

## Samenvatting van de notitie 'Generalistisch en specialistisch casemanagement in de dementiezorg' vanuit Actieplan casemanagement dementie

### Aanleiding

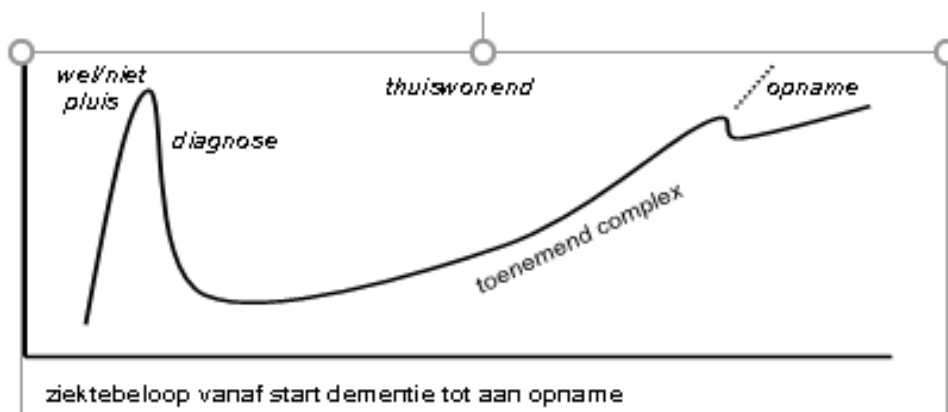
Er ontstaan allerlei combinaties tussen generalistisch casemanagement door wijkverpleegkundigen en/of specialistisch casemanagement door casemanagers dementie. Dat komt mede door de overgang van casemanagement dementie; die zat eerst in de oude AWBZ met aparte NZa-beleidsregels en nu in de ZVW als onderdeel van NZa-beleidsregel Verpleging & Verzorging.

Op dit moment is er geen duidelijkheid over wie casemanagement dementie kan en mag uitvoeren. De vele verschillende varianten van casemanagement dementie die zijn ontstaan, zijn uitgewerkt in de notitie 'Generalistisch en specialistisch casemanagement in de dementiezorg; een nadere duiding van een nieuw fenomeen in verschillende vormen'.

De notitie roept op om met verschillende partijen te verkennen of het wenselijk is te komen tot een meer kaderende sturing van (combinaties van) generalistisch en/of specialistisch casemanagement dementie. Deze samenvatting geeft de belangrijkste conclusies en vraagstukken uit deze notitie weer.

### Conclusies

Op basis van een verkenning van bestaand materiaal en door gesprekken met en een enquête onder ketenregisseurs, zijn er 4 hoofdmodellen met in totaal 14 verschillende subvarianten van casemanagement binnen de dementiezorg te onderscheiden. De subvarianten ontstaan als verschillende soorten professionals het casemanagement doen. Deze verschillende varianten bestaan naast elkaar, niet alleen landelijk, maar ook binnen een keten of regio. Hieronder zijn deze modellen schematisch samengevat.



Hieronder staat een korte omschrijving van elk hoofdmodel. Voor meer inhoudelijke informatie en toelichting middels praktijkvoorbeelden kunt u de [uitgebreide notitie lezen](#).

### Model 1: 'all the way', continuïteit in één persoon



- 1 a: casemanager dementie, vanuit onafhankelijke CM-organisatie
- 1 b: dedicated casemanager dementie vanuit zorgaanbieder(s)
- 1 c: wijkverpleegkundige met specialisatie dementie
- 1 d: wijkverpleegkundige generalistisch
- 1 e: ouderenadviseur uit de WMO

Model 1 en haar subvarianten waarborgen, overeenkomstig de vereisten uit de Zorgstandaard Dementie, de continuïteit in persoon over het hele ziektebeloop tot intramurale opname.

### Model 2: 'stapelmodel', samen als het complex wordt



- 2 a: ouderenadviseur WMO plus casemanager, beide direct cliëntcontact
- 2 b: POH bij huisarts plus casemanager, beide direct cliëntcontact
- 2 c: wijkverpleegkundige plus casemanager, beide direct cliëntcontact
- 2 d: wijkverpleegkundige met casemanager als coach (geen cliëntcontact)

De generalist, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige is in de basis toegerust om zorg en begeleiding te geven aan mensen met dementie en hun mantelzorger: kennis van signalen van beginnende dementie, kunnen omgaan met mensen met dementie en het begeleiden van het systeem. De generalist kan tijdig schakelen met specialistische ondersteuning, waarbij deze laatste de zorg niet overneemt van de generalist.

Het in stand houden van beschikbaarheid van specialistische consultfunctie en kort- of langdurende specialistische ondersteuning is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

### Model 3: 'overdracht', de volgende als het complex wordt



- 3 a: ouderenadviseur WMO draagt over aan casemanager
- 3 b: POH bij huisarts draagt over aan casemanager
- 3 c: wijkverpleegkundige draagt over aan casemanager

In dit model wordt de algemene zorg in de eerste fasen van dementie uitgevoerd door een generalist (b.v. huisarts, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige). Als de zorg te intensief of complex wordt, neemt de casemanager dementie de regie in de zorg over van de generalist. De casemanager dementie levert dan meer specialistische informatie, zorg-gerelateerde begeleiding en ondersteuning aan de persoon met dementie en diens mantelzorgers.

#### **Model 4: 'triage', grootste expertise tijdens start (wel/niet pluis)**



- 4 a: casemanager doet intake en zorgplan, daarna andere professional
- 4 b: als 4a, uitgebreid met een deel betaald vanuit het WMO-domein

De hoogste expertise, namelijk die van de casemanager dementie, wordt 'aan de voorkant' gezet, om de cliëntsituatie goed te analyseren en in te regelen. Daarna vindt eventueel overdracht plaats naar een andere professional van minder specialistisch niveau. Over deze variant is beperkte documentatie beschikbaar.

#### **Hoe nu verder?**

Er is een nationaal vervolgesprek nodig om tot consensus te komen over de uitgangspunten van casemanagement dementie vanuit het perspectief van de cliënt: continuïteit in persoon en zorg en vanuit de kwaliteitseisen van de Zorgstandaard Dementie. Daarbinnen kunnen partijen hun eigen werkzame en doelmatige aanpak in generalistisch en/of specialistisch casemanagement vormgeven, in een wellicht ingeperkt aantal modelvarianten. Sommige (sub)varianten voldoen niet aan de eisen vanuit de Zorgstandaard.

Ook de zorgverzekeraars willen naar een beperkter aantal varianten toe, want de huidige variatie is niet langer werkbaar. Cliënten, mantelzorgers en hun verwijzers zien door de bomen het bos niet meer en ook de samenwerkingspartners in de dementieketen raken het overzicht kwijt.