Een toekomstscenario door casemanagers dementie

Eindverslag Maatwerktraject Slimmer Samenwerken
“Casemanagers in hun kracht”
Regio’s Lekstroom, West Utrecht, Stad Utrecht

Trajectbegeleiders Hiltjo Graafland en Astrid Homan

Januari 2026

Inleiding

Voor u ligt de opbrengst van het maatwerktraject “Slimmer Samenwerken, of zoals het in de uitvoering is gaan heten “Casemanagers in hun kracht”. Een intensieve samenwerking met de casemanagers dementie van drie Netwerken Dementie: Lekstroom, West-Utrecht en Stad Utrecht.

Wat eind 2023 begon met een wereldcafé met de casemanagers van West-Utrecht, is in 2024 voortgezet met de casemanagers van Lekstroom en Stad Utrecht. Die opbrengsten hebben geleid tot de aanvraag voor dit maatwerktraject. Centraal motief van het maatwerktraject is de verbinding en samenhang tussen de casemanagers dementie onderling en met andere professionals. Met elkaar in verbinding zijn en komen. Elkaar leren kennen, samen kennis uitwisselen en kijken waar er verbeterkansen liggen voor het casemanagement dementie in de drie netwerken. De ideeën en inzichten van de casemanagers staan centraal: zij zijn aan het woord.

Bij de start is de behoefte beschreven aan een praktisch ingestoken aanpak: samen aan de slag om knelpunten te signaleren en verbeterkansen te onderzoeken. Als ambitie voor de opbrengst is de wens benoemd dat aan het eind van het traject op elk van de 3 thema’s een verandering gerealiseerd en/of geïnitieerd is en/of er een concreet advies geformuleerd is voor een vervolgaanpak.

In dit document wordt de reis beschreven die de casemanagers met de begeleiders samen hebben afgelegd. Vanuit de gekozen thema’s in het voortraject volgt een bespreking van het traject dat met de casemanagers is afgelegd. De output is dit verslag met een schets van een toekomstscenario voor casemanagement dementie zoals gezien vanuit het perspectief van de casemanagers en een praatplaat.

Door het verslag heen worden aanbevelingen geformuleerd die steeds zijn gekoppeld aan de bespreking van een daarvoor gelegen onderwerp. De aanbevelingen zijn een advies aan het overkoepelende regionale netwerk in wording.

Leeswijzer

Het document start met een beschrijving van de vertrekpunten en de etappes in de gemaakte reis (hoofdstuk 1). In de volgende 3 hoofdstukken wordt beschreven welke uitwerking is gegeven aan de 3 thema’s van het maatwerktraject (hoofdstuk 2, 3 en 4). Aansluitend is er een reflectie op het traject in hoofdstuk 5.
Hoofdstuk 6 schetst een toekomstscenario voor casemanagement dementie in de regio Utrecht. Het document wordt afgesloten met conclusies en een overzicht van de verschillende aanbevelingen vanuit het traject.

Inhoudsopgave

Inleiding 2
Leeswijzer 2
1 Uitgangspunten slimmer samenwerken 4
Werkgebied en werkvorm 4
Zorgstandaard Dementie 7
2 Thema 1: Leren en ontwikkelen 8
Gezamenlijk informatieplatform 8
Online ontmoetingen 8
Deskundige gesprekspartner 9
Stem van cliënten en naasten 10
3 Thema 2: Efficiënt wachtlijstbeheer en samenwerking in het regionale netwerk 11
Beschikbaarheid casemanagers 11
Beschikbaarheid casemanagement 11
Rol van de casemanager 12
Interprofessioneel samenwerken 13
4 Thema 3: Balans en diversiteit in de caseload 15
Casemix 15
Prioritering en urgentie 15
Toekomstbestendig casemanagement 16
5 Reflectie op de reis in het traject 17
6 Toekomstscenario casemanagement dementie 19
Aanmeldpunt 19
Meldingen 19
Gegevens bij aanmelding 19
Prioritering 20
7 Conclusie 25
Opbrengsten 25
Aanbevelingen 26
Nawoord 27

1 Uitgangspunten slimmer samenwerken

Het traject is gestart met als uitgangspunt dat:
- er door casemanagers meer gebruik wordt gemaakt van elkaars kwaliteiten en expertise;
- processen (inter)regionaal duidelijk en meer aansluitend zijn;
- de samenwerking tussen casemanagers onderling én met andere professionals in het netwerk, rondom mensen met dementie, wordt versterkt.

Daarbij is gewerkt aan scenario's rond drie door de casemanagers aangedragen thema's: Casemanagers dementie hebben in een voortraject met elkaar een deze thema's aangedragen. Het zijn thema's die uitdagend voor hen zijn en waar ze aan willen werken. De drie thema's zijn:

1. **Casemanagers dementie leren en ontwikkelen van en met elkaar**
   Het gaat hier om het elkaar kennen en weten te vinden, effectief interregionaal samenwerken, benutten van elkaars ervaring en expertise, deskundigheidsbevordering én het verder ontwikkelen van expertise.

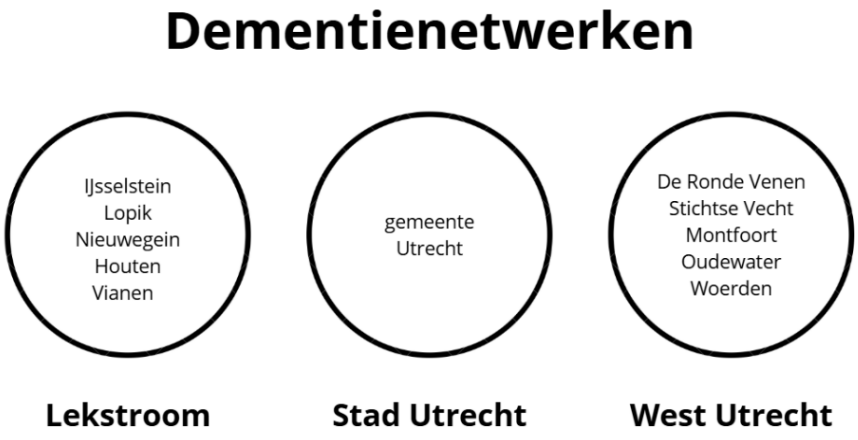
2. **Het wachtlijstbeheer casemanagement is efficiënt én daarnaast behulpzaam voor andere professionals in het netwerk**
   Het gaat hier enerzijds om de tijd die mensen op de wachtlijst staan en wie er in die periode contact onderhoud of ondersteuning biedt. Anderzijds om de inrichting van het proces van aanmelden (wachtlijstbeheer) te verbeteren waardoor mensen minder lang wachten en doorverwijzingen soepeler verlopen.

3. **Er is balans en diversiteit in de caseload van casemanagers.**
   Het gaat hier om het krijgen van een goed beeld van de huidige situatie in de drie regio's en bij de verschillende organisaties (aantallen en complexiteit). Daarnaast ook om het benutten van mogelijkheden voor verbetering, bijvoorbeeld in de samenwerking tussen de casemanagers dementie en andere professionals in het netwerk, bijvoorbeeld door het uitwerken van taakdifferentiatie en afspraken in interprofessionele samenwerking.

De rode draad door de drie thema's is de behoefte aan meer onderlinge verbinding, uitwisseling en samenwerking tussen casemanagers én andere professionals (en vrijwilligers) in het netwerk rondom mensen met dementie. We spreken hier over integraal samenwerken, een belangrijk thema in de Zorgstandaard, dat we dankzij dit traject een boost willen geven.

Werkgebied en werkvorm

Het werkgebied betreft de Netwerken dementie Lekstroom, West Utrecht en Stad Utrecht.



Het aantal mensen met dementie neemt naar verwachting met een factor 2-3 toe tot 2050, zoals blijkt uit gegevens van Vektis. De gemiddelde toename is nu 15% per 5 jaar.

Extrapolatie aantal mensen met dementie per gemeente

Bron: Vektis	2020	2025		2030		2035		2040		2045		2050		Factor 25 jaar
Utrecht	3250	4180	29%	5240	25%	6410	22%	7580	18%	8710	15%	9740	12%	3,0
Nieuwegein	730	940	29%	1100	17%	1290	17%	1410	9%	1490	6%	1550	4%	2,1
IJsselstein	450	530	18%	630	19%	750	19%	860	15%	960	12%	1050	9%	2,3
Vijfheerenlanden	830	980	18%	1150	17%	1370	19%	1510	10%	1650	9%	1790	8%	2,2
Houten	480	630	31%	760	21%	850	12%	920	8%	940	2%	940	0%	2,0
Lopik	150	180	20%	210	17%	240	14%	260	8%	260	0%	250	-4%	1,7
Oudewater	150	160	7%	180	13%	200	11%	210	5%	210	0%	210	0%	1,4
Woerden	760	900	18%	1030	14%	1210	17%	1360	12%	1470	8%	1600	9%	2,1
Montfoort	150	170	13%	190	12%	210	11%	220	5%	220	0%	220	0%	1,5
Stichtse Vecht	880	1050	19%	1220	16%	1440	18%	1600	11%	1730	8%	1850	7%	2,1
De Ronde Venen	540	640	19%	740	16%	890	20%	980	10%	1070	9%	1140	7%	2,1
NL	249000	285000	14%	325000	14%	373000	15%	409000	10%	423700	4%	461000	9%	1,9

Tabel 1 prognose aantallen dementie per gemeente. Bron: Vektis

Ook de prognose cijfers van Alzheimer Nederland laten een vergelijkbare trend zien.

