionering en/of samenwerking binnen de keten • Gehele Zorgstandaard Dementie • Andere eisen • Geen eisen • Ik weet het niet *Meerdere antwoorden mogelijk*
36.	Welke knelpunten die nog niet aan bod zijn gekomen ervaart u momenteel bij de inkoop van casemanagement dementie? *Open vraag*

Nr.	Vraag
37.	Welke knelpunten die nog niet aan bod zijn gekomen ervaart u in de uitvoering van casemanagement dementie? *Open vraag*
38.	Heeft u nog overige opmerkingen? *Open vraag*
39.	Bent u bereid om deel te nemen aan een telefonisch interview van ongeveer 30 min. om op een aantal onderwerpen dieper in te gaan? De resultaten van dit interview worden gebruikt om de knelpunten die momenteel bestaan bij casemanagement dementie, en de mogelijke oplossingsrichtingen, voor te leggen aan het ministerie van VWS. • Ja • Nee

Bijlage 3. Vragenlijst aanbieders

Deze vragenlijst richt zich op de kwaliteit en inkoop van casemanagement dementie in uw keten. Mogelijk valt de zorg voor dementerenden en hun naasten in uw regio niet meer onder de noemer 'keten' of 'casemanagement'. Ook dan zijn uw antwoorden relevant! Met casemanagement bedoelen wij de gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten.
Lees hier meer over het onderzoek en de vragenlijst.

De resultaten van deze vragenlijst presenteren we op groepsniveau. Dat wil zeggen: we geven geen resultaten van individuele organisaties en ketens, maar presenteren de uitkomsten voor de hele groep respondenten of voor subgroepen. We zijn namelijk geïnteresseerd in de knelpunten die u signaleert, niet in het functioneren van individuele organisaties. We vragen om uw contactgegevens zodat we eventueel kunnen benaderen bij onduidelijkheden.

Dit is de printversie van de vragenlijst. Deze moet altijd in deze webapplicatie worden ingevuld. De link naar de vragenlijst vindt u in de mail.

Wij verzoeken u de vragenlijst **uiterlijk donderdag 28 april** in te vullen.

Voor vragen zijn Evelien Rijken en Sophie ten Hove van bureau HHM beschikbaar via telefoonnummer 053 433 05 48.
Alvast bedankt voor uw tijd.

Nr.	Vraag
1.	Wat is uw naam? *Open vraag*
2.	Wat is uw functie? *Open vraag*
3.	Op welk telefoonnummer bent u bereikbaar? *(Zodat wij u kunnen benaderen als we vragen hebben over uw antwoorden)*
4.	Voor welke dementieketen voert uw organisatie casemanagement dementie uit bij mensen in de thuissituatie? *Keuzelijst*
5.	Wie voerden in 2015 het casemanagement dementie uit binnen uw organisatie? • Casemanagers dementie (met een eigenstandige gespecialiseerde functie) • Wijkverpleegkundigen met specialisatie dementie • Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen • Praktijkondersteuners van de huisarts (POH's) • Zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers) • Ouderenadviseurs • Overig, namelijk: • Wij voerden in 2015 geen casemanagement dementie uit *Meerdere antwoorden mogelijk*

