

Agenda voor krijgen van meer eenduidigheid in casemanagement dementie n.a.v. notitie ‘Voorstel vormen casemanagement dementie’

Aanleiding

Voor het nationaal Actieplan Casemanagement Dementie heeft medio 2017 een inventarisatie bij dementienetwerken plaatsgevonden naar de wijze van organisatie en uitvoering van casemanagement dementie. Dit was mede bedoeld als input voor vervolgotrajecten, om op landelijk niveau meer eenduidigheid en consensus over goed casemanagement te bewerkstelligen.¹

Uit de inventarisatie bleek landelijk grote variatie te bestaan in vormen en uitvoering van casemanagement dementie. Uit het brede dementieveld (cliëntorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidsorganisaties) klonk de wens om te komen tot landelijk meer eenduidigheid in de vorm waarin casemanagement dementie geboden wordt.

Aan Dementiezorg voor Elkaar (DvE) is door het Bureau Overleg van het Actieplan Casemanagement gevraagd om een consensustraject met het veld te faciliteren. Dit om te komen tot een voorstel voor meer eenduidigheid in de vorm waarin casemanagement geboden wordt. Als DvE hebben wij nadrukkelijk het veld aan het woord gelaten en het gezamenlijk werkproces hierbij gefaciliteerd. De opbrengsten vanuit landelijke bijeenkomsten² en bijeenkomsten met een breed samengestelde kerngroep³ zijn door ons verwoord in de notitie ‘Voorstel vormen casemanagement dementie’. In dit gehele consensustraject is op aangeven van de betrokkenen uit het veld steeds het cliëntperspectief centraal gesteld. Belangrijke criteria vanuit dit perspectief op basis van eerdere onderzoeksbevindingen zijn:

- De uitvoerder van het casemanagement is gespecialiseerd in dementiezorg.
- Er is één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt gedurende het gehele ziektebeloop.

Vervolgens hebben betrokkenen bewust pas in tweede instantie gekeken naar het uitvoerbaarheidsperspectief, waaronder bijvoorbeeld het arbeidsmarktvragestuk.

Zoals in deze notitie beschreven, heeft deze aanpak geleid tot het voorstel tot het terugbrengen van de vormen casemanagement dementie tot de ‘All the way’ aanpak, in drie verschillende subvarianten:

- 1) een casemanager dementie vanuit een onafhankelijke casemanagement organisatie;
- 2) een casemanager dementie vanuit zorgaanbieders;
- 3) een wijkverpleegkundige met specialisatie dementie.

Vervolgens hebben we de notitie breed getoetst bij de volgende partijen: DNN, ZN, Alzheimer Nederland, ActiZ, V&VN dementieverpleegkundigen, V&VN wijkverpleegkundigen, NHG/LAEGO, VNG, Patiënten Federatie Nederland, BTN, VWS, NZa, Deltaplan Dementie. Dat leverde een variatie aan reacties op.

¹. Huijsman, R (2017). Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg; Duiding van een nieuw fenomeen in verschillende combinaties. (<https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek-0/publicaties/onderzoeksrapporten-working-papers/onderzoeksrapporten-working-papers-2017>).

². Aanwezigen: casemanagers, netwerk-coördinatoren, wijkverpleegkundigen, artsen, praktijkondersteuners huisartsenzorg, zorgverzekeraar, (brancheorganisatie van) zorgaanbieders, Alzheimer Nederland.

³. Leden: casemanagers, netwerk-coördinatoren, specialist ouderengeneeskunde, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, ActiZ en Alzheimer Nederland.

Gedeeltelijk betroffen het adhesiebetuigingen voor de notitie met daarbij tekstuele suggesties. Daarnaast zijn er door wisselende partijen ook kritische kanttekeningen geplaatst bij het gekozen hoofdvorm en de daarbij horende subvarianten. Eén van de bij de kerngroep van de totstandkoming van de notitie betrokken partijen heeft te kennen gegeven het niet eens te zijn met de uitkomsten van het consensustraject.

Uit de binnengekomen reacties hebben we een overzicht gemaakt van onderwerpen waarover nog geen consensus bestaat. Deze zijn in dit document beknopt uitgewerkt. Aansluitend doen we een voorstel aan partijen voor vervolgstappen om zo hopelijk alsnog tot een zo breed mogelijke consensus te komen óf gezamenlijk vast te stellen waar die consensus niet mogelijk is ('agree to disagree'), inclusief onderbouwing van de reden(en) daarvan.