Regio	2025	2030	2040	2050
Lekstroom	3.660 (1,6%)	4.680 (2%) [+28%]	6.760 (2,7%) [+85%]	8.070 (3,1%) [+120%]
West Utrecht	3.630 (1,9%)	4.400 (2,3%) [+21%]	5.890 (2,9%) [+62%]	6.950 (3,4%) [+91%]
Utrecht Stad	3.300 (0,9%)	3.900 (1%) [+18%]	5.500 (1,3%) [+67%]	7.400 (1,6%) [+124%]

Parallel aan dit maatwerktraject wordt gewerkt aan een transitie naar één netwerk.
In het traject is samengewerkt vanuit de drie gebieden gezamenlijk. De opbrengst van dit maatwerktraject is een bouwsteen met inhoudelijke input voor de koers en keuzes van het nieuwe netwerk. Na de transitie is het van belang dat het nieuwe netwerk als eenheid en kader kan gaan dienen. Een netwerk dementie is dé plek om verbeteringen te organiseren, die goed doen voor mensen met dementie en hun naasten met eveneens oog voor de belangen van de alle professionals die zorg of ondersteuning bieden aan mensen met dementie.

Er is op het moment van schrijven nog geen overkoepelend netwerk. In de praktijk is er daarom nog sprake van een gebiedsafhankelijke onderverdeling. Dit komt onder andere voort uit het verschil tussen organisaties in de drie regio's met betrekking tot de inrichting van het casemanagement. In de drie samenwerkende regio's zijn diverse VVT-organisaties actief. De demografische situatie per plaats verschilt ook.

Leidraad in het maatwerktraject is de input van de casemanagers. Voor de contacten met hen is gewerkt met een mailbestand van casemanagers die werkzaam zijn in de 3 regio's. Het gaat om circa 80 casemanagers dementie.[1] Veel informatie-uitwisseling en communicatie is verlopen in een direct contact.

[1] Het aantal casemanagers fluctueert zowel door instroom als door uitval of vertrek.

Er is daarnaast gewerkt met een groep van casemanagers die optreden als contactpersonen voor hun collega-casemanagers en organisaties. Op die manier wordt het contact geborgd met casemanagers die niet zelf actief participeren in een van de werkgroepen, maar die wel op de hoogte willen blijven of op de achtergrond meedenken. Naast de casemanagers hebben ook enkele andere professionals betrokken bij de dementiezorg meegewerkt.

In de loop van het traject zijn drie plenaire bijeenkomsten georganiseerd. Begin 2025 is het traject van start gegaan onder de titel “Casemanagers in hun kracht” met een bijeenkomst op 11 februari 2025. In de bijeenkomst zijn de drie hoofdthema’s door de casemanagers uitgewerkt naar subthema’s. Op 18 maart heeft een vervolgbijeenkomst plaatsgevonden. Aan deze bijeenkomst namen niet alleen de casemanagers maar ook andere vertegenwoordigers van relevante organisaties deel.[2] Naar aanleiding van die bijeenkomst zijn de subthema’s verder aangescherpt. De verschillende onderwerpen hebben vervolgens invulling gekregen in diverse werkgroepen. De derde plenaire bijeenkomst op 6 oktober was opnieuw met alleen de casemanagers. Met hen hebben we gekeken naar de stand van zaken in de werkgroepen, maar ook nagedacht over wat toekomstig bestendig casemanagement betekent. Onderdeel van de bijeenkomst waren stellingen vanuit de door Vilans en Movisie ontwikkelde toolbox.

Om een gedetailleerder beeld te krijgen van het werkveld zijn 2 vragenlijsten uitgezet onder de casemanagers over onder andere samenstelling van de caseload, werkprocessen, werkdruk en werkplezier. Het betreft een vragenlijst voor de individuele casemanagers en een voor de contactpersonen van de verschillende zorgorganisaties van waaruit de casemanagers werken. Resultaten hiervan zijn in dit verslag verwerkt. De vragenlijsten zijn uitgezet en ingevuld aan het begin van de zomer 2025. Aan het onderzoek hebben 47 casemanagers deelgenomen en 9 casemanagers die zijn aangemerkt als contactpersoon. Deze laatste groep heeft antwoord gegeven op een aantal algemene vragen over het beleid van de organisaties die zijn vertegenwoordigen.

Vanuit de wens om ook de stem van de doelgroep te horen, zijn vragen uitgezet bij cliënten en mantelzorgers. Dit is gedaan in het directe contact met de casemanagers en via vragenlijsten die zijn uitgedeeld bij een aantal Alzheimer cafés of trefpunten in de 3 regio’s.

De opbrengsten uit de werkgroepen, plenaire bijeenkomsten en diverse enquêtes zijn hier bijeengebracht. De uitkomsten van alle inspanningen zijn integraal verwerkt en vertaald naar dit eindverslag. We noemen het “een toekomstscenario door casemanagers dementie”. Het is een advies van de casemanagers over de manier waarop zij graag zouden werken en de inrichting van de zorg voor mensen met dementie in deze regio.

[2] Informatie over het traject en de verslagen van de bijeenkomsten zijn te vinden op de website van de het Dementie Netwerk regio Utrecht.

Zorgstandaard Dementie

In het maatwerktraject zijn we aan het werk gegaan met aanbeveling 3 van de Zorgstandaard Dementie: casemanagement.

Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals.

In de Zorgstandaard Dementie zijn er meerdere aanbevelingen en indicatoren die hiermee raakvlakken hebben. Deze zijn:

- **4** Gecoördineerde netwerkzorg;
  De samenwerkingspartners in het dementienetwerk maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze afspraken vast in een overeenkomst en monitoren deze afspraken periodiek.
- **5** Niet-pluisfase;
  Er is een regionale structuur van waaruit op laagdrempelige wijze begrijpelijke publieksinformatie en individuele voorlichting wordt geboden, cultuur-sensitief, in diverse communicatievormen, gericht op vier groepen: personen met dementie zelf en diens mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en samenleving.

- **7** Kenmerken specifieke doelgroepen.
  De signalering van dementie is bij personen op jonge leeftijd, personen met een verstandelijke beperking en migranten gericht op specifieke kenmerken.

Als primaire kwaliteitsindicator zien we het percentage personen met de diagnose dementie dat casemanagement ontvangt.

In de gesprekken van de inhoudelijke werkgroepen over de organisatie van het casemanagement is de Zorgstandaard een belangrijk richtsnoer geweest. De casemanagers zouden willen voldoen aan de standaard, het doel en de uitgangspunten, maar merken anderzijds verschillende gangbare werkmethoden in de praktijk. Er wordt gekeken naar het overkoepelende netwerk in wording om straks de nodige randvoorwaarden te gaan bieden.

2 Thema 1: Leren en ontwikkelen

Casemanagers hebben specifieke expertise op het gebied van dementie. Ze zijn als zodanig opgeleid en gekwalificeerd om een scala aan activiteiten te overzien en uit te voeren. Maar voor casemanagers geldt bij uitstek dat zij nooit zijn uitgeleerd. Het werkveld van de dementiezorg is divers en dynamisch zowel op het gebied van regelgeving en richtlijnen als op het gebied van (nieuwe) mogelijkheden voor ondersteuning, daginvulling, zorg en wonen.

Een casemanager opereert bij voorkeur als een onafhankelijke professional, maar de kaders van de werkgevende (zorg)organisatie zijn voor de casemanager de randvoorwaarden van waaruit de werkzaamheden worden ingevuld. Intervisie en scholing vinden in de regel ook plaats vanuit die organisatieomgeving. De casemanagers ervaren beperkte mogelijkheden voor het ontmoeten van andere casemanagers buiten de eigen organisatie of het werkgebied. Casemanagers geven aan hier wel behoefte aan te hebben. Het is een signaal uit het voortraject, dat terugkomt in het maatwerktraject.

Het gaat om deskundigheidsbevordering en het uitwisselen van kennis en ervaring onderling. Ze willen leren van elkaar en zo de best passende ondersteuning kunnen bieden. Ze zoeken naar mogelijkheden om dat te doen. Meer “sprokkeltijd” wordt er gezegd. In de toelichting op de antwoorden in het vragenlijst onderzoek wordt aangegeven dat het werkplezier kan worden vergroot door meer eigen regie en meer ruimte voor contact met collega’s om kennis uit te delen. Zij verwachten dat de verbinding met gelijkgestemde collega’s hen ook zal versterken in hun onafhankelijke rol. Er wordt daarbij ook gevraagd naar meer ondersteuningsmogelijkheden voor de mantelzorgers.

Aanbeveling 1: Organiseer structurele, organisatie overstijgende intervisie voor de casemanagers in het netwerk.

Gezamenlijk informatieplatform

Vanuit de behoefte aan leren en ontwikkelen is in het traject gekeken naar andere vormen van kennisuitwisseling. Een specifieke vraag was één plek waar alle casemanagers met elkaar informatie en kennis kunnen delen. Als proef voor zo’n gezamenlijk platform is gebruik gemaakt van Socie. Socie is een community tool van Nederlands ontwerp dat voldoet aan alle voorwaarden vanuit AVG-wetgeving en dat op verschillende plekken in de zorg wordt gebruikt.

Vanuit het traject is specifieke informatie over het traject consequent in de app gedeeld, maar het gebruik door de casemanagers was minimaal. De tool werd niet door alle organisaties omarmt en stuitte op vragen en bezwaren rond privacy van gegevens. Deze vragen konden worden beantwoord, maar het gebruik van het platform kwam ondanks dat toch niet op gang. Voor een succesvolle uitrol is een nieuwe impuls of een nieuwe tool nodig.

Aanbeveling 2: Geef vorm aan een regionaal informatieplatform voor de casemanagers dat de behoefte aan intervisie en kennisdeling ondersteunt.