Nr.	Vraag
6.	Wie voeren momenteel het casemanagement dementie uit binnen uw organisatie? • Casemanagers dementie (met een eigenstandige gespecialiseerde functie) • Wijkverpleegkundigen met specialisatie dementie • Generalistisch werkende wijkverpleegkundigen • Praktijkondersteuners van de huisarts (POH's) • Zorgprofessionals met een psychosociale achtergrond (bijv. maatschappelijk werkers) • Ouderenadviseurs • Overig, namelijk: • Wij voeren momenteel geen casemanagement dementie uit *(Voert u geen casemanagement dementie uit? Dan valt u buiten de doelgroep van deze vragenlijst, u kunt de gegevens direct verzenden en de vragenlijst daarna beëindigen. Hartelijk dank voor uw tijd.)* *Meerdere antwoorden mogelijk*
7.	Hoeveel procent van de casemanagers dementie in uw organisatie had in 2015 de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie? (Bron: V&VN, 2012 – expertisegebied casemanagement dementie) • 0 – 20% • 20 – 40% • 40 – 60% • 60 – 80% • 80 – 100% *1 antwoord mogelijk*
8.	Hoeveel procent van de casemanagers dementie in uw organisatie heeft momenteel de (door de V&VN) gewenste vooropleiding, namelijk: verpleegkundige vooropleiding niveau 5 en opleiding casemanagement dementie? (Bron: V&VN, 2012 – expertisegebied casemanagement dementie) • 0 – 20% • 20 – 40% • 40 – 60% • 60 – 80% • 80 – 100% *1 antwoord mogelijk*
9.	Heeft uw organisatie specifieke maatregelen genomen om de kwaliteit (zoals t.a.v. opleidingsniveau, competenties) van casemanagement binnen uw regio ook in 2016 te waarborgen? • Ja • Nee *1 antwoord mogelijk*
	Zo ja, kunt u deze maatregelen kort toelichten? Zo nee, wat belemmert u dan? *Open vraag*

Nr.	Vraag
10.	Zijn er in het afgelopen half jaar in uw organisatie casemanagers ontslagen of overgegaan naar een andere functie om budgettaire redenen? • Ja • Nee *1 antwoord mogelijk*
11.	Heeft uw organisatie specifieke maatregelen genomen om het aanbod (zoals het aantal casemanagers, het aantal uren) van casemanagement binnen uw regio ook vanaf 2016 te waarborgen? • Ja • Nee • Ik weet het niet *1 antwoord mogelijk*
	Zo ja, kunt u deze maatregelen kort toelichten? Zo nee, wat belemmert u dan? *Open vraag*
12.	Optimaliseren de casemanagers in uw organisatie naar uw mening het welbevinden en de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten? • Ja • Deels • Nee *1 antwoord mogelijk*
13.	Signaleren de casemanagers in uw organisatie naar uw mening de stemmings- en gedragsproblemen en handelen zij adequaat? • Ja • Deels • Nee *1 antwoord mogelijk*
14.	Minimaliseren de casemanagers in uw organisatie naar uw mening de emotionele problemen en overbelasting van naasten (spanning, angst, depressie)? • Ja • Deels • Nee *1 antwoord mogelijk*
15.	Stellen de casemanagers in uw organisatie de opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen in voldoende mate uit? • Ja • Deels • Nee *1 antwoord mogelijk*
16.	Kunt u voor de bovenstaande vier vragen kort toelichten waarom u vindt van wel of niet?

Nr.	Vraag
17.	Op welke wijze wordt het casemanagement in uw organisatie gefinancierd? • Aanspraak wijkverpleging (Zvw) • Wmo • Subsidie- of innovatiegelden • Bijdrage netwerkpartners (in uren/geld) • Overig, namelijk… *Meerdere antwoorden mogelijk*
18.	Als er sprake is van financiering vanuit de aanspraak wijkverpleging, is voor uw organisatie inzichtelijk welk deel van het totale wijkverplegingsbudget, is bestemd voor (of kan worden ingezet voor) casemanagement dementie? • Ja • Nee • Niet van toepassing
19.	Welke knelpunten die nog niet aan bod zijn gekomen ervaart u momenteel bij de inkoop van dementie? *Open vraag*
20.	Welke knelpunten die nog niet aan bod zijn gekomen ervaart u in de uitvoering van casemanagement dementie? *Open vraag*
21.	Heeft u nog overige opmerkingen? *Open vraag*
22.	Bent u bereid om deel te nemen aan een telefonisch interview van ongeveer 30 min. om op een aantal onderwerpen dieper in te gaan. De resultaten van dit interview worden gebruikt om de knelpunten die momenteel bestaan in bij casemanagement dementie, en de mogelijke oplossingsrichtingen, voor te leggen aan het ministerie van VWS. • Ja • Nee