Thema 1: Discussiepunten m.b.t. aparte functionaris en expertise casemanagement

- Vraagstuk** : Verschillende partijen hebben vragen gesteld over de functionaris die casemanagement aan kan bieden en zijn expertise:
- 1a. Waarom is er een aparte functionaris nodig voor het uitvoeren van casemanagement dementie?
 - 1b. Kunnen alleen professionals die voldoen aan het expertiseprofiel van dementieverpleegkundige casemanagement uitvoeren?
- Toelichting** : 1a: Dit vraagstuk is drieledig. Allereerst is de vraag gesteld of coördinatie en afstemming niet altijd gewoon horen bij het werk van iedere professional, zeker als er sprake is van ingrijpende, irreversibele en progressieve ziekten. De argumentatie voor een gespecialiseerde uitvoerder van casemanagement dementie heeft te maken met de frequentie, intensiteit, benaderingswijze, het benodigde kennisniveau en de complexiteit van coördinatie. Deze is bij dementie zodanig dat dat er niet even bij gedaan kan worden door allerlei professionals naast elkaar. Het is ons bekend dat deze argumentatie niet door iedereen wordt onderschreven.

Daarnaast lijken sommige partijen uit de notitie begrepen te hebben dat wij tot de conclusie zijn gekomen dat casemanagement dementie door een aparte functionaris, casemanager dementie, uitgevoerd moet worden. Uit submodel 3 van de 'All the way' aanpak blijkt dat dit niet per se het geval is.

Ook hebben partijen de vraag gesteld waarom een generalistische wijkverpleegkundige (een deel van) de taken niet kan uitvoeren ('generalistisch waar kan en specialistisch waar nodig') en of deze variant bijdraagt aan de doelmatigheid van de zorg. Hiervoor hebben we niet gekozen gezien het criterium vanuit het cliëntperspectief dat cliënten graag één duidelijk en laagdrempelig aanspreekpunt hebben gedurende het gehele ziektebeloop. Daarnaast zijn er veel aanwijzingen dat doelmatigheid over het hele proces gebaat is bij vroege inzet, met een preventieve oriëntatie, levensloopbenadering en weinig wisselingen.

1b: Het expertiseprofiel dementieverpleegkundige sluit aan bij wat er in de Zorgstandaard Dementie over casemanagement dementie gesteld wordt. Namelijk dat er een aanvullende opleiding nodig is naast een hbo-opleiding voor het kunnen bieden van casemanagement dementie. De Zorgstandaard doet geen uitspraken over welke professional casemanagement kan aanbieden, maar spreekt wel een voorkeur uit voor een verpleegkundige of iemand met een psychosociale achtergrond. Maar ook andere professionals

die voldoen aan de gestelde opleidingseisen kunnen casemanagement dementie bieden. Dit blijkt ook uit het recente gezamenlijke bericht van Alzheimer Nederland, DNN en V&VN waarin ze aangeven dat zij de term casemanagement dementie blijven hanteren als hoofdterm. En dat meerdere professionals dit casemanagement kunnen aanbieden. Zij stellen voor om dat op deze manier weer te geven: 'Casemanagement dementie, verzorgd door ...', waarbij verschillende beroepsgroepen dan hun functieterm kunnen invullen. Naast het functieprofiel dementieverpleegkundige ontwikkelt Social Work ook een competentieprofiel. In de notitie gaan we er dus vanuit dat casemanagement uitgevoerd kan worden door een dementieverpleegkundige, maar ook door andere beroepen, mits voldaan wordt aan gestelde opleidingseisen.

Reactie van stakeholders : ZN, VNG en V&VN

Thema 2: Discussiepunten met betrekking tot arbeidsmarktvragestuk

Vragestuk : Verschillende partijen hebben vragen gesteld over het arbeidsmarktvragestuk:
2a: Zijn er wel voldoende casemanagers dementie als heel Nederland de hoofdvariant 'All the way' nastreeft?
2b: Is de combinatie van de keuze voor 'All the way' met de schaarse capaciteit aan (specialisaties binnen) de wijkverpleging, een onoverkomelijk probleem voor de toegankelijkheid van de zorg?
2c: Welke andere professionals kunnen casemanagement dementie uitvoeren?

Toelichting : 2a-c. Bij deze vragen speelt de discussie of bij het terugbrengen van het grote aantal vormen waarin casemanagement geboden wordt de huidige arbeidsmarktproblematiek óf de wenselijke situatie voor de cliënt en zijn naasten leidend dient te zijn. In het traject hebben de betrokken partijen er bewust voor gekozen om het cliëntperspectief voorop te stellen. En in tweede instantie te kijken naar de uitvoerbaarheid van de vormen van casemanagement die zijn overgebleven op basis van de criteria vanuit cliëntperspectief (zie paragraaf 2.2). Dit om ervoor te waken dat we vanuit de bedoeling blijven redeneren en niet meteen vanuit de belemmeringen van bijvoorbeeld het huidige stelsel, de financiering of de arbeidsmarkt.