Online ontmoetingen

Naast het idee voor een gezamenlijk informatieplatform werd in de startbijeenkomst ook de vraag gesteld om kennissessies te organiseren voor de casemanagers uit de drie regio’s gezamenlijk. Drie kennissessies met als thema’s reablement, vertegenwoordiging en aanvragen artikel 21 en RM zijn aangeboden als online ontmoetingen. De eerste sessie was een combinatie van presentatie en gesprek. De inhoud bleek achteraf te weinig toegesneden op casemanagement dementie. De tweede en derde sessie waren mede aan de hand van vooraf gedeelde vragen van de casemanagers en daarmee meer specifiek en ook beter ontvangen. Alle drie de sessie konden rekenen op een grote groep deelnemers. In alle drie

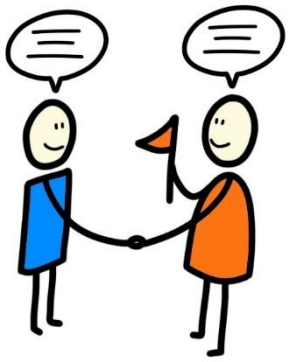
de sessies was er naast de kennis van de uitgenodigde deskundige spreker ook ruimte voor intervisie en kennisdeling onderling.

In een terugblik delen de casemanagers dat de opzet wordt gewaardeerd. Een online sessie vraagt een beperkt tijdbeslag. Het is fijn als vooraf vragen en onderwerpen kunnen worden gedeeld en vooral de intervisie met casemanagers onderling en het delen van praktijkvoorbeelden is fijn. De kennissessies zouden een mooi product zijn voor het netwerk om voort te zetten.

Aanbeveling 3: Richt een structureel programma in gericht op deskundigheidsbevordering door middel van online kennissessies voor de casemanagers.

Deskundige gesprekspartner

Het expertiseprofiel zoals dat in gezamenlijkheid is opgesteld door V&VN[3] en BPSW[4] is een duidelijke richtlijn. Daar waar er voorheen twee documenten waren vanuit de twee organisaties apart is dat nu samengevoegd tot een eenduidig profiel waarin wordt geduid wat de vereisten zijn voor een casemanager dementie. De casemanagers zien dit als belangrijke vakinhoudelijke borging. Het profiel vraagt ook dat de casemanagers blijven leren om hun kennis up tot date te houden. In de snel veranderende omstandigheden is deskundigheid en actuele kennis cruciaal.



In het werkveld vormen aandachtsvelders dementie een waardevolle aanvulling op de gecertificeerde casemanager. Zij kunnen deeltaken overnemen en zo de werkdruk verlichten. Zij verlenen ondersteuning en zorg en hebben een belangrijke signaleringsfunctie. Doorgaans is er sprake van een samenspel: aandachtvelders opereren in het eerste of directe contact en hebben een lijn naar casemanagers voor aanvullende expertise wanneer dat nodig is. Voorbeelden die worden gegeven zijn aandachtsvelder die thuiszorg verlenen en op die manier het vertrouwde gezicht zijn en blijven.

Aandachtsvelders vervangen de casemanager niet. Ze volgen een vergelijkbare opleiding, maar het verschil zit in de vooropleiding. De opleiding tot casemanagers vereist een HBO-opleiding. Met een opleiding MBO-V wordt doorverwezen naar de opleiding voor aandachtsvelder dementie. Met een aanvullende specialisatie mogen aandachtsvelders met een MBO vooropleiding zich wel casemanager dementie noemen, maar zich niet als zodanig registeren. De mogelijkheid van doorontwikkeling via learning “on the job” is er vooralsnog nog niet. Dit is mogelijk een onderwerp voor gesprek. Een gewijzigd beleid kan kansen bieden voor de instroom van casemanagers. Het beleid ten aanzien van opleidingseisen ligt echter buiten de scope van het netwerk.

Anderzijds kan een verdere ontwikkeling van de inzet van aandachtsvelders in samenwerking met casemanagers ook werkdruk verlagen. Dit is een punt dat het netwerk wel kan oppakken.

Aanbeveling 4: Breng in beeld hoe de kennis en deskundigheid van casemanagers en aandachtsvelders het beste kan worden ingezet voor optimaal casemanagement.

[3] Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
[4] Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk

Stem van cliënten en naasten

De contacten tussen casemanagers en de cliënten en hun naasten zijn op individuele basis. Voor zover bekend is er binnen die relatie geen formele structurele feedback. Voor het maatwerktraject is het een specifieke wens geweest om ook de stem van de mensen met dementie en hun naasten te horen. Primair was de inzet op de organisatie van. Een zogenaamde klantarena.[5] Ondanks enthousiasme voor de werkvorm is het echter niet gelukt om dit binnen het tijdframe van het traject te organiseren. In een alternatief spoor zijn daarom vragenlijsten uitgezet. Dit is enerzijds gedaan in het directe contact tussen de casemanager en de cliënt en anderzijds via de Alzheimer Trefpunten en Cafés.

De uitkomsten van de vragenlijsten laten zien dat de ervaringen met casemanagers overwegend positief zijn. De respondenten zijn blij met de ondersteuning die wordt geboden. Als aandachtspunten wordt meegegeven dat informatie soms te veel digitaal is en dat er dan zelf nog veel uitzoek- en regelwerk moet worden gedaan. Hieronder de weergave van de antwoorden op twee van de vragen in de vragenlijst.

Wat verwacht u van de inzet van een casemanager voor **iemand met dementie?**

Wat verwacht u van de inzet van een casemanager voor **een naaste / mantelzorger van iemand met dementie?** (meer antwoorden mogelijk)

Mensen die hebben moeten wachten op een casemanager hadden graag een luisterend oor gehad en informatie over ondersteuning die al beschikbaar was.
De casemanagers die de vragenlijsten persoonlijk hebben uitgezet, hebben positief gereageerd op het initiatief. Ze vinden de feedback die ze hebben gekregen waardevol en zien meerwaarde in een structureel instrument.

Aanbeveling 5: Organiseer in samenwerking met de regionale afdelingen van Alzheimer Nederland een structureel klankbord met mensen met dementie en hun naasten.

[5] Dit is een ontmoeting waarin het gesprek met de cliënten en hun naasten centraal staan. Betrokken professionals bij zorg en ondersteuning zijn toehoorder.

3 Thema 2: Efficiënt wachtlijstbeheer en samenwerking in het regionale netwerk

Er zijn steeds meer mensen met dementie en het tekort aan casemanagers loopt op. Mensen met dementie en hun naasten moeten vaak (lang) wachten op de voor hen passende ondersteuning en zorg. Uit het vragenlijstonderzoek onder de casemanagers komt naar voren dat er op 2 plekken in het werkgebied geen wachtlijst is. Daar is ook ruimte voor ondersteuning in de “niet-pluis-fase”.

Casemanagers ervaren in de praktijk de overbelasting van het systeem en dat creëert ook druk voor hen. Als knelpunten worden onder andere genoemd administratieve lasten, geen goede samenwerking met organisaties en zorgverleners, barrières voor diensten voor de cliënten en wachtlijsten en financiële belemmeringen. Crisis wordt onbedoeld een bepalende factor in wachtlijst beheer. De casemanagers geloven dat er meer mogelijk is voor de wachtenden als er beter, ook interprofessioneel, wordt samengewerkt, regionaal en bovenregionaal. De samenwerking met andere professionals verschilt sterk per gebied.

Aanbeveling 6: Borg de toegang tot casemanagement vanaf de niet-pluis fase.

Beschikbaarheid casemanagers

Wachtlijsten ontstaan mede door uitval of ziekte van collega's en zijn op sommige locaties opgelost met de structurele inzet van extra casemanagers. Ook de wachtlijsten zelf worden ervaren als werkdruk. De werkdruk en complexiteit van cases zijn een aandachtspunt. De ervaren werkdruk wisselt. Het daarvoor gegeven cijfer is gemiddeld een 7. Met als hoogste cijfer een 9 en als laagste waarde een 3. In de toelichting op het antwoord wordt de complexiteit van cases aangegeven als een belangrijke factor voor de werkdruk. Hierbij wordt benoemd dat complexiteit ook ligt in het niet snel kunnen schakelen als dat wel als nodig wordt ervaren. Soms zitten procedures in de weg.

De casemanagers geven echter ook aan veel voldoening te vinden in hun werk. De casemanagers waarderen hun werk. In het vragenlijst onderzoek onder de casemanagers geven zij gemiddeld het cijfer 8 aan hun werkplezier. Het laagste cijfer dat wordt gegeven is een 6. Daar staat dan wel weer een aantal keer een 10 tegenover. Om het werk van casemanager duurzaam te kunnen blijven doen wordt aandacht gevraagd voor de administratieve lasten, de werkdruk en de caseload. Daar moet balans in blijven. Anderzijds wordt ook gevraagd om voldoende ruimte om te blijven leren en om een netwerk met ondersteunende kennis en collega’s en om meer vertrouwen en om voldoende waardering voor de expertise van de casemanager: *"We hebben een schitterend vak! De mensen eromheen in de breedste zin van het woord maken het vaak ingewikkeld.”*

Binnen de kaders van het maatwerktraject was er niet de ruimte om te experimenteren met mogelijkheden om de werkdruk te verminderen. Denk aan taakdifferentiatie of gebruik maken van technologie. Het wensbeeld van de casemanagers daarover is meegenomen in de beschrijving van het toekomstscenario.

Aanbeveling 7: Ga het gesprek aan met de casemanagers over de ervaren werkdruk en de oorzaken daarvan om uitval en uitstroom te voorkomen.

Beschikbaarheid casemanagement

Voor het vinden van een casemanager is kennis van de regio en het zorgveld nodig. Daardoor is deze niet voor iedereen toegankelijk en bereikbaar.
Een centraal aanmeldpunt zou een mogelijkheid zijn om de toegankelijkheid tot casemanagement te vergroten en tegelijkertijd ook meer inzicht en overzicht kunnen bieden

in de totale vraag naar casemanagement en meer vraaggestuurde capaciteitsplanning kunnen faciliteren.

Een laagdrempelig centraal systeem kan er bovendien aan bijdragen dat begeleiding eerder wordt gevraagd. Daardoor kan dan ook vaker worden geprofiteerd van de voordelen van vroegsignalering en begeleiding in een vroeg stadium[6]. Aanmelding zou mogelijk moeten zijn voor alle betrokkenen. Ook de cliënt zelf zou die stap moeten kunnen zetten. Een centraal systeem zorgt ervoor dat eventuele dubbele aanmeldingen worden ondervangen. Een totaaloverzicht biedt ook de mogelijkheid om de beschikbare capaciteit casemanagers beter te benutten en te plannen.

Centraal aanmeldpunt	
Argumenten voor	**Aandachtspunten inrichting**
Eerlijker en duidelijker	Hoe kom je tot een eenduidige werkwijze voor het hele netwerk
grotere vindbaarheid en benaderbaarheid	Wie initieert en wie beheert?
Juiste zorg op het juiste moment	Wie financiert?
Lagere drempel	Is het AVG proof te maken?
Efficiënter wachtlijstbeheer	Wie is dossier eigenaar?
Minder oneigenlijk werk voor de casemanager (taken beter te delegeren)	Houden de organisaties voldoende eigen identiteit en beleidsruimte?
Rol casemanager kan onafhankelijker worden ingevuld	

Tabel 2 Centraal aanmeldpunt

De inrichting van een gezamenlijk aanmeldpunt kent mogelijke voordelen, maar ook diverse aandachtspunten. Deze zijn in de onderstaande tabel weergegeven. Bij het inrichten van een centraal aanmeldpunt kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen uit andere regionale netwerken. Op diverse plekken functioneert dit al.

Aanbeveling 8: Richt gezamenlijk in het netwerk een laagdrempelig, centraal aanmeldpunt in.

Rol van de casemanager

In het expertiseprofiel[7] voor de casemanager staat beschreven:

De rol van de casemanager is breed en veelzijdig. In alle fasen van het ziekteverloop – ook wel aangeduid als patient journey – speelt de casemanager een rol, soms intensief, soms meer op afstand, afhankelijk van de behoeften van de cliënt. De casemanager legt daarbij verbanden naar instanties, aanbieders van zorg en ondersteuning, en ook naar informele netwerken rondom de betrokkenen. De casemanager dementie levert maat- werk en heeft daartoe kennis en vaardigheden op medisch, sociaal en psychisch vlak, kent de sociale kaart, het zorgnetwerk en weet op het goede moment de best passende verbindingen te leggen.

De Zorgstandaard Dementie beschrijft:

Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals.

Met de casemanagers is gesproken over wat een vast coördinatie- en aanspreekpunt inhoudt. De casemanagers zien zichzelf graag als de centrale en deskundige spin in het

[6] Onder andere het onderzoek EerderErbij - https://www.eerdererbij.nl/
[7] Expertiseprofiel casemanager dementie https://www.venvn.nl/afdelingen/casemanagers-dementie-met-een-verpleegkundige-achtergrond/nieuws/expertisegebied-casemanager-dementie

web. De spanne van vermoeden tot diagnose wordt daarbij onderkend als wensbeeld. Het wordt nog verlengd: de casemanager zou ook nazorg willen geven. Het contact zou niet moeten hoeven te stoppen bij een verhuizing en er zou ook ruimte moeten zijn voor begeleiding van de naasten als iemand is overleden. De realiteitszin brengt dat dit een wensbeeld is, dat alleen met de juiste randvoorwaarden en organisatie mogelijk kan worden. De actuele situatie is dat op dit moment de begeleiding in de niet-pluis fase niet kan worden opgepakt. Slechts op enkele plekken in de regio's is hier wel ruimte voor. Het gevaar dat dit meebrengt is dat er vaker crisissituaties ontstaan, die met vroegtijdige ondersteuning mogelijk voorkomen hadden kunnen worden.

De casemanagers ervaren in de praktijk niet dat aan hun deskundigheid altijd de waarde gegeven die deze verdient. Als praktisch voorbeeld wordt aangehaald dat er veel partijen aan de keukentafel zitten. De casemanager zou in sommige gevallen gesprekspartner kunnen zijn voor andere partijen en zo de cliënt kunnen ontlasten. De casemanagers zijn ondersteuners voor mensen met dementie en hun naasten. Zij verbinden, adviseren en leveren in het maatwerk contact met de cliënten. Er zijn kansen voor meer efficiëntie in het cliëntcontact door de casemanagers een meer centrale rol te geven.

Aanbeveling 9: Borg als netwerk efficiëntie in de begeleiding door samenwerking rond het cliëntcontact te stimuleren.

Interprofessioneel samenwerken

Het toenemend aantal mensen met dementie en de toenemende complexiteit van casussen vraagt om het benutten van alle beschikbare capaciteit en expertise. Vele partijen zijn betrokken bij de zorg en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. Daar waar nodig moet er aanvullende specialistische kennis beschikbaar zijn of moeten taken kunnen worden gedelegeerd of overgenomen. Het kan hier gaan om een scala aan professionals afhankelijk van de situatie en de problematiek.

Een vorm waarmee wordt gewerkt is het Mobiel Geriatrisch Team (MGT) waarin een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog zijn aangesloten. Specialistische kennis kan ook gaan om verslavingsdeskundigen, psychiaters of buiten de zorg om een schuldhulpverlener. Bij veel organisaties in de drie regio's is een MGT bij het casemanagement betrokken. Door een aantal organisaties waar dit niet het geval is, worden daar vraagtekens bij geplaatst. De vraag die wordt gesteld is welke plek in het proces specialistische kennis zou moeten hebben: moet het een integraal onderdeel zijn van het proces met een risico op vertraging door beschikbaarheid van de experts, of moeten de experts betrokken worden als adviseurs en consultants?

Een tweede vorm van samenwerking is een situatie waarin de casemanager meer op de achtergrond actief is. Bijvoorbeeld bij laag complexe casussen en ook in een niet-pluis fase kunnen thuis- en/of wijkverpleging en aandachtsvelders dementie uitvoerende taken hebben. De casemanager is dan stand-by als een adviserende expert en kan overnemen als de situatie daarom vraagt. In de praktijk wordt deze vorm al toegepast. Bijvoorbeeld in gevallen waar thuiszorg al een vertrouwd gezicht is.

Aanbeveling 10: Stimuleer en faciliteer vanuit het netwerk slimme vormen van samenwerking en afstemming tussen partijen.

Ondersteuning voor wachtenden

In het vragenlijst onderzoek onder de casemanagers is de stand van zaken ten aanzien van wachtlijsten voor casemanagement uitgevraagd. Daar wordt aangegeven dat er op 2 plekken in het werkgebied geen wachtlijst is. Het gemiddelde aantal personen op de wachtlijst is 19, maar er is een uitschieter van 45 personen. De gemiddelde wachttijd is 11 weken, met ook hier een uitschieter van 9 maanden.[8] Wachtlijsten ontstaan mede door uitval of ziekte van collega's en zijn op sommige locaties opgelost met de structurele inzet van extra casemanagers.

Met de verwachte toename van mensen met dementie enerzijds en de druk op de arbeidsmarkt in de zorg anderzijds, is het niet de verwachting dat overal in het netwerk mogelijk zal zijn om de wachtlijsten voor casemanagement op te lossen. Vanuit die wetenschap wordt er waarde gehecht aan een ondersteuningsaanbod voor mensen op de wachtlijst. Ook op dit punt is samenwerking een vereiste met partijen die een aanbod hebben voor mensen met dementie en hun naasten. Het kan hierbij ook gaan om een aanbod waarvoor (nog) geen diagnose of indicatie (WMO of WLZ) nodig is.

In een van de werkgroepen is op initiatief vanuit welzijnsorganisatie U Centraal gesproken over zo'n aanbod. In het eerste kwartaal van 2026 zal een proef worden uitgevoerd en geëvalueerd. Belangrijke aandachtspunten zijn de regiefunctie, de getalsmatige opschaalbaarheid en de eventuele toepasbaarheid in andere delen van het netwerkgebied. Een knelpunt voor de start van de proef, ligt op het vlak van gegevensuitwisseling. Dat is enerzijds het kunnen delen van gegevens, waar er barrières liggen ten aanzien van privacy en ICT. Anderzijds is er tussen organisaties beperkte openheid over processen en wachtlijsten.

Aanbeveling 11: Creëer in een samenwerking met welzijnsorganisaties een netwerkbreed ondersteuningsaanbod voor mensen op de wachtlijst voor casemanagement dementie.

[8] De feitelijke situatie in wachttijd en wachtenden varieert door de tijd. Deze opgave schets een beeld van het moment van het onderzoek en de gesprekken in de werkgroepen.

4 Thema 3: Balans en diversiteit in de caseload

Organisaties hanteren een verschillende criteria rond de omvang van een caseload en de diversiteit in de casemix. Uit het vragenlijst onderzoek komt naar voren dat de gemiddelde caseload 44 cases is bij een gemiddelde aanstelling van 28 uur. Het hoogste aantal cases van een casemanager onder de respondenten is 75 (aanstelling van 36 uur). Het laagste aantal is 3. Dit betreft een casemanager op contractbasis. De zwaarte van de caseload krijgt gemiddeld het cijfer 6. Met als laagste waarde een 1 en als hoogste waarde een 9. Sommige organisaties hanteren een richtlijn voor productie, 65% en 80% productie worden genoemd. Andere organisatie werken met een aantal cases per contractuur, dat globaal varieert tussen anderhalf en twee cases per contractuur.

Casemix

Om mensen met dementie en hun naasten de best passende ondersteuning en zorg te kunnen bieden is het van belang dat het werk van de casemanagers een gevarieerde samenstelling heeft. Momenteel verschilt het per casemanager, organisatie en gebied of er al dan niet een goede balans is tussen complexe en minder complexe casuïstiek. Uit het vragenlijstonderzoek onder de casemanagers komt naar voren dat er in de meeste gevallen een diagnose is bij de start van het casemanagement. Het aantal cases met een complexe situatie varieert, maar een percentage van ruim 50% van de cases is geen uitzondering.