Het toelaten van andere disciplines (met gestelde opleidingseisen) vergroot de vijver waaruit gevist kan worden voor het casemanagement. Denk bijvoorbeeld aan casemanagers met een maatschappelijk-werkachtergrond. Daarnaast hebben we benoemd dat een overstap van (wijk)verpleegkundige naar casemanagement dementie een logische stap kan zijn voor oudere werknemers voor wie het verpleegkundige werk lichamelijk zwaarder wordt.

Het inzetten op wijkverpleegkundigen die casemanagement dementie uitvoeren lost ons inzien het vragestuk niet op omdat de arbeidsproblematiek (ook) groot is bij deze doelgroep.

Reactie van stakeholders : ZN, ActiZ, DNN, VNG, NZA, VWS

Thema 3: Discussiepunten met betrekking tot de financiering

- Vraagstuk** : In de reacties hebben meerdere partijen zich afgevraagd op welke wijze de keuze voor continuïteit in persoon invloed heeft op de financiering van het casemanagement.
- 3a: Hoe verhoudt 'All the way' (van niet pluis/diagnose tot aan overlijden/opname) zich tot de (eisen aan) financiering van zorg en ondersteuning vanuit diverse domeinen? Hierbij wordt met name gekeken naar de Wmo naast de Zvw.
- 3b: Zorgt het model 'All the way' voor hogere kosten?
- Toelichting** : 3a: De zorg en ondersteuning voor mensen met dementie wordt uit de Wmo, Zvw en Wlz betaald. Dit maakt dat alle partijen domein-overstijgend moeten denken. Daarnaast scheidt één vaste professional over het hele traject een probleem, omdat vanuit de Zvw en Wmo verschillende eisen worden gesteld waaraan de professional moet voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Ook worden onderdelen die niet onder de Zvw-aanspraken vallen vaak niet gefinancierd vanuit de Wmo op dit moment. Iedere gemeente heeft zijn eigen beleid en het staat hen vrij daarin eigen keuzes te maken. De vraag is dan ook of het wenselijk is om de vergoeding van casemanagement afkomstig uit meerdere financiële stromen te beperken tot de meest voordehand liggende (Zvw) of wellicht toch apart te financieren in een aparte betaaltitel.
- 3b. De vraag hierbij is of de keuze van continuïteit in een persoon (specialist) zal leiden tot hogere kosten ten opzichte van andere varianten, zoals bijvoorbeeld het op- en afschalen van professionals. De uitkomsten van de COMPAS-studie laten echter zien dat het bieden van casemanagement in een 'All the way' variant kosteneffectief is (zie eerder opgevoerde onderscheid tussen korte en lange termijn doelmatigheid).
- Reactie van stakeholders** : ZN, ActiZ, VNG

Thema 4: Discussiepunten m.b.t. het aantal te kiezen CM modellen

- Vraagstuk** : Meerdere stakeholders vragen zich af of het wel wenselijk is om één hoofdmodel met een aantal varianten op landelijk niveau te bepalen. Dit staat los van de keuze welke variant van de uitvoering van casemanagement wenselijk is. Ook willen verschillende partijen graag weten hoe de overgang naar minder casemanagementvormen in zijn werk zal gaan en hoeveel tijd regio's hiervoor krijgen.
- 4a: Is het wenselijk om van 'bovenaf' één voorkeursvariant van casemanagement voor te schrijven of moet er keuzeruimte blijven om aan te sluiten bij wat er op lokaal of regionaal niveau speelt?
- 4b: Sluit het 'All the way' model altijd aan bij de wensen en behoeftes van de cliënt en hun naasten? Hierbij maken we onderscheid tussen mensen die al zorg ontvangen (multimorbiditeit) en mensen die nog geen zorg ontvangen.
- 4c: Eén partij vraagt zich af hoe de overgang naar minder vormen van casemanagement dementie in zijn werk zal gaan en maakt zich zorgen of partijen wel voldoende tijd gegund is voor de transitie.
- Toelichting** : 4a: Het expliciet benoemen van een voorkeursvariant van casemanagement dementie op landelijk niveau, wordt door sommige partijen gezien als een 'van bovenaf opgelegde blauwdruk'. De tegenwerping is dat dit niet aansluit op de lokale of regionale behoeftes en hiermee de keuzevrijheid van zorgvragers in het geding kan komen. Opmerking hierbij is dat

uniformiteit geen doel op zich moet worden. Deze notitie dient dan ook als leidraad, waarbij de regio vrij is om zelf te kiezen.