De vraag naar begeleiding door casemanagers is groot. Zo groot dat er op sommige locaties forse wachtlijsten zijn ontstaan. Deze wisselen sterk per plaats en per wijk. Complexe casuïstiek vraagt veel beslag van de capaciteit en veroorzaakt stagnatie. Daarbij is onder andere mede sprake van psychiatrische problematiek en verslavingen. Op plekken waar sprake is van een wachtlijst, stagneert de instroom van patiënten in de begin fase en met laagcomplexe casuïstiek. Dit leidt vervolgens ook tot onevenwichtigheid in de casemix.

Voor het verkrijgen van casemanagement is (voor)kennis van de organisatie van de zorg binnen de wijk of plaats noodzakelijk. Er is in de regio's geen sprake van een eenduidige procedure. De meeste aanmeldingen voor casemanagement zijn nu afkomstig van huisartsen. Dit is inherent aan de wijze waarop het proces nu is ingericht.

Aanbeveling 12: Borg een goede casemix met voldoende ruimte voor laagcomplexe casuïstiek.

Aanbeveling 13: Hanteer een inzichtelijke uniforme procedure voor aanmelding, prioritering en wachtlijstbeheer.

Prioritering en urgentie

Het proces na de aanmelding loopt op verschillende manieren per deelregio's en de betrokken organisaties. Het kan zijn dat er regulier overleg is tussen casemanagers en huisartsenpraktijken of andere aanmelders. Bij een aantal organisaties is er een secretariaat of vergelijkbare afdeling die de follow up na aanmelding organiseert en wachtlijstbeheer ter hand neemt. Bij het aanmeldproces is bij het merendeel van de organisaties een Mobiel Geriatrisch Team (MGT) een factor. Dit kan een eigen MGT zijn of dat van een aanpalende organisatie.

De verschillende MGT's werken niet allemaal op dezelfde manier en verschillen ook de in rol in het aanmeldproces. Dit varieert van advies tot diagnose en urgentiebepaling. Daar waar het MGT een bepalende rol speelt in urgentiebepaling, bepaalt het MGT ook de toegang tot casemanagement. Dit brengt in de praktijk een tweede wachtlijst met zich.

Complicerende factor is problematiek naast dementie. Met name de combinatie met geestelijke gezondheidsvraagstukken blijkt in de praktijk complex. De samenwerking met de

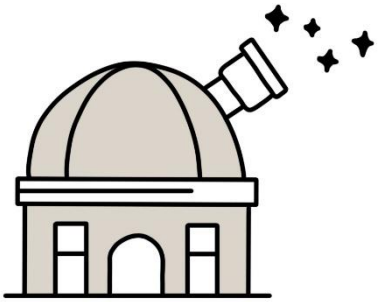
GGZ is daarin niet optimaal en vraagt om meer afstemming. Niet in de laatste plaats om te voorkomen dat er mensen buiten de boot vallen en om ook de escalatieketen zoals de Wet zorg en dwang die vraagt voor de extramurale zorg dekkend in te regelen.

Aanbeveling 14: Heroverweeg de rol die MGT's in de praktijk hebben ten aanzien van prioritering in plaats van consultatie.

Aanbeveling 15: Initieer afstemming over het opnieuw inregelen van de samenwerking in zorg en behandeling tussen de VVT en GGZ.

Toekomstbestendig casemanagement

Movisie en Vilans ontwikkelden een toolbox over toekomstbestendig casemanagement. Aanleiding hiervoor is de toename in het aantal mensen met dementie en de beperkte beschikbaarheid van casemanagement. Andere manieren van werken lijken daarom noodzakelijk. De toolbox biedt instrumenten om het gesprek met elkaar te voeren over manieren van werken die toekomstbestendig zijn.



In een sessie met de casemanagers is gewerkt met een deel van deze toolbox als basis voor het gesprek. De samenstellers van de toolbox wilden de toolbox testen. Uit de sessie is als aanbeveling gekomen om de gespreksonderwerpen ook te laten aansluiten op de dagelijkse praktijk van de casemanagers. Een voor de casemanagers heel belangrijk onderwerp als caseload en casemix werd gemist.

Aanbeveling 16: Borg de stem van de casemanagers in gesprekken over toekomstbestendig casemanagement en de eventuele ontwikkeling van de nieuwe manier van werken.

Tijdens de sessie werden de casemanagers gevraagd om te "dromen" over een ideale organisatie en inrichting van casemanagement dementie. De aanbevelingen en gedachten betreffen inbreng van nieuwe manieren van werken in werkprocessen. De casemanagers zijn bijvoorbeeld geïnteresseerd in de effecten van technologische ondersteuning. De wens bestaat om meer ruimte in de agenda te maken voor de toestroom van cliënten door gebruik te maken van nieuwe werkvormen zoals beeldbellen, groepssessies en inloop- of bel-spreekuren, geclusterde administratieve ondersteuning en AI-ondersteuning voor de verslaglegging. Het werken in wijkgerichte teams zou daarbij ruimte kunnen bieden voor differentiatie in de implementatie ervan.

Aanbeveling 17: Ontwikkel scenario's voor toekomstbestendig casemanagement met de inzet van nieuwe technologieën.

Aanbeveling 18: Borg in wijkgericht casemanagement differentiatie van taken.

Voor overleg met professionals buiten de eigen organisatie wordt door casemanagers aangegeven dat ICT-systemen en protocollen in het kader van de AVG beperkingen voor samenwerking creëren. In de werkgroepen is dit thema meermaals aan de orde geweest en als aandachtspunt benoemd.
Casemanagers geven aan veel tijd kwijt te zijn aan administratieve taken, waaronder dossiervorming, het bijhouden van werk of clientoverzichten, en het opstellen, aanpassen en onderbouwen van aanvragen. Geclusterde administratieve ondersteuning en AI-ondersteuning voor de verslaglegging zouden kunnen bijdragen aan werkdrukverlichting.

Aanbeveling 19: Richt de ICT systemen en processen zo in dat ze samenwerking ondersteunen en de daarvoor noodzakelijke gegevensdeling mogelijk maken.

5 Reflectie op de reis in het traject

Het maatwerktraject is een invulling geweest van de ambities en vragen die naar voren zijn gekomen in het voortraject. Aan het voortraject hebben vrijwel alle casemanagers in de netwerken deelgenomen. Output van het voortraject zijn de thema's zoals hierboven benoemd.

Met de opbrengst is een plan van aanpak geschreven en is financiering aangevraagd om het maatwerktraject te kunnen uitvoeren. De aanvraag had het commitment van de betrokken organisaties in de drie netwerken. De casemanagers gaven aan met de onderwerpen aan de slag te willen. De organisaties achter de casemanagers gaven aan ureninzet van de casemanagers te willen faciliteren: alle lichten op groen. Al tijdens de startbijeenkomst, met veel commitment vanuit de casemanagers om aan de slag te gaan, kwamen vragen naar boven over de mogelijkheden voor de inzet: de werkdruk is hoog, de beschikbare uren in een dag en een week kennen een grens en de verschillende organisaties hebben allemaal eigen richtlijnen, regels en systemen.

Lopende de uitvoering zijn deze parameters echte uitdagingen gebleken. De commitment van de casemanagers blijft hoog, maar de beschikbare tijd is beperkt. Organisatorische vraagstukken stellen grenzen aan de ruimte die er is om concreet aan de slag te gaan met andere manieren van werken. Genoemd kunnen worden de wisseling van managers, de borging van afspraken over de inzet, verschillen tussen organisaties en beperkingen in de mogelijkheden tot samenwerking waar het gebied of organisatie overstijgend is. Ook de factor werkdruk mag niet worden vergeten. Agenda's zijn vol met het reguliere werk en op meer dan één locatie in het werkgebied van de drie netwerken zijn er wachtlijsten voor casemanagement. Daarnaast waren er diverse trajecten en projecten die concurreerden in aandacht.

De casemanagers hebben zich daarnaast afgevraagd of zij gehoord (gaan) worden. Ze ervaren in de praktijk beperkte ruimte voor invloed op het beleid van hun organisaties en hebben dit ook ervaren als een uitdaging voor het maatwerktraject. Ze zouden graag meer open uitwisseling hebben tussen casemanagers van verschillende organisaties in de wens om van elkaar te leren. Daarbij worden de kennissessies genoemd als waardevolle momenten van intervisie als onderdeel van een gesprek met deskundigen. Er wordt ook gevraagd naar de rol van het netwerk en de netwerkcoördinatoren als verbinders en dragers van hun boodschap.

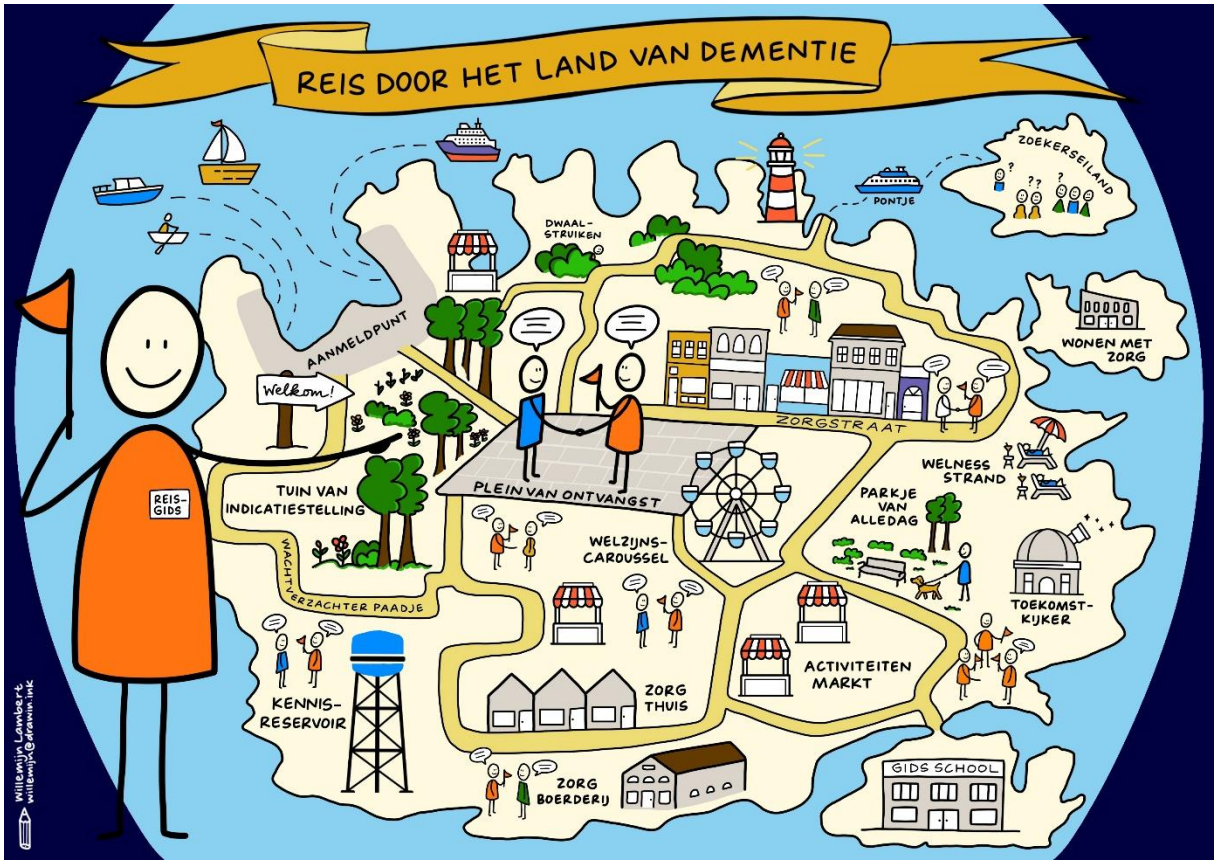
De diverse omstandigheden hebben gemaakt dat de ambitie om concreet aan de slag te gaan met kleine en grote stappen in de dagelijkse praktijk van de casemanagers, niet in alle gevallen vorm heeft gekregen. In dat opzicht is er minder output gerealiseerd dan vooraf was bedacht. Er is wel outcome om te benoemen.

Een mooi resultaat van het traject is de verbinding die is ontstaan tussen partijen en personen. Waar casemanagers in de eerste wereldcafés van het voortraject nog zeiden elkaar niet te kennen, is nu kennis gedeeld en samengewerkt in werkgroepen en kennissessies. Deelnemers hebben elkaar leren kennen en hebben elkaar geïnspireerd. Ze hebben kennis en informatie van elkaar en uit het traject meegenomen naar de eigen achterban. Deze verbinding in een informeel netwerk is waardevol en vraagt om voortzetting en mogelijk formalisering in een community van casemanagers binnen het nieuwe overkoepelende netwerk.
Naast die persoonlijke verbindingen zijn er ook contacten tussen organisaties en wordt gesproken over nieuwe en andere vormen van samenwerking. De inzet op een wachtverzachter als een samenwerking tussen welzijn en zorg is daar een concreet voorbeeld van.

Ook zijn inzichten verkregen in de mogelijkheden en uitdagingen die er zijn om te komen tot andere manieren van werken. Een belangrijke aanbeveling is de noodzaak om de juiste randvoorwaarden te scheppen. De casemanagers ervaren beperkingen voor maatwerk. De juiste organisatorische setting vanuit het netwerk is cruciaal.

Het is belangrijk dat de stem van de casemanagers daarin wordt gehoord. Zij zitten te vaak nog niet aan tafel als het gaat over beleid. Hun perspectief vanaf de “bottom up” is echter onmisbaar.

Om dat gesprek te faciliteren is een praatplaat ontwikkeld waarin de casemanager centraal staat. De plaat biedt een ander perspectief en is bedoeld als een uitnodiging om te reflecteren op de rol van de casemanager in het “land van dementie”. Op de plaat is een QR code geplaatst die naar dit verslag verwijst. De geïnteresseerde kan daarmee zich verdiepen in het traject van waaruit de plaat tot stand is gekomen.



Er is een digitale versie van de praatplaat beschikbaar.[9]

[9] Er is een digitale versie van de praatplaat beschikbaar. Deze kan gebruikt worden in presentaties of om de plaat met de toelichten op groot formaat te printen. Op de plaat rusten auteursrechten. De illustraties mogen niet zonder toestemming van de maker los worden gebruikt of worden gewijzigd. Het document kan worden opgevraagd bij het Dementienetwerk regio Utrecht.

6 Toekomstscenario casemanagement dementie

Daar waar het niet mogelijk is gebleken om nieuwe manieren van werken uit te proberen, zijn inzichten beschreven. Concrete output van het traject zijn de aanbevelingen vanuit de werkgroepen: hoe zouden de casemanagers graag werken en wat is daarvoor nodig. De behandelde onderwerpen zijn, zoals beschreven, in de voorbereidende fase aangedragen door de casemanagers. Onderstaand wordt een toekomstscenario geschetst voor casemanagement dementie vanuit de input van de casemanagers in de werkgroepen.

Aanmeldpunt

Op een centrale website die in beheer is van het regionale netwerk is het mogelijk om vanuit de hele regio een aanmelding te doen voor begeleiding door middel van casemanagement dementie. Dit geeft toegang tot verkrijgen van begeleiding door alle casemanagers dementie die in het gebied actief zijn, ongeacht bij welke organisatie ze in dienst zijn. Op de centrale website bestaat de mogelijkheid via een invulscherm de benodigde informatie in te vullen en te uploaden. De melder krijgt een bevestiging, waarbij wordt aangegeven op welke termijn een reactie of contact kan worden verwacht. De website wordt beheerd door het netwerk dementie, ten behoeve waarvoor de organisaties afspraken maken. Het netwerk treedt niet op als behandelende instantie, maar is intermediair.

Meldingen

Meldingen kunnen worden gedaan door:

- Huisarts
- Wijkteam
- Geriatrie/geheugenpoli
- GGZ-instelling
- Mantelzorgers

Bij voorkeur loopt de aanmelding via de huisarts, dan wel met medeweten van de huisarts. Dit beperkt het risico van dubbele aanmeldingen.

Gegevens bij aanmelding

Tenminste worden de volgende gegevens meegestuurd bij de eerste melding:

- ANW-gegevens client
- BSN-nummer
- Zorgverzekering
- Gegevens contactpersoon[10]
- Gegevens melder
- Omschrijving van de vraag/aanleiding
- Toelichting en omstandigheden client
- Bijzonderheden

Bij voorkeur geschiedt dit via de centrale functie op de websitepagina.

Gegevensuitwisseling

Uitgebreide gegevens worden via Zorgdomein of Vip-live gestuurd. Van belang is dat in het kader van de bescherming van persoonsgegevens goede afspraken worden gemaakt over het systeem van gegevensdeling en uitwisseling van relevante behandelgegevens. De

[10] Neem als uitgangspunt dat de persoon met de diagnose de primaire contactpersoon is.

randvoorwaarden, werkafspraken en het ontwerp van een systeem voor ophalen van de van toestemmingen in het kader van de AVG moeten worden uitgewerkt.
Bij voorkeur zou binnen een netwerk-organisatie gewerkt worden met een centraal patiëntendossier, waarin tenminste de Evaluatie en Behandelregels (soEP) kunnen worden weggeschreven naar de organisatie-specifieke systemen ten behoeve van de bij de casus betrokken begeleiders en behandelaars. Zolang daar geen sprake van is, wordt gebruik gemaakt beveiligde mailsystemen informatie over en weer wordt verstuurd. Genoemd worden VIP-Live, Point en Zorgdomein. Informatie over oplossingen worden nog opgehaald in de regio's die dit proces eerder zijn gestart.

Prioritering

Na de melding vindt weging van complexiteit en urgentie plaats (zie de tabel onder urgentie en complexiteit) op basis waarvan een zo kort mogelijk wachttijd kan ontstaan.
De wachttijd wordt beëindigd bij:

- opname;
- in begeleiding nemen;
- overlijden;
- verhuizen buiten de regio.

Wachtlijst en beheer

Er is een wachtlijstbeheerder die alle aanmeldingen binnen een gebied *(wijk of regio)* doorneemt en contact opneemt met cliënten of een contactpersoon. Deze probeert alvast zoveel mogelijk in kaart te brengen en informeert de client over de vervolgstappen en een eventuele wachttijd. In het geval van een wachttijd wordt gewezen op de mogelijkheden van ondersteuning die al beschikbaar zijn. De wachtlijstbeheerder doorloopt het urgentie model (zie verder). Gezien het belang van de functie "wachtlijstbeheerder" dient deze de vaardigheden, kennis en achtergrond te hebben die past bij de functie "casemanager".

Inclusiecriteria

Voor het in begeleiding nemen door een casemanager dementie moet er sprake zijn van:

- diagnose dementie;
  of
- een redelijk vermoeden van dementie (inclusief niet-pluis-fase).

Indien er bij cliënten sprake is van bijkomende problematiek wordt de patiënt in het MGT besproken en doorverwezen naar passende begeleiding. Daarbij moet gedacht worden aan bijvoorbeeld een psychiatrisch ziektebeeld op de voorgrond, verslavingsproblematiek met duidelijke impact; agressie-problematiek die mogelijke begeleiding verstoort. Het geniet de voorkeur geen exclusiecriteria op te nemen, maar de vervolgroute en de uitstroom bij andere problematiek goed te regelen, zodat het systeem voor mensen met dementie niet vastloopt en er sprake kan zijn van tijdige begeleiding.