In de notitie is sprake van de keuze van een hoofdvorm van casemanagement met drie bijbehorende subvarianten.

Verder is de selectie van deze vormen juist tot stand gekomen door de uit onderzoek bekende wensen van cliënten en op aangeven van de betrokken partijen zelf. Uiteraard moet er bij cliënten sprake kunnen zijn van keuzevrijheid in wie het casemanagement uitvoert. Wisseling moet mogelijk zijn als er geen klik is. Ook is het belangrijk dat de uitvoerder van het casemanagement de cliënt niet mag verplichten tot het afnemen van een dienst bij een specifieke zorgaanbieder. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het inschakelen van wijkverpleging. Cliënten hechten aan onafhankelijkheid van de casemanager in deze vorm, maar hebben niet de behoefte om te kunnen kiezen uit verschillende organisaties die casemanagement kunnen aanbieden.

Daarnaast was het juist de wens van de Actieplan-partijen om tot een terugdringing van het aantal casemanagementmodellen te komen. Dat is de reden geweest dat wij dit vraagstuk hebben opgepakt. Naar aanleiding van de ontvangen reacties zouden we graag in kaart brengen wat de Actieplan-partijen als een voldoende inperking van het aantal varianten zien.

4b: Wanneer sprake is van co-morbiditeit en de persoon daarom al zorg en ondersteuning ontvangt van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of POH-er. Wanneer dementie ontstaat dan zou een 'stapelmodel' net zo goed kunnen werken volgens de betreffende partij. Bij dit model zien wijkverpleegkundige en casemanager allebei de cliënt. Hierbij benoemen zij dat goede samenwerking tussen betrokkenen van groot belang is. Ook wanneer er geen sprake is van co-morbiditeit geven partijen aan dat zij de noodzaak zien om op- en af te schalen afhankelijk van de situatie en de context. Bijvoorbeeld wanneer mensen ontkennen dementie te hebben en niet zitten te wachten op een casemanager, maar wel ondersteuning accepteren van een POH-er of wijkverpleegkundige.

Zoals blijkt uit voorbeeld 2 uit de notitie is het in het 'All the way' model ook mogelijk dat de uitvoerder van het casemanagement laag intensief betrokken is als degene met dementie en zijn naasten in rustig vaarwater zitten. Maar dan is deze persoon nog altijd degene met de dementie-expertise die gedurende het hele ziekteproces betrokken is vanuit een onafhankelijke positie. Daarbij kan de wijkverpleegkundige een belangrijke rol vervullen in het signaleren van een verandering in de situatie. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat een aanzienlijk deel van de mensen met dementie geen zorg ontvangt van een wijkverpleegkundige.

4c. Er zal zeker een overgangperiode nodig zijn indien er consensus is over de manier waarop we casemanagement dementie in de toekomst willen organiseren in Nederland. Regio's die het casemanagement dementie op dit moment op een andere manier vormgeven, hebben overgangstijd (en mogelijk ook ondersteuning) nodig. Dit betekent dat ook de inkoopende zorgverzekeraar hiervoor de ruimte zou moeten geven. Wat er nodig is aan

ondersteuning en tijd zal per regio verschillen en dus nader bekeken en afgesproken moeten worden.

Reactie van stakeholders : Actiz, V&VN, VWS, VNG, Alzheimer Nederland en ZN

Vervolg

Wij brengen bovenstaande vraagstukken graag een stap verder samen met de betrokken partijen bij het Actieplan Casemanagement Dementie. Hierbij hebben we een aanjagende en faciliterende rol en kan onze rol in het actualisatieproces voor de Zorgstandaard dementie ondersteunend zijn. Een groot deel van de genoemde stakeholders heeft zitting in de werkgroep die zich bezighoudt met de herziening van de Zorgstandaard.

Nu niet duidelijk is of en wanneer het Bureau Overleg weer bij elkaar komt, stellen wij allereerst voor om op korte termijn de bevindingen uit dit traject te bespreken met de betrokken beleidsambtenaren van VWS. Graag bespreken we met hen ook wat de positionering is van de opdracht vanuit het Actieplan en wie er nu uiteindelijk probleemeigenaar is. Wie gaat waarover en wat is nodig om de uitkomst goed te positioneren? Uiteraard spreken we ook graag af welke vervolgstappen gewenst zijn en wat onze rol daarin kan en moet zijn.