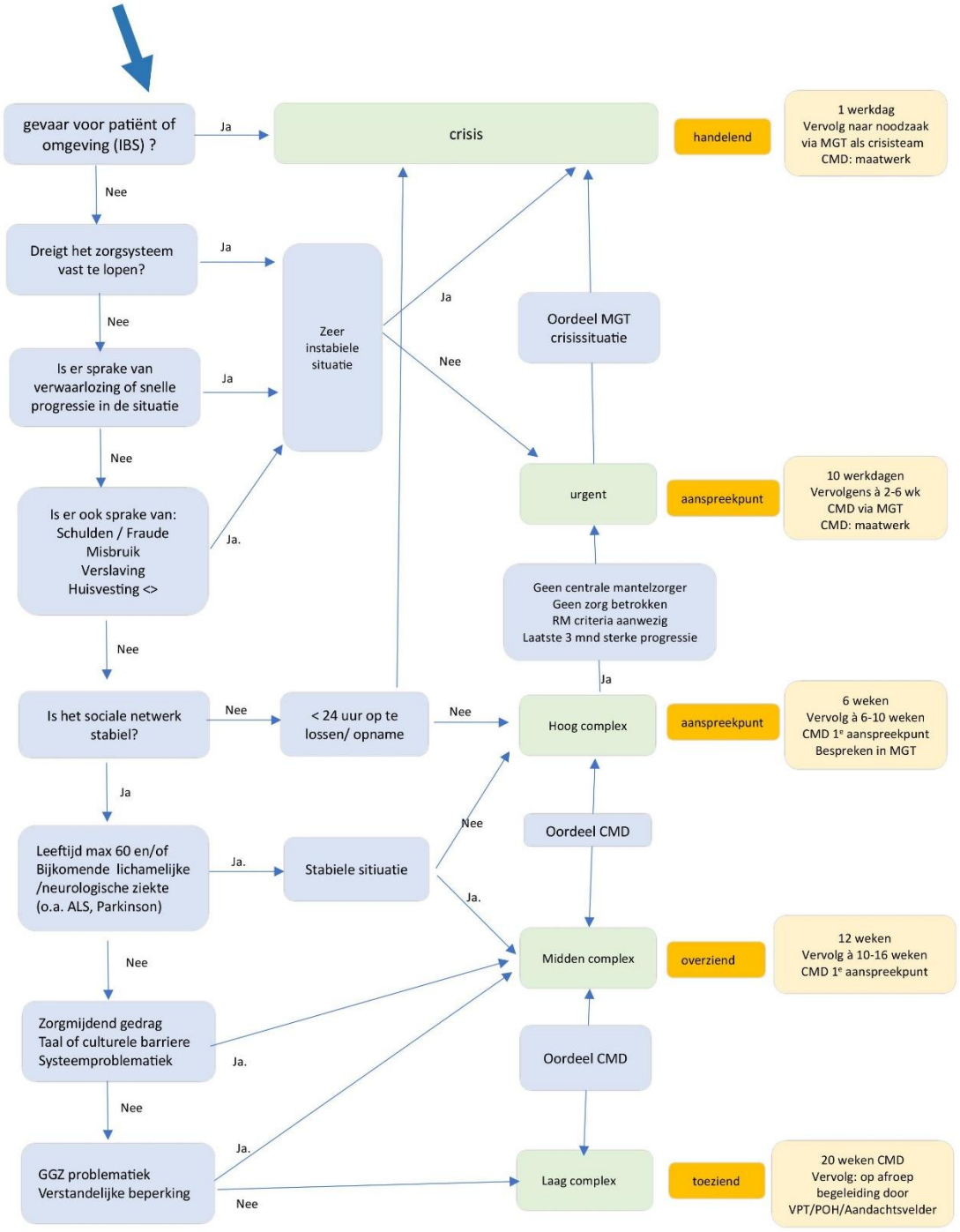
Bijkomende problematiek

De casemanager brengt casuïstiek in het MGT voor advies en begeleiding al naar gelang de mate van urgentie (zie schema urgentie en complexiteit). In een ideale situatie beschikt het MGT ook over voldoende expertise inzake bijvoorbeeld verslavingszorg en begeleiding van psychiatrische problematiek. Daarbij is er sprake van een MGT dat voldoende regionale impact kan hebben en de casemanagers effectief kan ondersteunen. Bij een deel van de organisaties is er een samenwerking in een Mobiel Geriatrische Team (MGT's). Deze aanpak is ontstaan in reactie op het hoge aanbod van complexe problematiek, waaronder GGZ gerelateerd, in combinatie met verandering van wet -en regelgeving. Dit is echter niet van toepassing op het hele werkgebied van de drie netwerken.
Van belang is dat er bij complexe gevallen vanuit de regionale GGZ-instellingen en verslavingszorg geparticipeerd wordt, deskundigheid wordt ingebracht en besproken wordt

waar het hoofdbehandelaarschap ligt. De vervolgroute bij verslaving, dubbelproblematiek en bij het bestaan van overheersende dan wel pre-existente psychiatrie moet nog worden uitgewerkt. Dit geldt ook voor beoordelingen in het kader van de WZD. (zoals IBS, RM)
Zo nodig wordt de casus overgedragen aan een gespecialiseerd team. Dit leidt tot passende zorg op de juiste plek, zorgt dat de zorg voor dementie niet stagneert, en dat er voldoende balans in de case mix kan worden gecreëerd.

Urgentie en complexiteit

De bij het meldpunt ingebrachte casuïstiek wordt door de wachtlijstbeheerder volgens onderstaande schema geprioriteerd.[11] De gele kolom is uitgewerkt in de bijgevoegde tabel.



[11] Wachtlijstbeheerder, casemanager en MGT bepalen de prioritering en follow up in samenspel.

gele kolom	toelichting
Algemeen	Er is een wachtlijstbeheerder die alle aanmeldingen binnen een gebied *(wijk of regio)* doorneemt en contact opneemt met cliënten of een contactpersoon. Probeert alvast zoveel mogelijk in kaart te brengen en informeert de client over de vervolgstappen. De wachtlijstbeheerder doorloopt urgentie model.
Crisis (binnen 1 werkdag)	Direct telefonisch contact met contactpersoon door wachtlijstbeheerder om situatie globaal in kaart te brengen → Wordt verwerkt in dossier. De wachtlijstbeheerder vraagt de casemanager dementie om te beoordelen welke stappen nodig zijn: een directe opname-indicatie dan wel onmiddellijke afhandeling conform een urgente casus. Bij indicatie voor directe opname wordt de aanmelding teruggelegd bij de huisarts die de casus aanmeldt bij het *ZCC (Zorg Coördinatie Centrum)* van regio Midden Nederland.
Urgent (binnen 10 werkdagen)	Direct telefonisch contact met contactpersoon door wachtlijstbeheerder om situatie globaal in kaart te brengen. Dit wordt verwerkt in dossier. Melding wordt direct doorgestuurd naar het *MGT* van de betreffende wijk of regio. De casemanager dementie heeft een regie taak en start bij melding met inventarisatie ter voorbereiding van inbreng in het MGT. De verdere taakverdeling volgt uit het MGT-overleg en is maatwerk.
Hoog complex (binnen 6 weken)	Wachtlijstbeheerder brengt globaal situatie in kaart, verwerkt dit in het dossier. Zet lijnen uit naar zorgverleners en wijst op wachtverzachters.. De casemanager dementie heeft een regie taak en is eerste aanspeekpunt binnen een multidisciplinaire benadering. De casemanager dementie brengt de casus na inventarisatie en na eerste contact in ter bespreking en advisering eenmalig en vervolgens naar afspraak binnen het MGT.
Midden complex (binnen 12 weken)	Wachtlijstbeheerder brengt globaal situatie in kaart, verwerkt dit in het dossier. Zet lijnen uit naar andere zorgverleners en wijst op wachtverzachters. De casemanager dementie heeft een regie taak en betrekt indien mogelijk een aandachtsvelder vanuit de thuiszorg of buurtteam. Zij stemmen af wie 1e aanspreekpunt is. De casemanager dementie brengt de casus naar behoefte in ter bespreking in het MGT.
Laag complex (binnen 20 weken)	Wachtlijstbeheerder brengt globaal situatie in kaart, verwerkt dit in het dossier. De wachtlijstbeheerder zet lijnen uit naar andere zorgverleners en wijst op wachtverzachters. Aandachtsvelder vanuit thuiszorg of buurtteam gaat kennis maken en is 1e contactpersoon. Zet samen met wachtlijstbeheerder lijnen uit naar andere hulpverleners waar nodig. De casemanager dementie maakt na 20 weken kennis, daarna enkel op consult basis.

Wijkgericht

Op basis van het woonadres van de client wordt de aanvraag doorgestuurd naar het team bestaande uit alle casemanagers dementie die actief zijn in de betreffende wijk. Zij nemen de aanvraag in behandeling en besluiten in onderling overleg/ middels afspraken wie de casus oppakt. Casemanagers zijn in dienst van een organisatie maar hun inhoudelijke rol staat daar los van zodat ze onafhankelijk kunnen werken.

Het aantal casemanagers dementie per wijk/gebied is afgestemd op de behoefte op basis van de omvang en kenmerken van de populatie en wordt bijgesteld op basis van het aanmeldingen-patroon. In deze capaciteitsplanning en afstemming kan het netwerk een rol vervullen. Over de verdeling van het aantal cliënten binnen de wijk of plaats, de daarvoor beschikbare en benodigde capaciteit, en de afstemming ervan worden door de zorgorganisaties die in deze wijk casemanagers inzetten afspraken gemaakt zodat dit leidt tot een gelijkmatige spreiding van de caseload en tijdige toegang tot deze zorg.
Binnen een wijk worden een of meer teams van casemanagers geformeerd. Binnen het team worden de taken verdeeld, zoals de aandacht voor groepsvoorlichting, Alzheimer Cafés of Trefpunten, inbreng in overleggen en afstemming met andere organisaties.

Tijdrovende administratieve taken bevatten terugkerende specifieke onderdelen. Deze worden door een centrale ondersteunende desk uitgevoerd. Te denken valt aan bijvoorbeeld rekenmodules, verantwoording en aanpassing van zorgplannen t.g.v. regelgeving.
Beeldbellen wordt ingezet bij relatief lagere complexiteit in afwisseling met huisbezoeken, vooral daar waar het mogelijk is en bij tussentijdse vragen. De tijdsbesteding per contact is maatwerk.
Bij huisbezoeken wordt uitgegaan van gemiddeld een uur, met gebruikmaking van gesproken verslagleggeing (AI-tool). De bestede tijd varieert en is mede bepaald door een goede mix van compleze en minder complexe casusitiek. Met begeleiding wordt gestart vanaf de niet-pluis-fase.
Bij groepssessies kan algemene informatie gelijktijdig aan meerdere mensen worden gegeven, bijv. over de Wlz. Dat biedt tevens een mogelijkheid voor lotgenotencontact. Het wordt ingezet waar het past om de druk op het aantal en de duur van individuele contacten te verminderen. De tijd die is gereserveerd voor groepsinformatie wordt in andere weken ingezet voor inloopspreekuren, waarbij de client zelf reist i.p.v. de CMD. Tenminste eens in de maand wordt deze tijd gebruikt voor scholing en ontwikkeling van de CMD of het team. Binnen het team kunnen de taken van dit blok onderling worden verdeeld.
Het bufferblok is bedoeld om de gevolgen van acute zaken en tegenvallers in de agenda op te vangen.

Caseload en teamrollen

De agenda van de casemanager wordt gevuld door een variatie aan werkzaamheden.
De wens bestaat is om meer ruimte in de agenda te maken voor de toestroom van cliënten door gebruik te maken van nieuwe werkvormen zoals beeldbellen, groepssessies en inloop- of bel-spreekuren, geclusterde administratieve ondersteuning en AI-ondersteuning voor de verslaglegging.

Het onderstaande schema is een voorbeeld van een weekschema voor een casemanager die werkzaam is in een team van 4 casemanagers met een aanstelling van 24 uur per week. Het kan passen bij een wijkgerichte oriëntatie waarbij de inzet voor teamtaken wekelijks onderling uitgewisseld kan worden. Afwisseling van taken zorgt voor een spreiding van de belasting.

Week 1	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag
8.30		Admin Client	Admin Client		Admin Client	
9.00						
9.30		Vergad/teamtaken				
10.00		Huisbezoek 1			Tel/beeldbellen cl.	
10.30			Huisbezoek 1			
11.00		Huisbezoek 2				
11.30			Huisbezoek 2			
12.00		Pauze			Pauze	
12.30		Admin Client	Pauze		Vergad/teamtaken	
13.00			Vergad/teamtaken			
13.30		Tel/beeldbellen cl.			Huisbezoek 1	
14.00			Tel/beeldbellen cl.			
14.30					Admin Client	
15.00		Congres/scholing	Admin Client			
15.30		Inloop-/belspreekuur				
16.00		Alzheimercafe	Schoonruimte /		Schoonruimte /	
16.30			bufferblok		bufferblok	
17.00						
17.30						
18.00						
18.30						
19.00						
19.30						
20.00						
20.30						
21.00						
21.30						

Legenda	Kolom1	Toelichting				soort contact
Admin Client		MGT, MDO, WLZ uitwerken, contact gemeente				patientgebonden
Huisbezoeken		inclusief reistijd en verslaglegging				patientgebonden
Telefonisch/online contact cliënt		Beeldbellen of telefonisch contact alternerend met fysieke conbtacten, daar waar het inzetbaar is				patientgebonden
Scholing/bel-/inloopspreekuur/Alz Cafe		Deskundigheidsbevordering off tijd voor groepssessies en/of Alzheimercafe (avond)				teamtaak
Scholing/bel-/inloopspreekuur/Alz Cafe		tijd voor inloopspreekuur				patientgebonden
Vergadering / teamtaken		Algemene mail, afstemming binnen organisatie en team				teamtaak
Schoonruimte / bufferblok		Wegwerken waar je niet aan toegekomen bent en evt tijd voor crisissittuaties				patientgebonden
Pauze						algmeen

7 Conclusie

In het maatwerktraject is het gegaan over de stem van de casemanager. De casemanagers hebben gedroomd, maar bleven altijd in contact met de dagelijkse realiteit. Zij staan in hun kracht als zij optimaal gefaciliteerd worden om te doen waarvoor zij zijn opgeleid: mensen met dementie en hun naasten ondersteunen op de best mogelijke manier.

De onafhankelijke rol van casemanagers, een platform voor kennisdeling en uitwisseling, de toegankelijkheid van casemanagement voor mensen in de niet-pluis fase, het beperken van wachtlijsten, werken aan een gezamenlijk aanmeldpunt en het afstemmen van criteria voor urgentie en complexiteit zijn evenals de samenwerking met andere zorgverleners en organisaties grote thema's die met elkaar samenhangen. In hoeverre het lukt om dat grote geheel optimaal te laten functioneren is afhankelijk van veel variabelen.

Belangrijke omgevingsfactoren zijn enerzijds de verwachte toename in het aantal (thuiswonende) mensen met dementie en daarbij ook de groei van casussen met multi-problematiek en anderzijds de organisatorische en financiële kaders rond de ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten.

Door het verslag heen zijn aanbevelingen geformuleerd. Een deel of misschien wel alle aanbevelingen zijn niet nieuw. Reeds bekende knelpunten worden opnieuw benoemd vanuit de casemanagers vanuit de wens dat op de knelpunten inzet wordt gepleegd om te komen tot oplossingen.

De aanbevelingen zijn een advies aan het overkoepelende netwerk in wording. Het zou wenselijk zijn om binnen alle betrokken organisaties de aanbevelingen die voortkomen uit dit verslag te bespreken, de knelpunten te inventariseren en trachten deze in netwerkverband op te lossen. Dit zal bijdragen toekomstbestendige en toegankelijke dementiezorg in de regio en het optimaal benutten van de capaciteiten van de casemanagers die in de regio werken.

Opbrengsten

We hebben minder concrete stappen kunnen zetten dan we hadden gehoopt. Tegelijkertijd zijn we trots op de opbrengsten de zijn behaald. We benoemen hier een aantal:

- verbindingen tussen casemanagers van de verschillende organisaties;
- kennisdocumenten als resultante van de werkgroepen en de kennissessies met de casemanagers en de deskundigen (vertegenwoordiging en artikel 21 en RM, schema prioritering, weekschema cmd);
- verbindingen en gesprekken over (ver)nieuwde samenwerking tussen organisaties, zowel van casemanagement als van thuiszorg en welzijn (Buurtzorg, U Centraal, VU MC – programma EerderErbij);
- proef met aanbod voor wachtende voor casemanagement in Utrecht stad (samenwerking tussen U Centraal, Careyn, AxionContnu en Sterk Zorg);
- toekomstscenario voor casemanagement vanuit de casemanagers;
- praatplaat voor een gesprek over toekomstbestendig casemanagement.

Aanbevelingen

Onderstaand zijn alle aanbevelingen die in het verslag zijn gedaan nog eens opgesomd.

Organiseer structurele, organisatie overstijgende intervisie voor de casemanagers in het netwerk. 8

Geef vorm aan een regionaal informatieplatform voor de casemanagers dat de behoefte aan intervisie en kennisdeling ondersteunt. 8

Richt een structureel programma in gericht op deskundigheidsbevordering door middel van online kennissessies voor de casemanagers. 9

Breng in beeld hoe de kennis en deskundigheid van casemanagers en aandachtsvelders het beste kan worden ingezet voor optimaal casemanagement. 9

Organiseer in samenwerking met de regionale afdelingen van Alzheimer Nederland een structureel klankbord met mensen met dementie en hun naasten. 10

Borg de toegang tot casemanagement vanaf de niet-pluis fase. 11

Ga het gesprek aan met de casemanagers over de ervaren werkdruk en de oorzaken daarvan om uitval en uitstroom te voorkomen. 11

Richt gezamenlijk in het netwerk een laagdrempelig, centraal aanmeldpunt in. 12

Borg als netwerk efficiëntie in de begeleiding door samenwerking rond het cliëntcontact te stimuleren. 13

Stimuleer en faciliteer vanuit het netwerk slimme vormen van samenwerking en afstemming tussen partijen. 13

Creëer in een samenwerking met welzijnsorganisaties een netwerkbreed ondersteuningsaanbod voor mensen op de wachtlijst voor casemanagement dementie. 14

Borg een goede casemix met voldoende ruimte voor laagcomplexe casuïstiek. 15

Hanteer een inzichtelijke uniforme procedure voor aanmelding, prioritering en wachtlijstbeheer. 15

Heroverweeg de rol die MGT's in de praktijk hebben ten aanzien van prioritering in plaats van consultatie. 16

Initieer afstemming over het opnieuw inregelen van de samenwerking in zorg en behandeling tussen de VVT en GGZ. 16

Borg de stem van de casemanagers in gesprekken over toekomstbestendig casemanagement en de eventuele ontwikkeling van de nieuwe manier van werken. 16

Ontwikkel scenario's voor toekomstbestendig casemanagement met de inzet van nieuwe technologieën. 16

Borg in wijkgericht casemanagement differentiatie van taken. 16

Richt de ICT systemen en processen zo in dat ze samenwerking ondersteunen en de daarvoor noodzakelijke gegevensdeling mogelijk maken. 16

Nawoord

Het verslag en de praatplaat zijn in een bijna definitieve versie gedeeld met de casemanagers en de andere direct betrokkenen in het traject. Dit heeft er toe geleid dat formuleringen en inzichten verder zijn aangevuld en aangescherpt.
Als trajectbegeleiders zijn we trots op de fijne samenwerking met de casemanagers. In hun drukke agenda's vonden zij toch steeds weer de tijd om zich samen in te zetten voor een mooi resultaat.
Wij zijn er trots op dat we de stem van de casemanagers mogen laten horen en er aan kunnen bijdragen dat zij in hun kracht staan in het waardevolle werk dat zij verrichten.

Het maatwerktraject is begeleid door Hiltjo Graafland en Astrid Homan.
De illustraties en de praatplaat zijn gemaakt door Willemijn Lambert.
Op de illustraties rust auteursrecht.